

Sterben in der Intensivmedizin –

Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?



Priv. Doz. Dr. Martin Neukirchen

Interdisziplinäres Zentrum
für **Palliativmedizin**

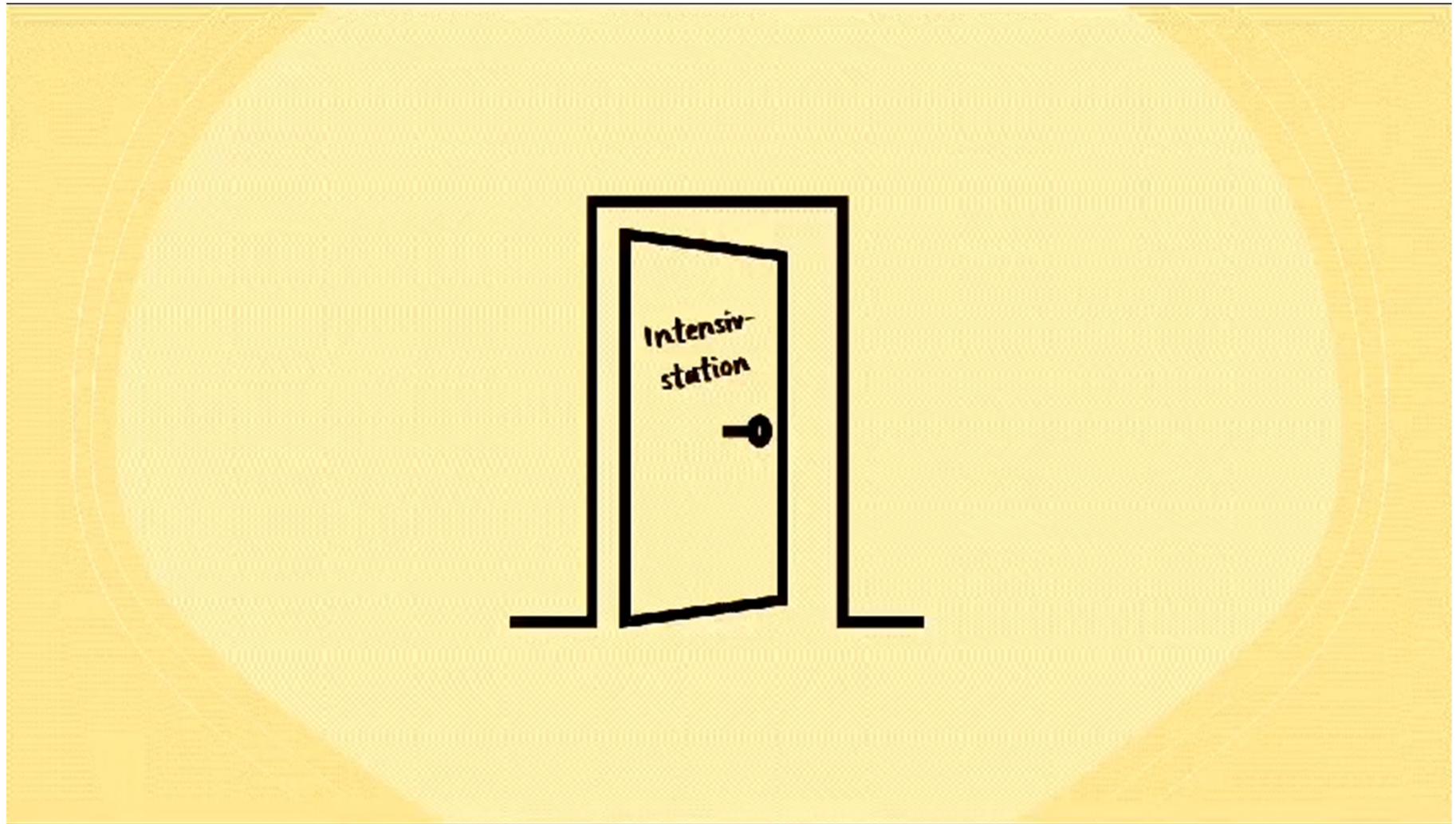


Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?

1. Einleitung



Palliativ- und Intensivversorgung



Palliativ- und Intensivversorgung



Palliativ- und Intensivversorgung



Intensivstationen – Orte des Überlebens?



Ja, auf jeden Fall!

Aber auch Orte des Sterbens und der Symptomlast!

- 15-20 % der Patient:innen sterben während oder kurz nach Ihrem Aufenthalt auf der Intensivstation
- 50 % aller im Krankenhaus Verstorbenen erhielten IM Versorgung während der letzten drei Tage des Lebens
- PM UND „End of Life Care“ sind elementare Teile von IM

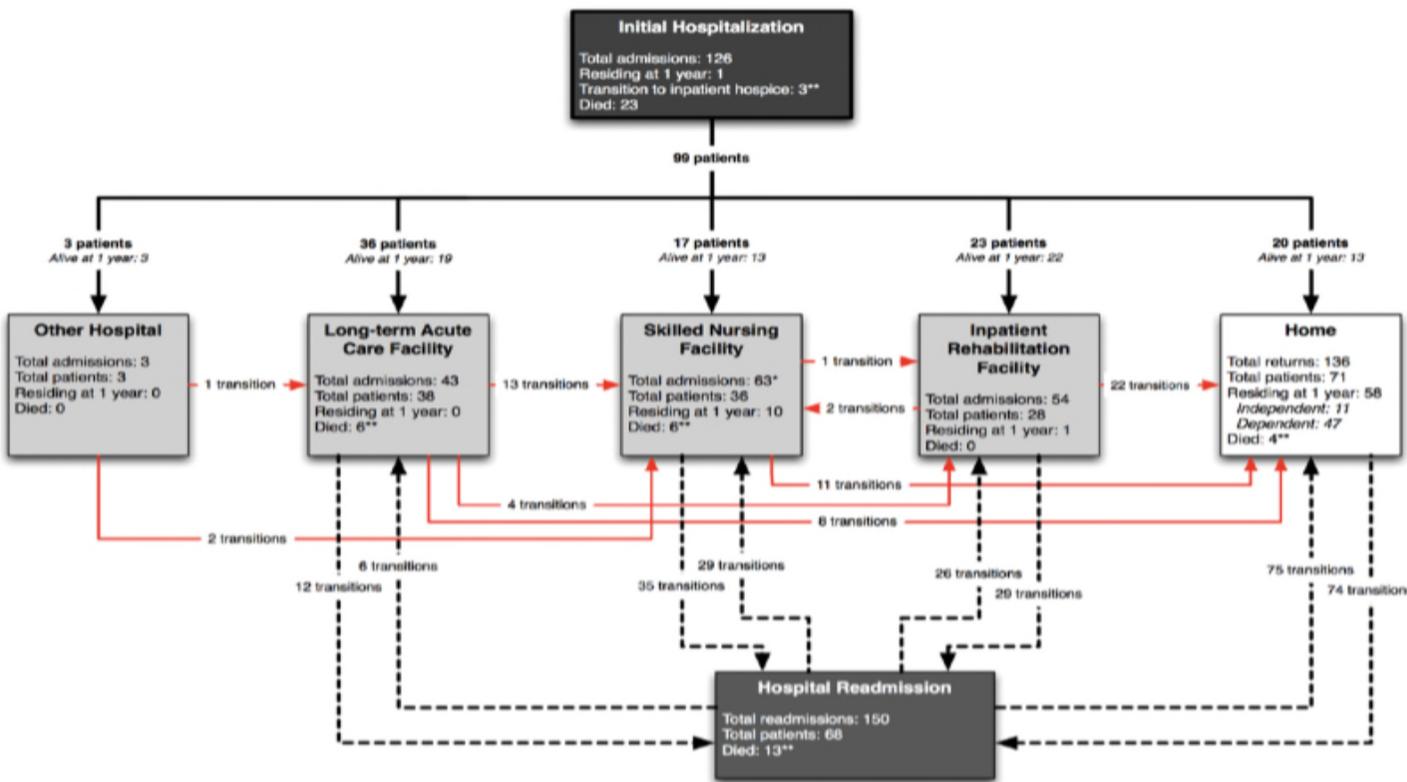
Fleischmann-Strutzek, Mikolajetz et al. Deutsches Ärzteblatt 2019; 116:653-660

