

- Geboren in Hannover
- Studium Humanmedizin Regensburg/Hannover
- Facharztausbildung Innere Medizin Hannover Henriettenstift
- OA Frührehabilitation Rhön-Klinikum 1992-8/2018
- OA Frührehabilitation/ITS seit 9/2018 Klinik Bavaria Bad Kissingen

- Keine Interessenkonflikte

Ethik im klinischen Alltag:

Von der Patientenverfügung zur
Therapielimitierung

Bernd Leineweber

Oberarzt

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Klinik Bavaria Bad Kissingen

Kommunikation/Kennenlernen

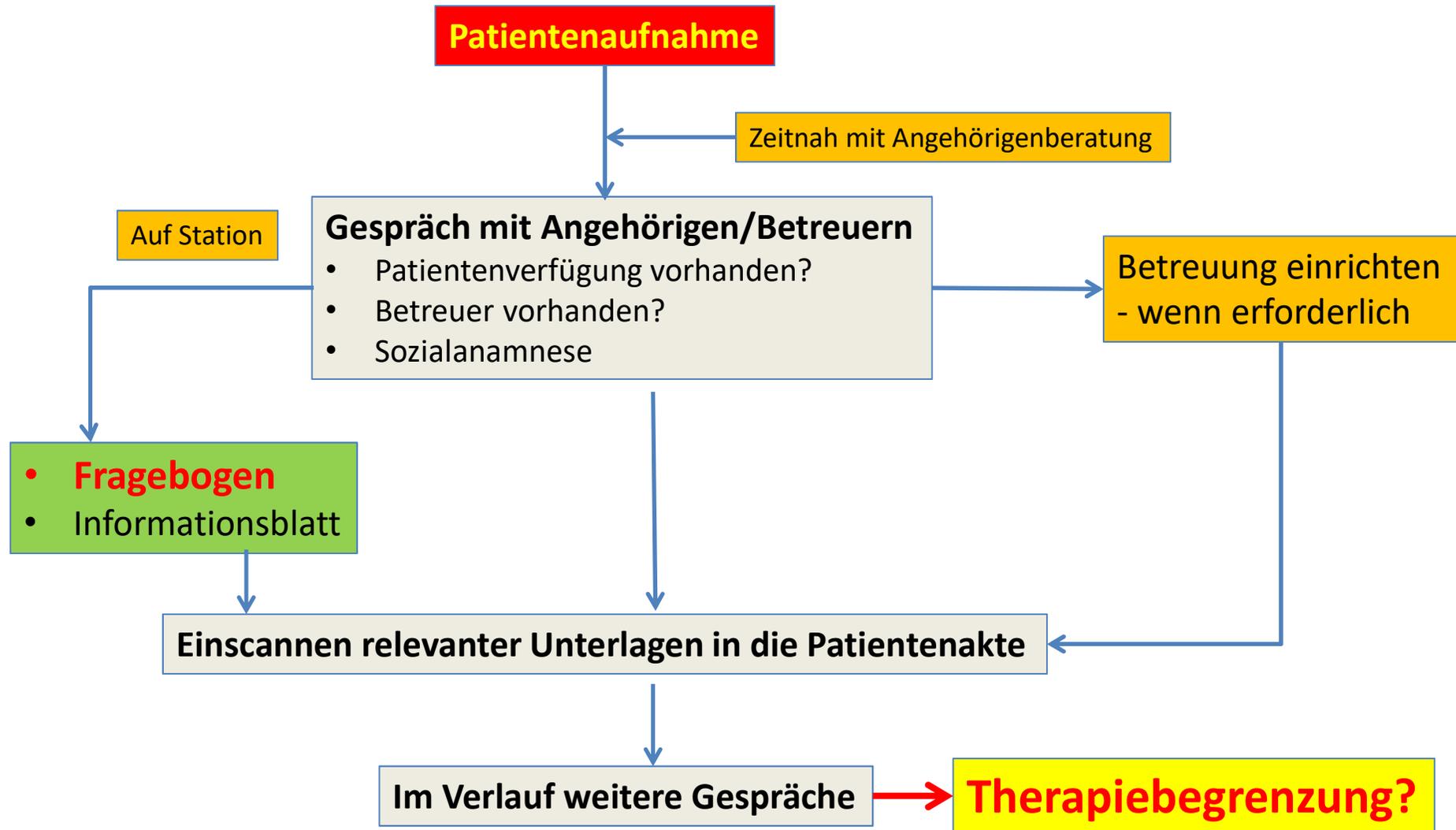
- Wissensstand der Angehörigen/Betreuer
- Versuch der Prognoseabschätzung
- Kommt meine Message an?