Ein Bild von der Autobahn



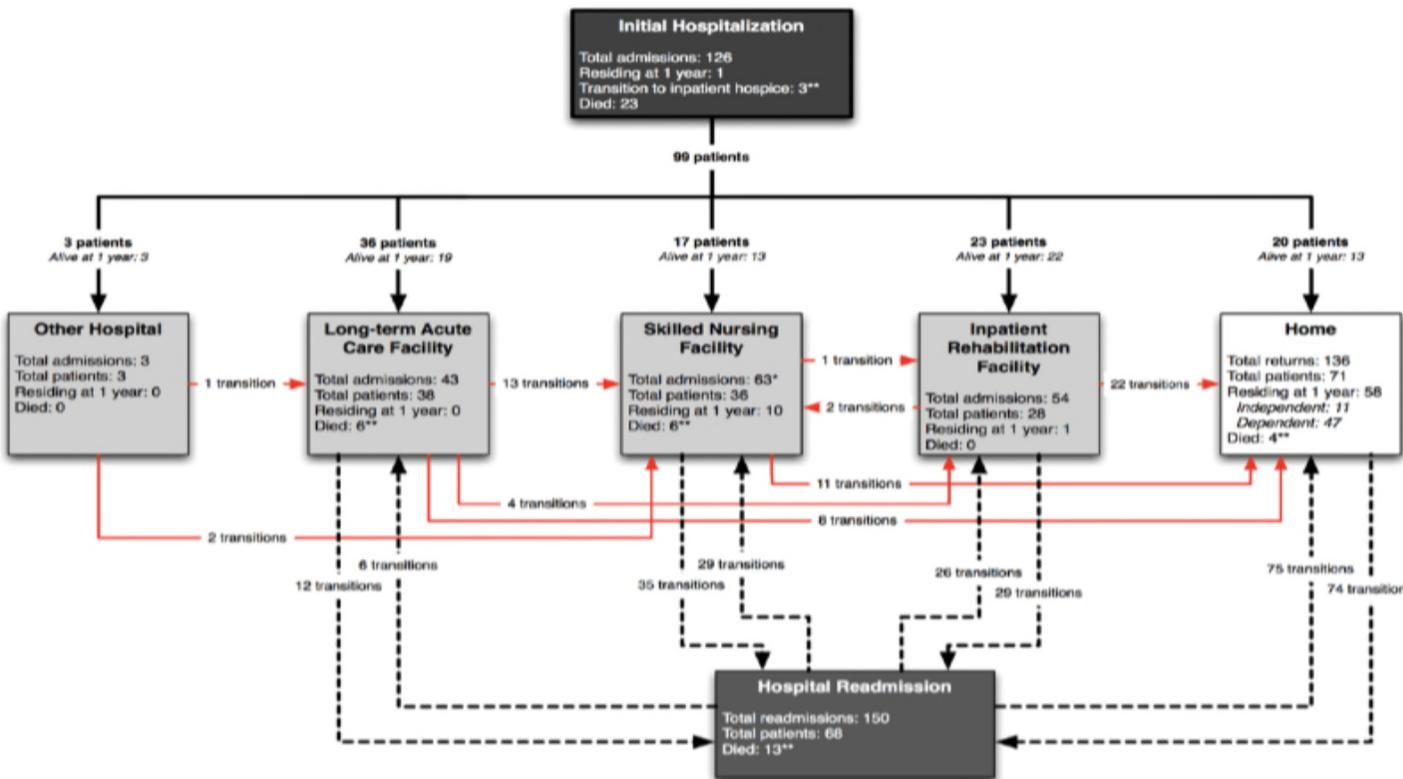
„Vielleicht
können wir doch
noch etwas
tun...?!“

Was geschieht mit den Überlebenden?



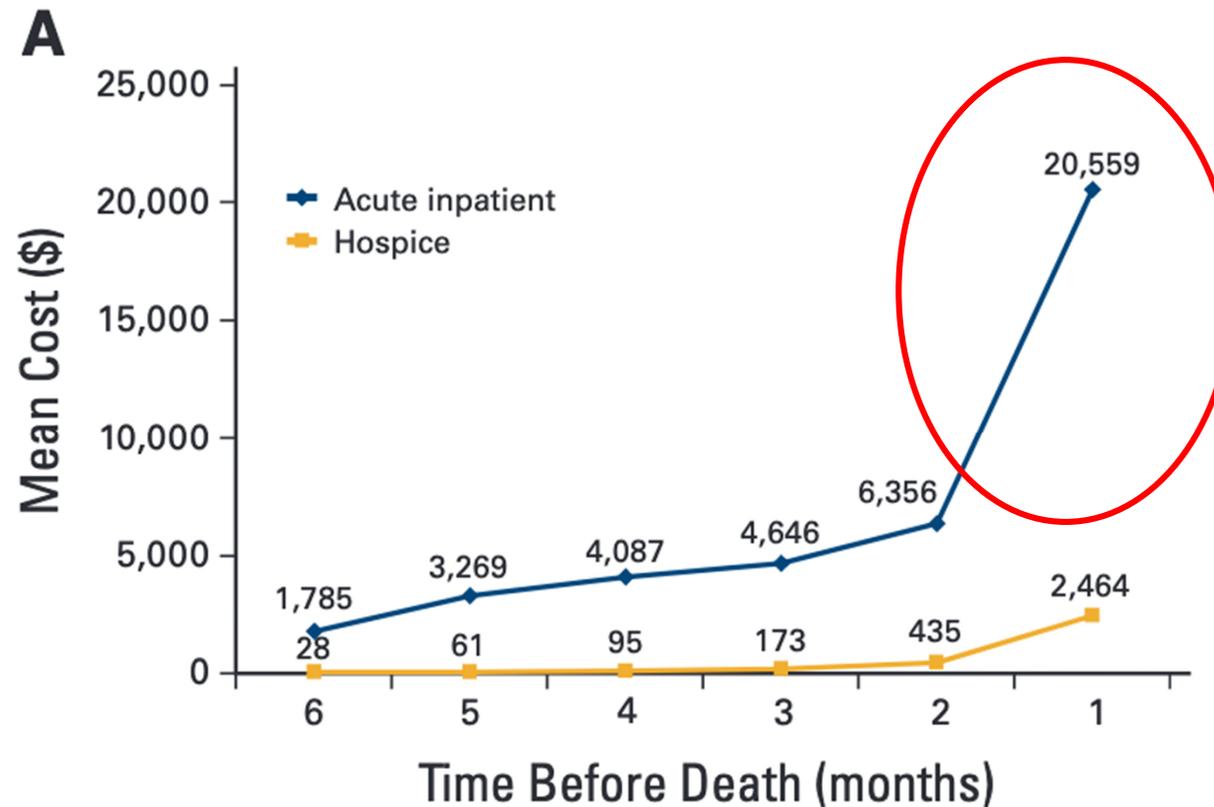
- 126 Patient:innen
- Prospektive Kohorte
- Beatmung (>21d)
- Mittleres Alter: 55 Jahre
- Krankenhausverweild. 39 Tage (Median)

Was geschieht mit den Überlebenden?



- 23 Verstorbene im KH
- 20% der Überlebenden: nach Hause
- 80% „verlegt“
- 150 Wiederaufnahmen
- 457! Verlegungen

Ökonomische Dimension



Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?

2. Chancen der zeitgerechten Integration



Ein typisches Fallbeispiel: Herr Schmitz



Arzt: „Herr Schmitz, der Zustand Ihrer Frau ist sehr kritisch. Sie hat einen schweren Hirn-schaden erlitten, als sie letzte Woche den Herz-Kreislaufstillstand erlitt. Es ist sehr unwahr-scheinlich, dass sie wieder wach werden wird. Im Moment wird sie von lebenserhaltenden Maßnahmen am Leben erhalten, sie erhält Medikamente zur Aufrechterhaltung ihres Kreis-laufs und wird künstlich beatmet. Nun haben auch ihre Nieren aufgehört zu arbeiten. Sollen wir mit einer Dialyse starten, wenn sich ihre Nieren nicht erholen?“

Herr Schmitz: „Natürlich Herr Doktor. Sie wird doch sterben, wenn Sie da nicht tun? Ich liebe sie, wir sind doch schon 45 Jahre verheiratet....“

Arzt: „Und wenn ihr Herz wieder stoppt, sollen wir sie dann wiederbeleben?“

Herr Schmitz (jetzt sehr verstört):

„Herr Doktor, ich möchte, dass Sie ALLES tun!“



Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?

2.1. Verbesserte Kommunikation



Ein typisches Fallbeispiel: Frau Schmitz



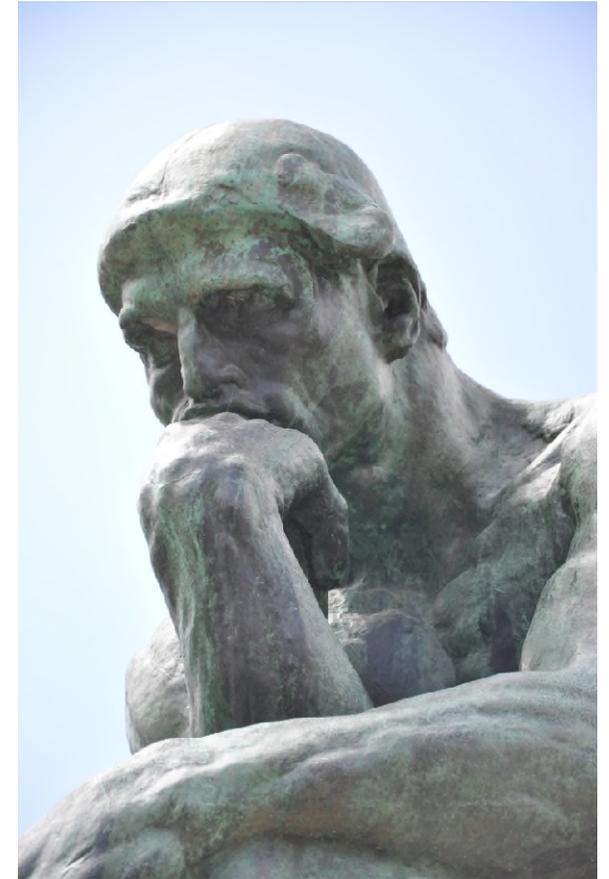
„Alles tun“ ist kein adäquates Therapieziel

Was soll denn sein, wenn wir alles
getan haben?



Mögliche Therapieziele

- ✓ Heilung
- ✓ Verlängerung der Lebenszeit
- ✓ Verbesserung der Lebensqualität
- ✓ Symptomlinderung
- ✓ End-of-life Care

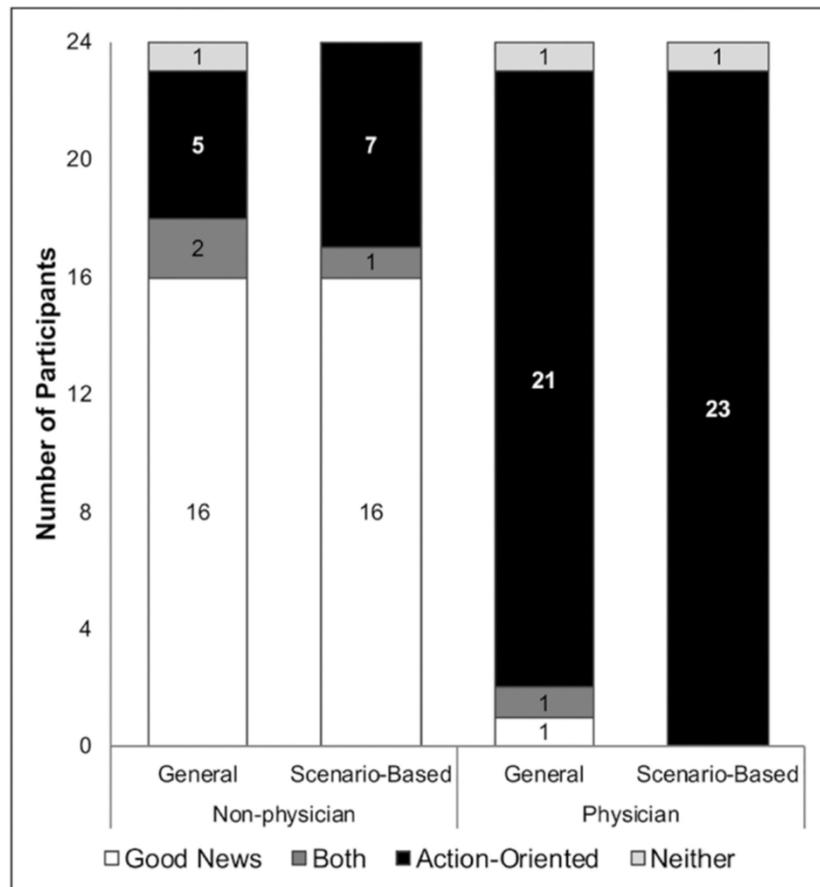


Denkbare Therapieziele für Frau Schmitz

- ✓ Nach Hause Kommen und so leben, wie vor der Krankheit
- ✓ Schmerzlinderung, Linderung von Atemnot
- ✓ Möglichkeit, mit der Familie zu kommunizieren
- ✓ Die Geburt des Enkels noch erleben?
- ✓ ...