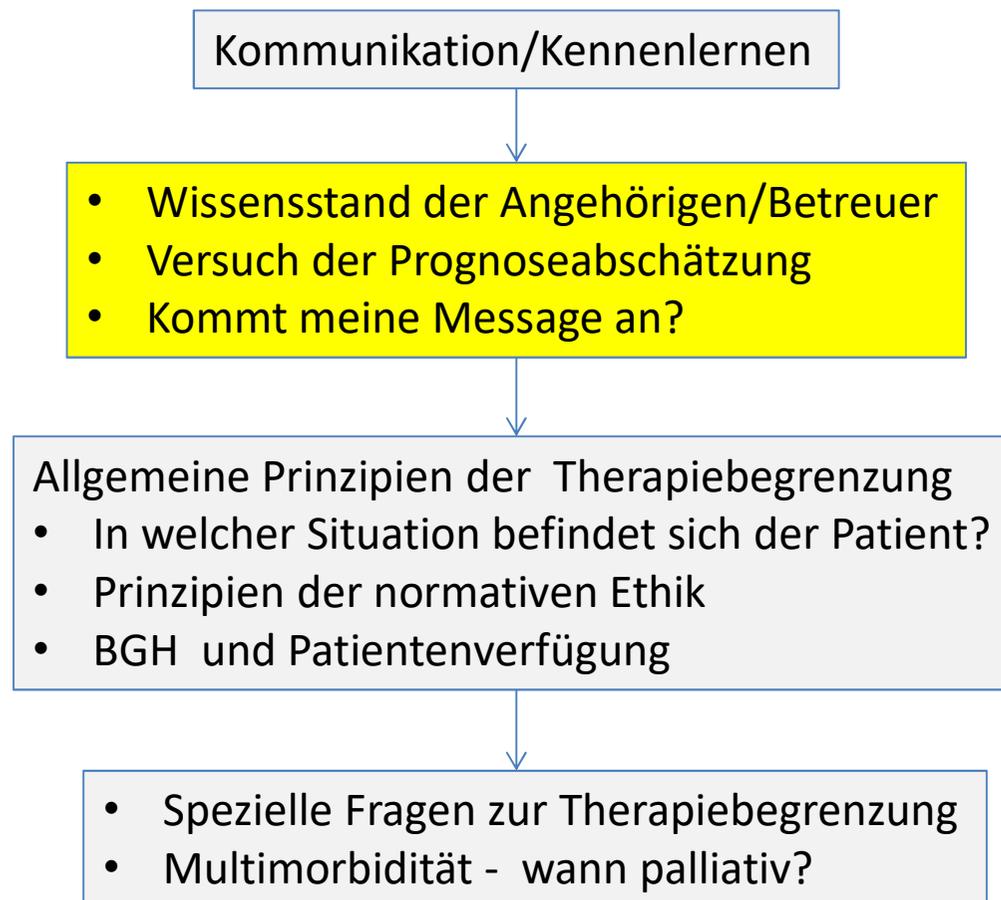
Allgemeine Prinzipien der Therapiebegrenzung

- In welcher Situation befindet sich der Patient?
- Prinzipien der normativen Ethik
- BGH und Patientenverfügung

- Spezielle Fragen zur Therapiebegrenzung
- Multimorbidität - wann palliativ?