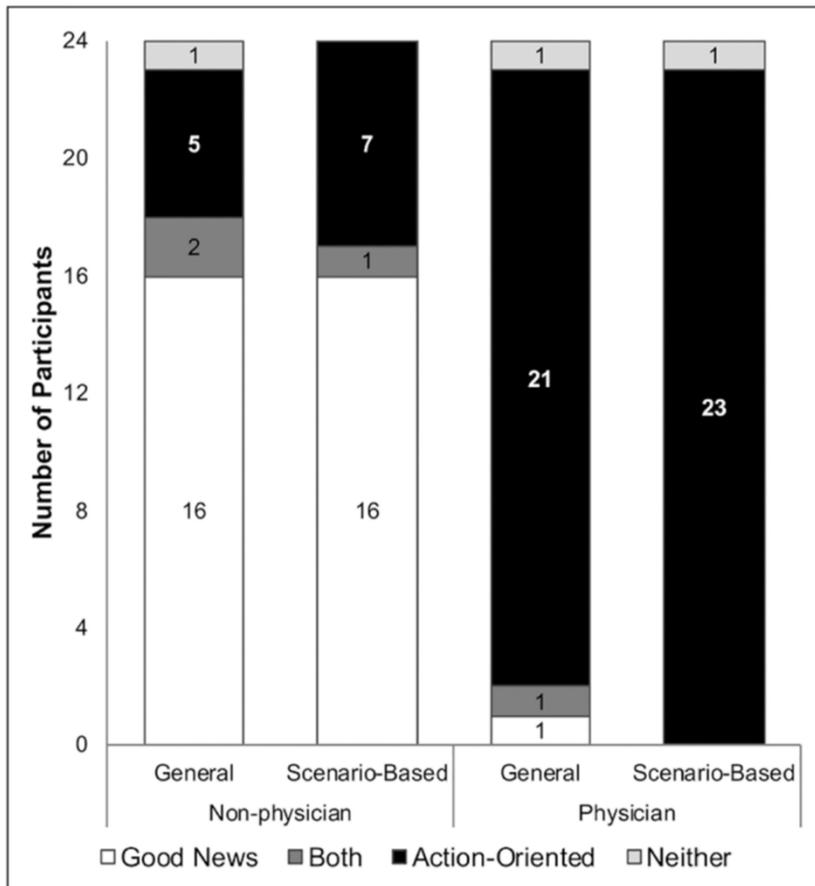
Verständnis von „behandelbar“ – Ärzt:innen



„handlungsorientiert“

- ✓ Interventionen sind möglich
- ✓ Prognose und Lebensqualität müssen sich nicht zwangsläufig verbessern
- ✓ Verlauf bleibt ggf. unverändert

Verständnis von „behandelbar“ – Herr Schmitz



„Gute Nachrichten“

- ✓ Positive Nachricht: Hoffnung!
- ✓ Behandlung verbessert Prognose
- ✓ Heilung, Lebenszeitverlängerung
- ✓ Verbesserung der Lebensqualität

Woran sollte sich Kommunikation orientieren?



...nicht an Handlungen



“Wir können noch etwas tun....“

...dafür an Zielen

„Was wollen wir erreichen?“

Wie sprechen wir?



 Thieme

Intensivstationen

...

der Tod nach wie vor das große
Problem der Medizin ist. Und wie in
Deutschland ganz besonders so auf der
Intensivstation, das ist genau der Ort, wo der Tod
bekämpft und dem größtmöglichen
Aufwand bekämpft wird.“

Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?

2.2. Verhinderung von „Übertherapie“



Gründe für Übertherapie



"Beispielsweise wird die grundsätzlich positive Einstellung, Leben retten und erhalten zu wollen, dann zu einer negativen und gefährlichen Haltung, wenn die Rettung auch in erkennbar aussichtslosen Fällen versucht wird.

Selbstüberschätzung und unbewusste Allmachtsphantasien
können dabei eine Rolle spielen.“

Gründe für Übertherapie

”

„Die Tabuisierung von Sterben und Tod auch innerhalb der Behandlungsteams und das Erleben von Tod als persönliches Versagen können diesen Effekt verstärken. Eine „schöngeredete“ Einschätzung der Prognose führt in diesen Fällen zu letztlich sinnlosen Therapiebemühungen.“

Gründe von Überversorgung



Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?

2.3. Palliativmedizinische Komplexbehandlung



„Palliativer Bedarf“ auf Intensivstationen

Table 2: Prevalence of Admissions Meeting One or More Triggers for Palliative Care Consultation Using the Primary Set of Triggers

	ICUs (n)*	Patients (n)*	Admissions Meeting One or More Triggers for PC Consultation (Primary) [% (SD)]	P Value [†]
All ICUs	179	385,770	13.8 (4.8)	
Type of ICU*				
Medical	36	58,545	13.3 (4.1)	Ref
Surgical	16	31,305	13.9 (5.9)	0.77
Mixed medical-surgical	95	236,428	13.6 (4.7)	0.77
Trauma and burn	28	53,854	14.7 (5.5)	0.41
Type of hospital*				
Government	7	14,485	13.4 (3.3)	0.70
Community for-profit	12	15,890	12.8 (3.5)	Ref
Community nonprofit	119	261,714	13.1 (4.7)	0.78
Academic	41	93,680	15.8 (5.0)	0.06
Hospital location*				
Urban	100	225,799	13.8 (4.8)	0.97
Suburban	60	103,130	13.8 (4.9)	0.98
Rural	18	56,066	13.7 (5.1)	Ref

Definition of abbreviations: ICU = intensive care unit; PC = palliative care; Ref = reference.

*Totals vary because of missing data. For type of ICU, data missing from four ICUs and 5,638 patients. Type of hospital, zero hospitals and one patient.

Hospital location, one hospital and 775 patients.

[†]Results of logistic regression, adjusted for clustering by ICU. No other covariates were included in the model.

...ca. 14! % aller Intensivpatient:innen erfüllen einen oder mehrere Triggerfaktoren für eine palliativmed. Mitbehandlung

Nur Bedarf? Oder auch Bettendruck?

Time in days to: <i>Admissions per day</i>	DNR	Death
Lowest	7.77 (7.69 – 7.85)	9.05 (8.97 – 9.12)
2nd	7.38 (7.31 – 7.46)	8.64 (8.57 – 8.71)
3rd	7.08 (7.01 – 7.15)	8.31 (8.24 – 8.38)
4th	6.87 (6.80 – 6.94)	8.07 (8.00 – 8.14)
Highest	6.50 (6.42 – 6.57)	7.64 (7.57 – 7.71)

Palliative Care Interventionen auf der Intensivstation

Table 1 Types of interventions (new classification)

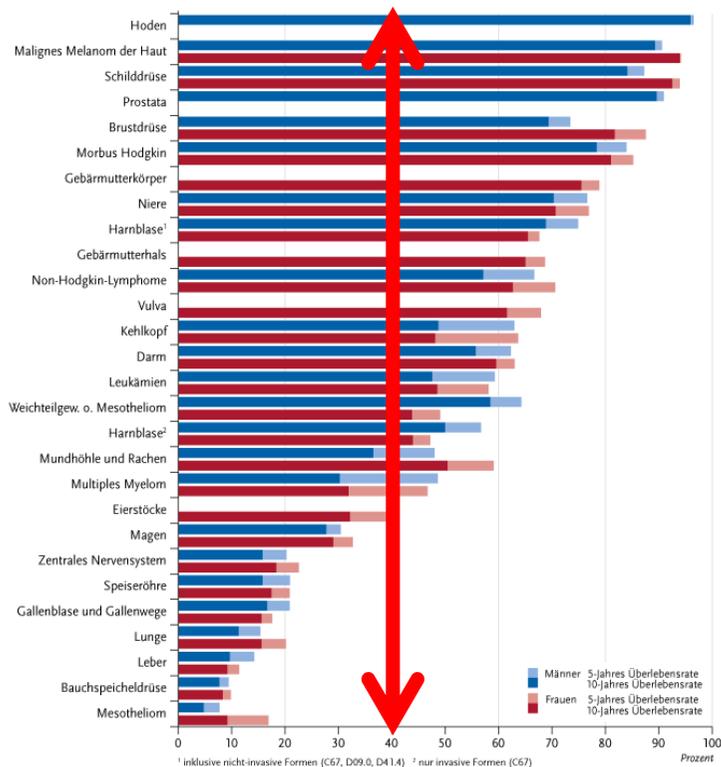
Type	n (%)
Communication interventions	14 (24.1)
Ethics consultations	5 (8.6)
Educational interventions	20 (34.5)
Palliative care team involvement	29 (50)
Advance care planning	6 (10.3)

The total % is more than 100%, as some studies included more than 1 intervention

- Familiengespräch z. Therapiezielfindung (1/Woche)
- Supportive Gespräche
- Multiprofessionelle PM Behandlung
- Advance? Care Planning (ACP)
- Ethische Diskussionen?

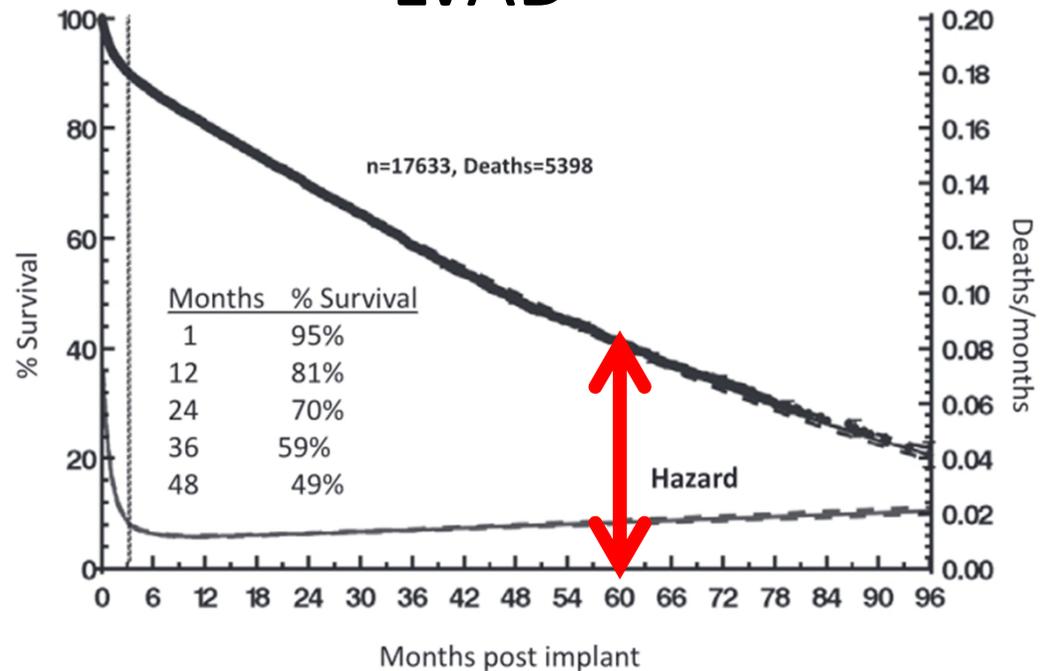
Nur onkologische Patient:innen?

Vergleich der relativen 5-/10-Jahres-Überlebensraten, nach Lokalisation und Geschlecht, Deutschland 2013 – 2014 (Periodenanalyse)