Kommunikation



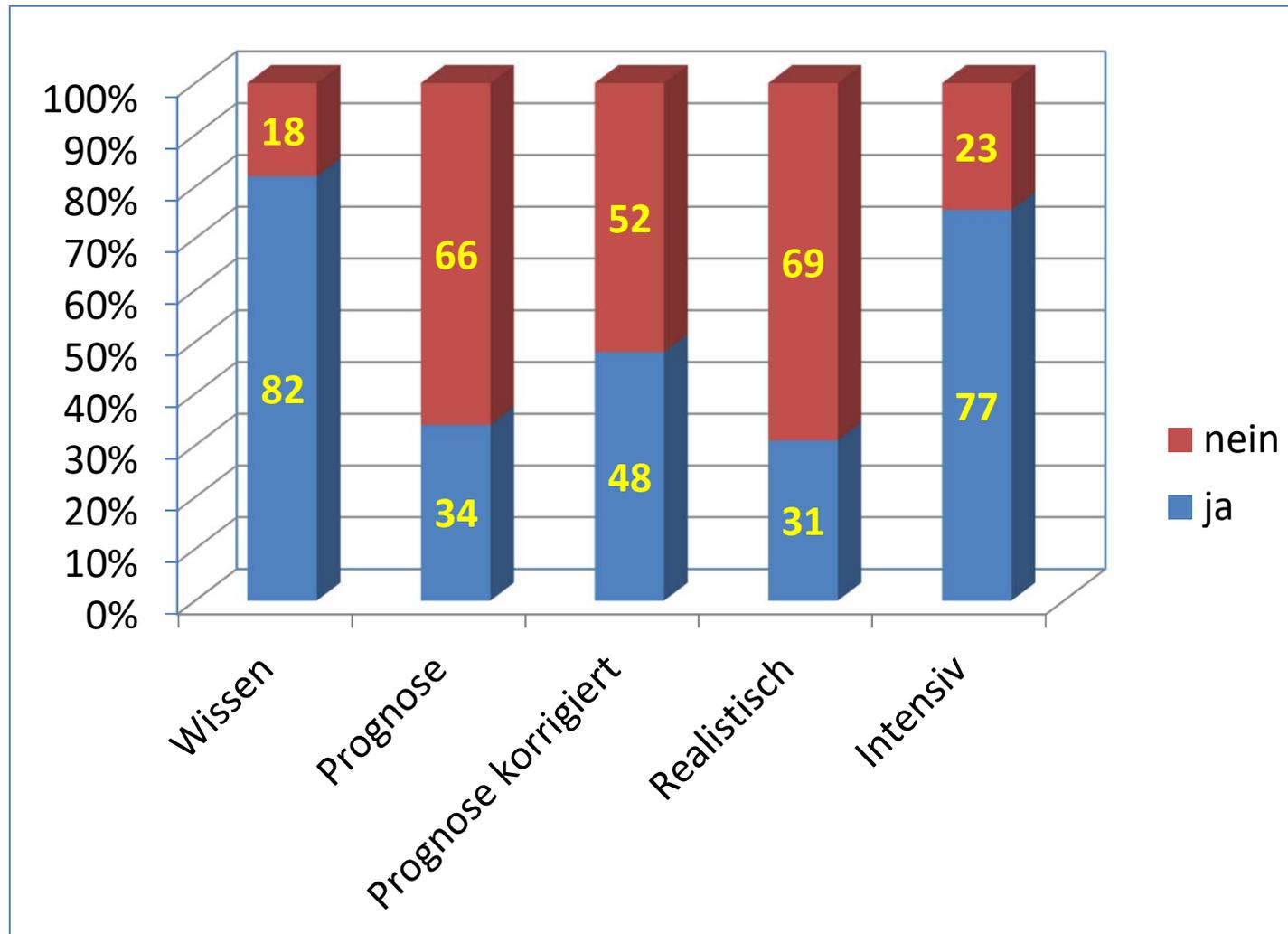


Fragebogen -Teil1

Daten: Rhön-Klinikum - neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
180 Patienten = 1 Quartal
OA B. Leineweber/Fr. Heike Seeliger
Thema: Prognose/Erwartungen

- Was wissen Sie bisher über die Erkrankung ihres Angehörigen/des zu Betreuenden?
- Wurde eine Prognose genannt?/Mit wem haben Sie bisher gesprochen?
- Welche Rückschlüsse ziehen Sie aus dem bisher Gesagten?/Welche Hoffnungen/Befürchtungen haben Sie?