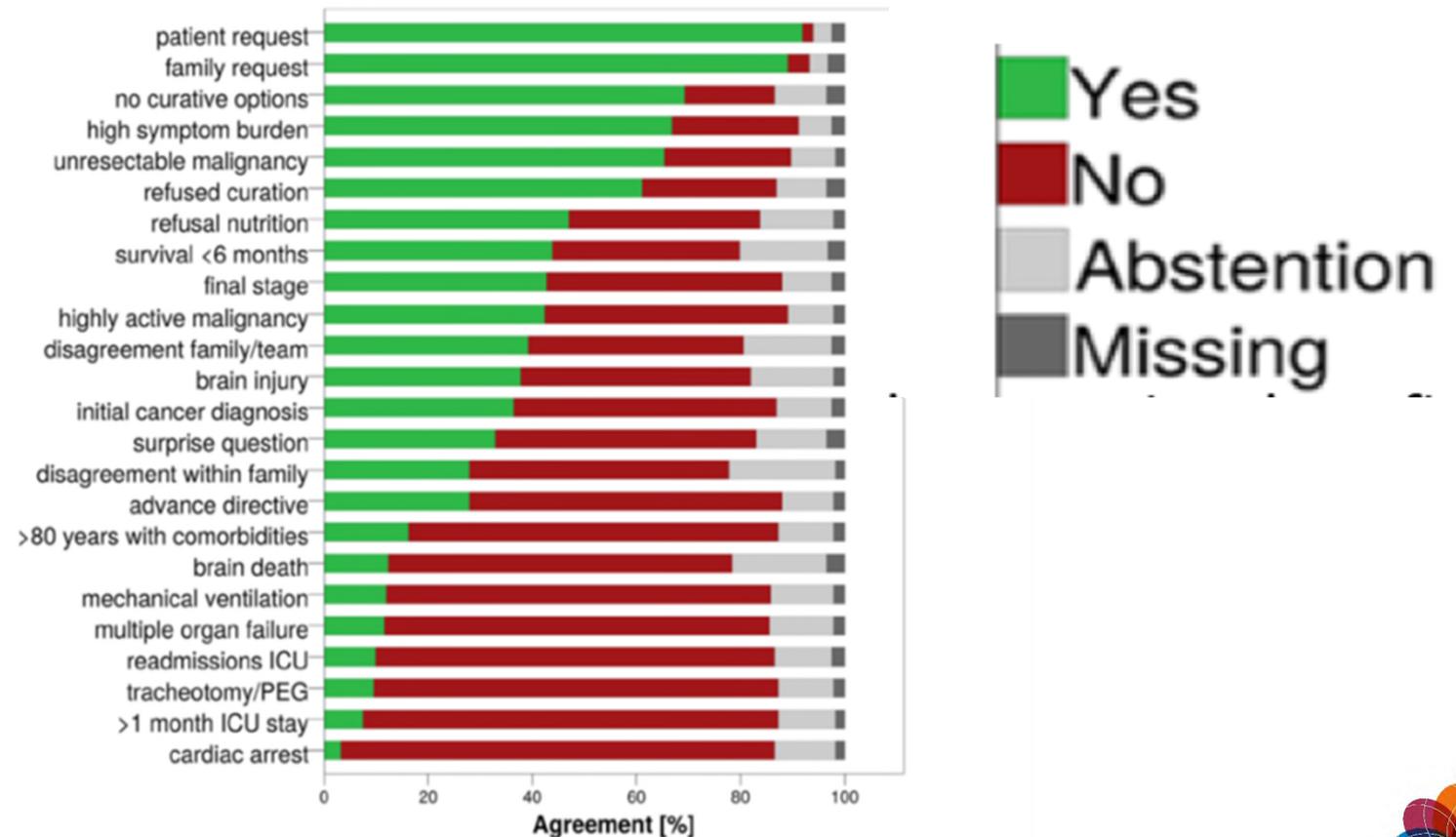


© Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut

LVAD



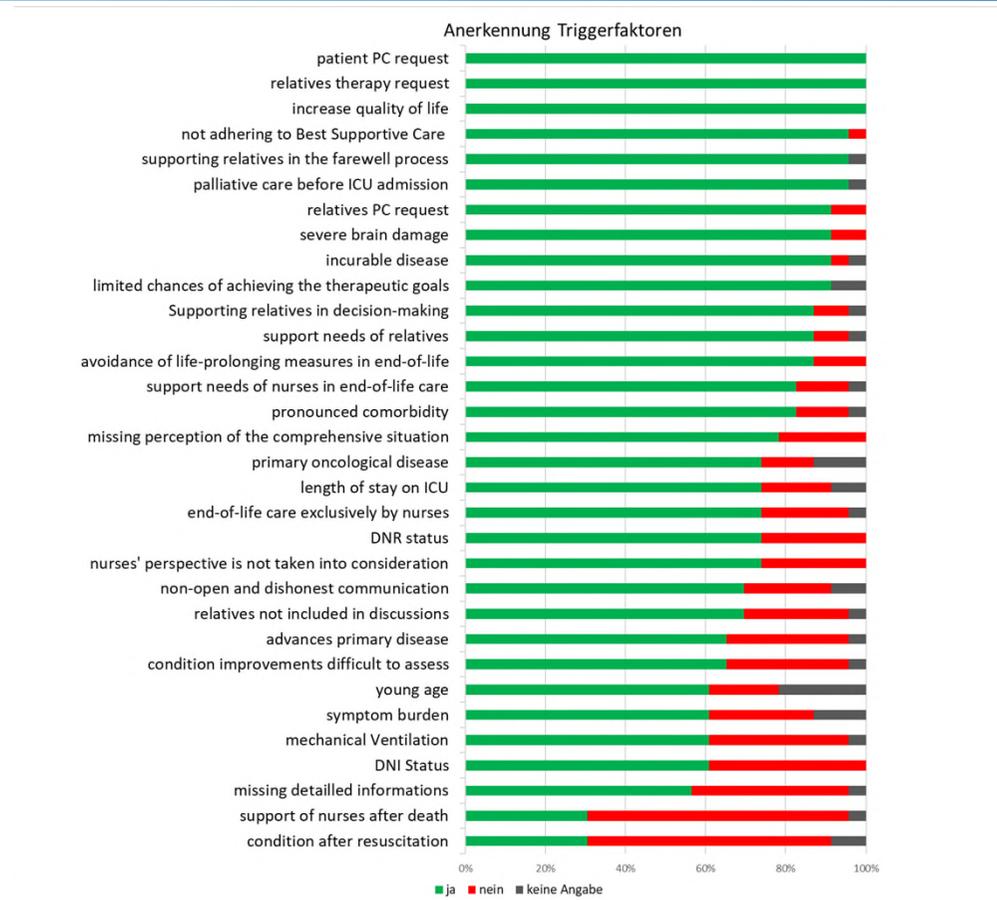
Akzeptanz Triggerfaktoren – Intensivmediziner:innen



Neukirchen, M. et al. (2019) *Intensive Care Medicine*, 45(1)



Akzeptanz - Intensivpflegende



Konsensuspapier

Medizinische Klinik
Intensivmedizin und Notfallmedizin

Positionspapier

Med Klin Intensivmed Notfmed
<https://doi.org/10.1007/s00063-023-01016-9>
Angenommen: 13. April 2023

© The Author(s), under exclusive licence to
Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2023

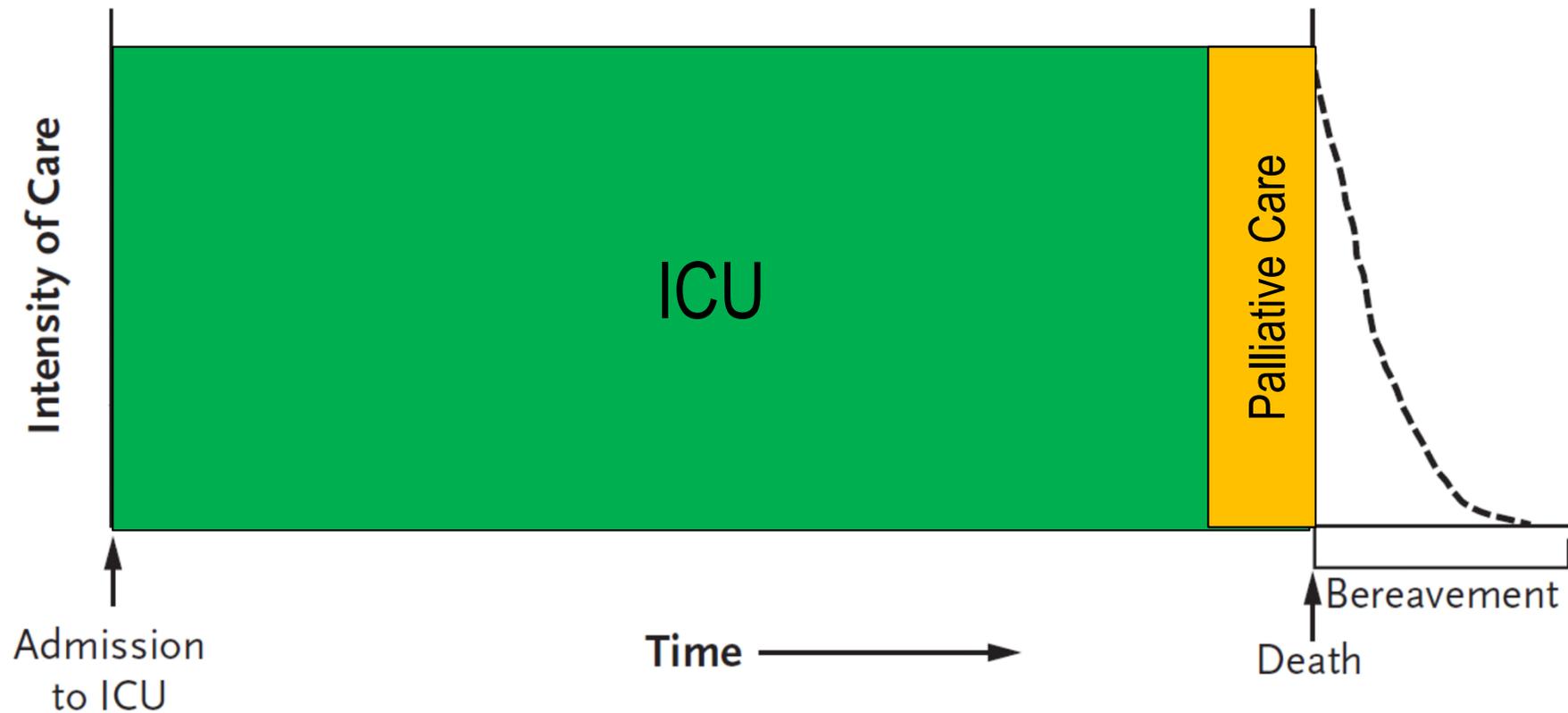


Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin

Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI,
DGG, DGAI, DGINA und DG Palliativmedizin