Angehörigen-/Betreuerfragebogen



Anzahl=180

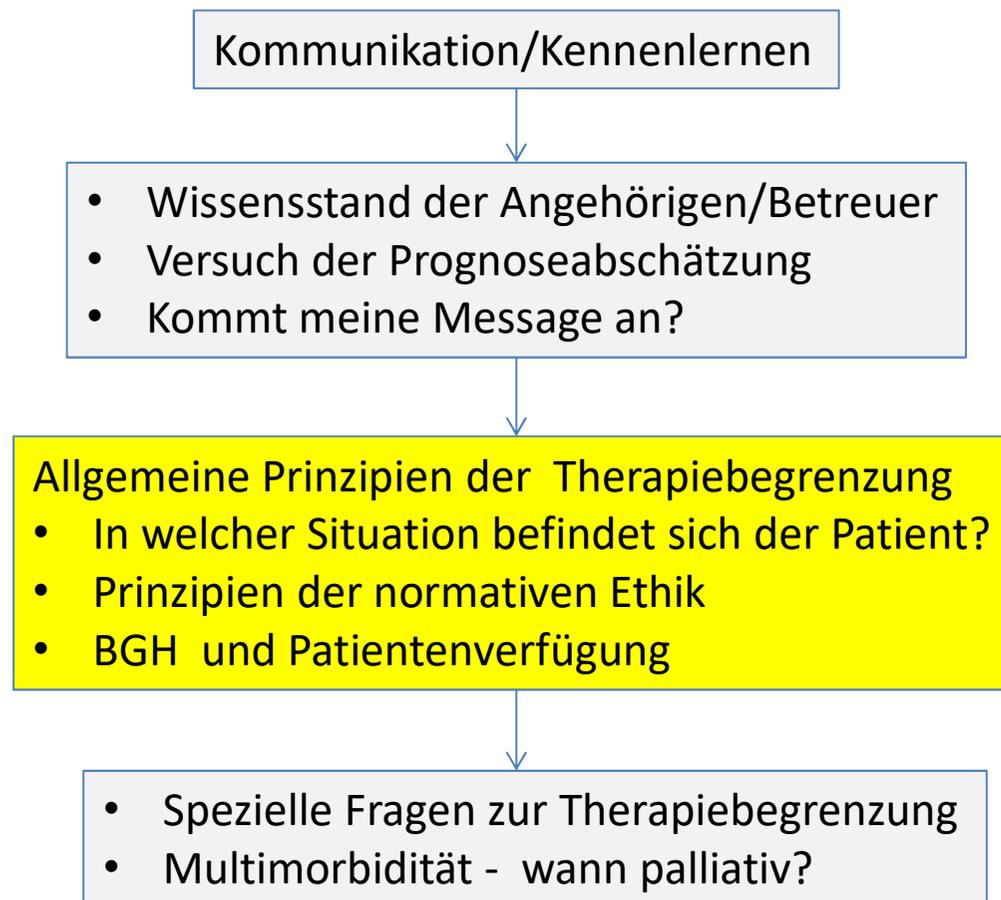
Was sehen wir?

- 1) Diskrepanz „angebliches Wissen“ um die Erkrankung zu 82%. Realistische Einschätzung des „Outcome“ aber nur bei 31% .
- 2) Bei Erstbefragung hatten angeblich 66% der Angehörigen/ Betreuer keine Prognose genannt bekommen. Nach Recherche lag der Prozentsatz nur noch bei 52%!

sich daraus ergebende Fragen

- Teilweises Vergessen
- Verdrängung
- Arzt kann keine Prognose nennen
- Multimorbidität

- Ein Aufklärungsgespräch kann eine psychische Belastung für Patienten, Angehörige und Betreuer sein. Sie nehmen erstmals während des Aufklärungsgesprächs den Ernst der Lage wahr und entwickeln zum Beispiel Angstgefühle unterschiedlichen Ausmaßes.
- Zum Beispiel können negative Emotionen wie Angst inhibitorische Mechanismen auslösen und dadurch das Auffassungsvermögen eingeschränkt wird.
- Das Erinnern an Gesprächsinhalte der Aufklärungsgespräche reduziert sich innerhalb von 6 Wochen um ca. 70%.



Wann leiten wir eine Therapiebegrenzung ein?

- 1) Beenden einer (intensivmedizinischen) Behandlung bei absehbarer infauster Diagnose
- 2) Bei fehlender medizinischer Therapieindikation
- 3) **Multimorbidität** und **Polypharmazie** behindern nachhaltig den Therapieerfolg

Folgende Prinzipien der *normativen Ethik* sollten bei den therapeutischen Bemühungen Berücksichtigung finden:

- **Prinzip des Wohltuns**
- **Prinzip des Nichtschadens**
- **Prinzip des Respekts vor der Autonomie**
(Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht)
- **Prinzip der Gerechtigkeit**

- Darstellung der Situation in der sich der Patient befindet im Angehörigen-/Betreuer-Gespräch unter Berücksichtigung der PV oder des mutmaßlichen Willens
- Erstellung eines DNR- Protokolls (**Do-Not-Resuscitate**)
- Berücksichtigung der Antwort i.B.a. den Betreuer-/ Angehörigenfragebogen (Verdrängen/Vergessen/ Gesprächswiederholungen)

Wichtig ist, dass in der Patientenverfügung klar benannt wird für welche Fälle sie gedacht ist:

- **Erst im unmittelbaren Sterbeprozess?**
- **Im Endstadium einer unheilbaren Krankheit, ohne dass der Todeszeitpunkt absehbar ist?**
- **Bei wahrscheinlich unwiederbringlichem Verlust wichtiger kognitiver Funktionen infolge direkter oder indirekter Hirnschädigung?**
- **Im Rahmen eines Hirnabbauprozesses Verlust der Möglichkeit sich selbständig zu ernähren ect.**

Im nächsten Schritt soll der Patient bestimmen, was unterlassen werden soll:

Lebenserhaltende Maßnahmen wie

- **CPR, künstliche Beatmung**
- **Künstliche Ernährung**
- **Dialyse**
- **Bluttransfusionen, Antibiotika,**

und was erwünscht ist:

- **Basispflege**
- **Schmerzmittelgabe selbst mit ungewollter Verkürzung der Lebenszeit.**

DNR – Do-Not-Resuscitate

Bei diesem Patienten ist **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung** einzuleiten! oder

Folgende Maßnahmen sind dennoch durchzuführen	Ja	Nein
Intubation		
Defibrillation		
Gabe von Vasopressoren		
Nichtinvasive Beatmung		
Invasive Beatmung		
Dialyse (Nierenersatzverfahren)		
Antibiotika		
Transfusionen		