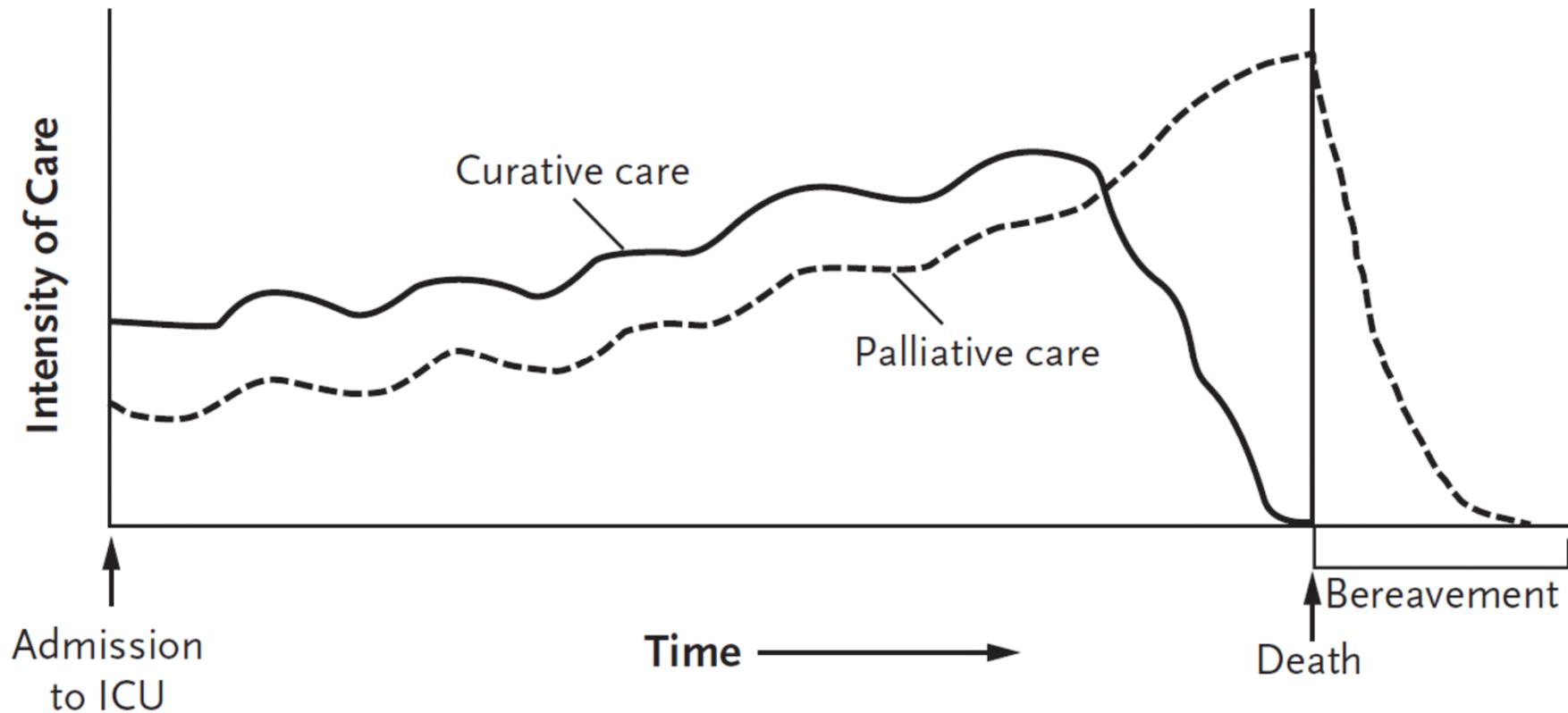
Neukirchen et al. , Med Klin Intensivmed Notfmed. 2023 Jun 7:1–25.

Zeitgerechte Integration von Palliativversorgung



Cook et al. Dying with Dignity in the ICU N Engl J Med 2014;370:2506-14.

Zeitgerechte Integration von Palliativversorgung



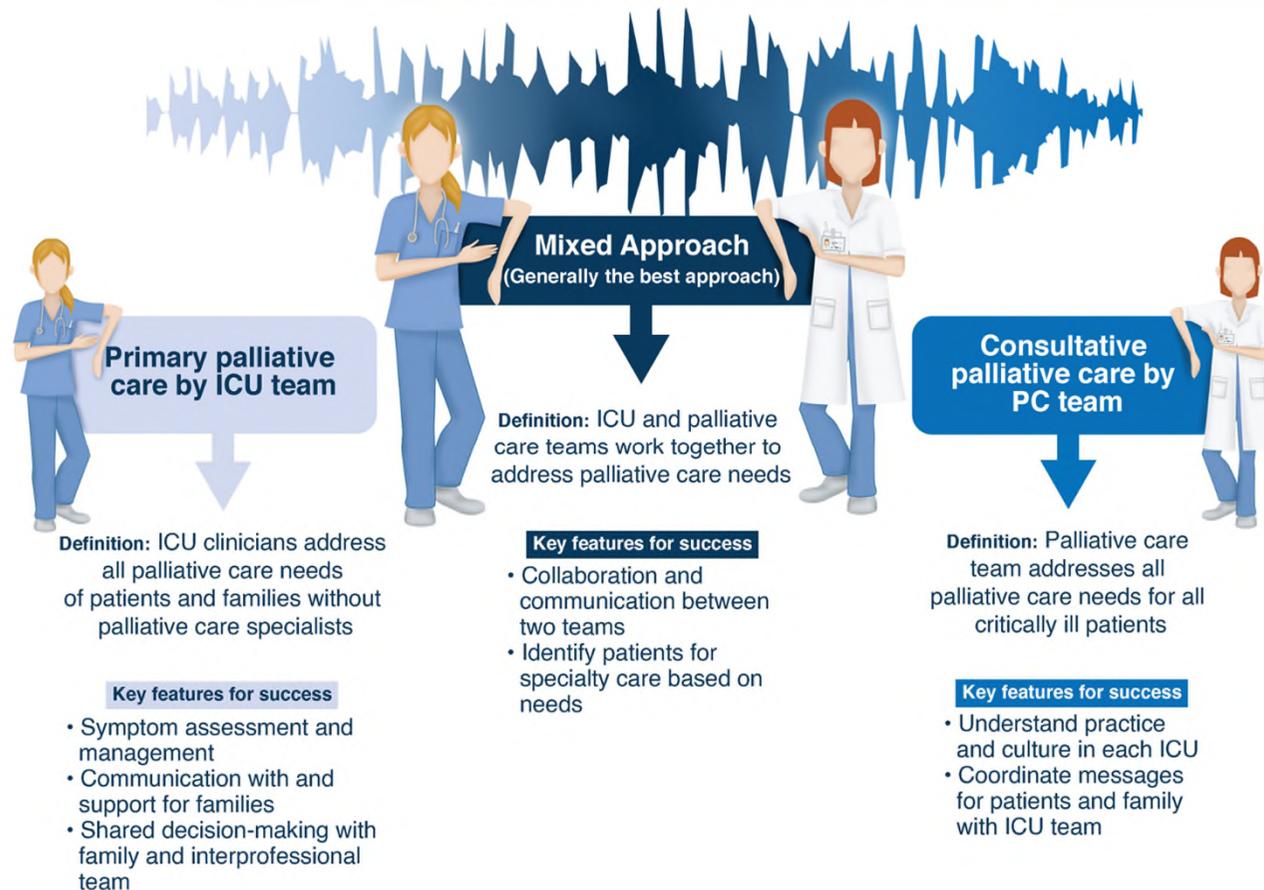
Cook et al. Dying with Dignity in the ICU N Engl J Med 2014;370:2506-14.

Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?

2.4. Integration von Palliativ- in die Intensivversorgung



Modelle der Integration



Visite Intensiv Palliativ (VIP) – Düsseldorfer Modell

- Gemischtes Modell
- 1 x / Woche
- Multiprofessionell
- ICU: Intensivmediziner / Intensivpflegenden
- PC: Palliativmediziner / Palliativpflegende
- 2-4 Patients
- Diskussion mit offenem Ausgang



Auswirkungen

JAMA Surgery | **Original Investigation** | ASSOCIATION OF VA SURGEONS

Palliative Care and End-of-Life Outcomes Following High-risk Surgery

Maria Yefimova, PhD, RN; Rebecca A. Aslakson, MD, PhD; Lingyao Yang, MS; Ariadna Garcia, MS;
Derek Boothroyd, PhD; Randall C. Gale, DrPH; Karleen Giannitrapani, PhD; Arden M. Morris, MD, MPH;
Jason M. Johanning, MD, MS; Scott Shreve, DO; Melissa W. Wachterman, MD; Karl A. Lorenz, MD, MSHS

- 95204 chirurgische Patienten in 129 Zentren
- 90d Mort: 6%

JAMA Surg. 2020; 155(2):138-146. doi: 10.1001/jamasurg.2019.5083

Effect of PC in ICM

Variable	No.	Proportion of Excellent Ratings, No. (%)		
		Overall Care	Communication	Support
Palliative care consultation				
No	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Yes	1.47 (1.14-1.88) ^b	1.43 (1.09-1.87) ^c	1.31 (1.01-1.79) ^d	

Hinterbliebene m. PC:

- 47% höhere Wahrsch.: Zufriedenheit: exzellent
- 43% höhere Wahrsch.: Kommunikation: exzellent
- 31% höhere Wahrsch.: Unterstützung: exzellent

Was kann von der Palliativmedizin gelernt werden?

3. Palliativ- in der Intensivmedizin in Pandemiezeiten



„Moral Distress“



”

„**Moral distress** ist ein unter Pflegekräften weit verbreitetes Phänomen. Ursache sind Entscheidungen in **moralisch** belastenden Situationen, z. B. wenn strukturelle Vorgaben der Institution und persönliche Wertvorstellungen unauflösbar miteinander zu konfliktieren scheinen.“

Ausgangslage

- VOICE-Studie:

	Pflegende	Ärzt:innen
Depressive Symptome	21,6%	17,4%
Generalisierte Angstsymptome	19%	17,8%

→ Gezielte psychosoziale Unterstützung gefordert

Kommunikationsseminar (2 Termine)



- Austausch über persönliche Erfahrungen
- Theorie zur Kommunikation (z.B. SPIKES-Modell, patientenzentrierte Kommunikation)
- Gesprächssimulationen



Lernzuwachs

Item	Lernzuwachs (%)
Anwendung nonverbaler Techniken	67,7
Besserung der kommunikativen Kompetenz	61,9
Vorbildfunktion der Dozent*innen	61,9
Aktive Herstellung einer sicheren Atmosphäre	57,7
Begegnung von Patient*innen ohne Angst	57,7
Aushalten der direkten Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit	47,6
Emotionale Auseinandersetzung mit Entscheidungsfindungen	47,4

Palliativversorgung bei COVID und ICU



Dyspnoe
Angst / Unruhe
Belastete Angehörige

E-Learning

Lektion 18 von 24

Interdisziplinäre & interprofessionelle Zusammenarbeit

ng in

Interview - Videoanruf

Im folgenden Interview haben wir eine Angehörige einer Covid-19 Patientin interviewt, die die Möglichkeit hatte via Videoanruf mit der Patientin, welche auf Intensivstation lag und keinen Besuch erhalten konnte, Kontakt aufzunehmen.



<https://pallpan.de/elearning/>

Projekte

Dr. Theresa Tenge in Boston:

Networking anaesthesia, intensive care and emergency medicine with palliative care - an innovative outcome-based approach for a closer cooperation



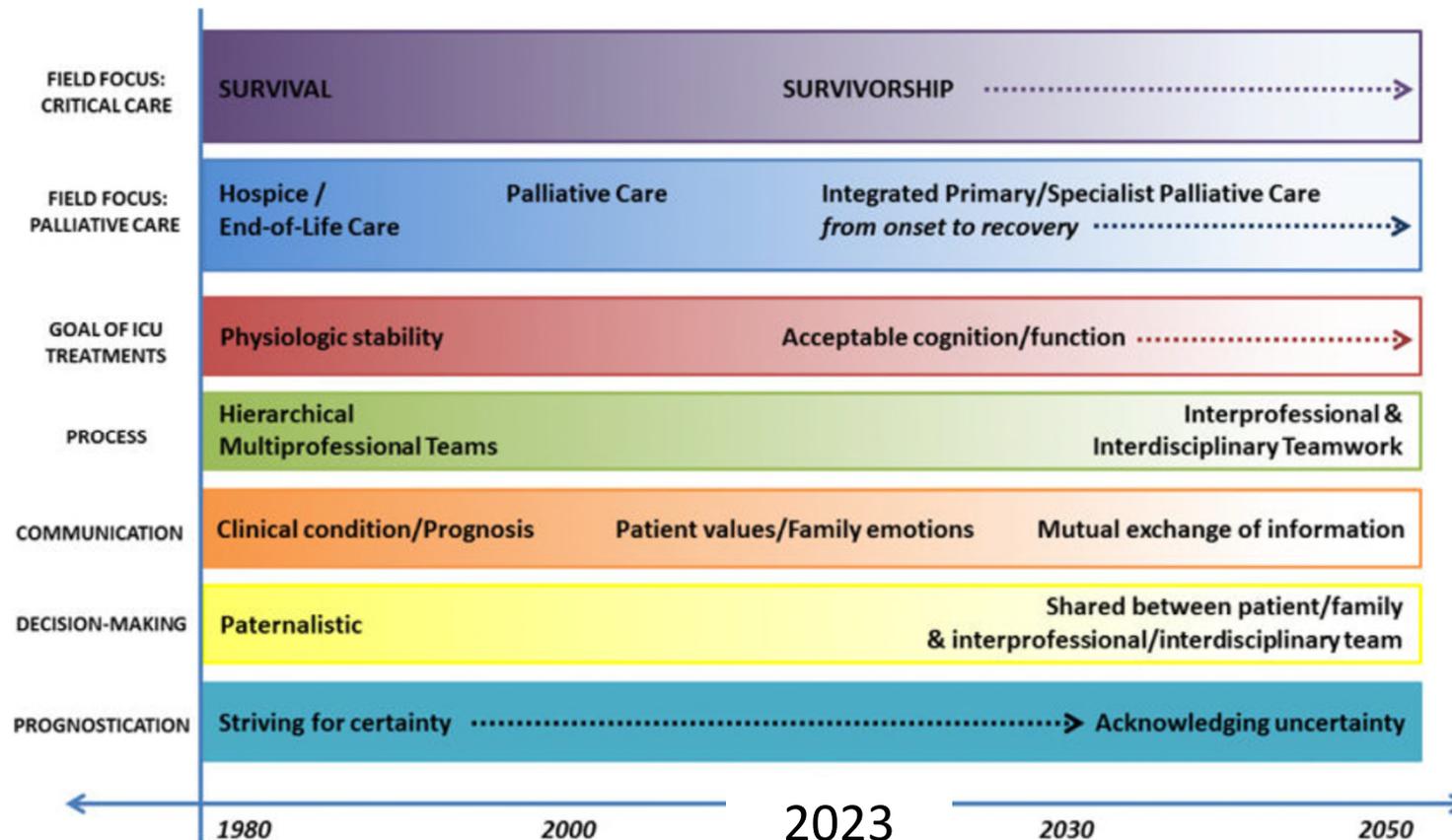
Projekte

EU-Horizon: 6,4 Mio. Euro (D: Charité Berlin / Düsseldorf)

**ENHANCING PALLIATIVE CARE IN ICU—
A MULTICENTRE CLUSTER-RANDOMISED TRIAL TO
ASSESS EFFECTIVENESS OF (TELEMEDICAL) PALLIATIVE
CARE CONSULTATIONS IN INTENSIVE CARE UNITS-
(EPIC)”**



Take Home Messages



"Wenn wir nicht mehr heilen können,
dann können wir **lindern**.
Und wenn wir nicht lindern können, dann
können wir **trösten**.
Und wenn wir nicht trösten können,
dann **sind** wir immer noch **da**."

Danke für Ihr Zuhören.

Danke an mein tolles Team in Düsseldorf.



Priv. Doz. Dr. Martin Neukirchen
Martin.Neukirchen@med.uni-duesseldorf.de

Interdisziplinäres Zentrum
für Palliativmedizin