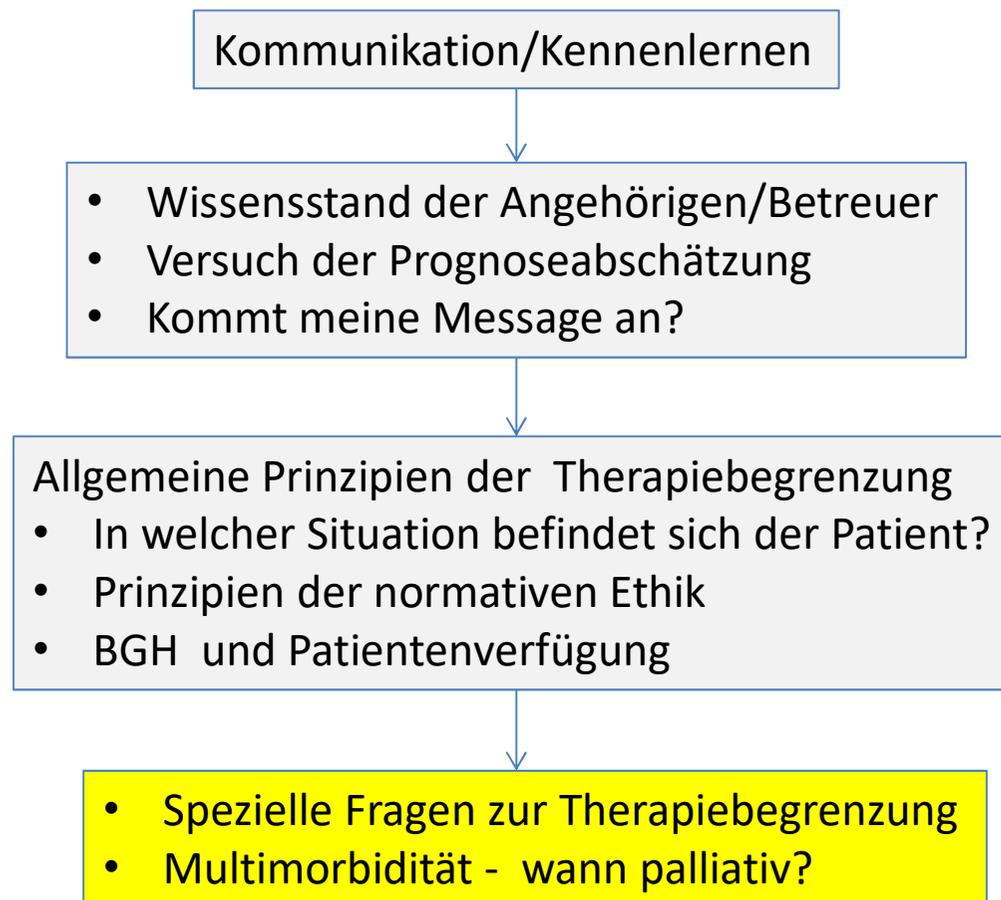
Alle anderen Maßnahmen wie die Basisbetreuung sind durchzuführen

Zur Basisbetreuung zählen u.a.:

- **Menschenwürdige Unterbringung,**
- **Zuwendung,**
- **Körperpflege,**
- **Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit,**
- **Stillen von Hunger und Durst.**

Ort des Beistandes

- **Verlegung zum Sterben ins Krankenhaus**
- **Zu Hause oder in vertrauter Umgebung**
- **Verlegung zum Sterben in ein Hospiz**
- **Palliativmedizinische Betreuung**



- Schlaganfall - nur die Spitze des Eisberges?!

Bedacht werden muss die

Multimorbidität

Was hat die Multimorbidität mit der Therapiebegrenzung zu tun?

Multimorbidität:

Patienten mit nicht – onkologischen Erkrankungen und Multimorbidität haben häufig einen langen Krankheitsverlauf mit reduziertem Funktionsstatus, der geprägt ist von intermittierenden akuten Verschlechterungen. Auch wenn sich die Patienten anschließend immer wiederholen, ist der Allgemeinzustand nach einer solchen Episode in der Regel noch stärker reduziert als vorher. Welche dieser Komplikation zum Tode führen wird, ist schwer vorhersehbar. **Durch die unterschiedlichen Verläufe ist das Einschätzen der Prognose bei Patienten mit weit fortgeschrittenen internistischen Erkrankungen wesentlich komplexer als bei Patienten mit Tumorerkrankungen.**

- **62% der Senioren werden wegen 3 oder mehr chronischen Erkrankungen behandelt**
- **70–90 % der notfallmäßig in einer Klinik der Maximalversorgung stationär aufgenommenen internistischen Patienten sind multimorbid.**
- **Leitlinien helfen bei Multimorbidität nicht.**

Dtsch. Ärztebl. 2017; 114(20): A-998 / B-830 / C-812

**Einer von vier Menschen verstirbt in Deutschland
an einer Krebserkrankung,**

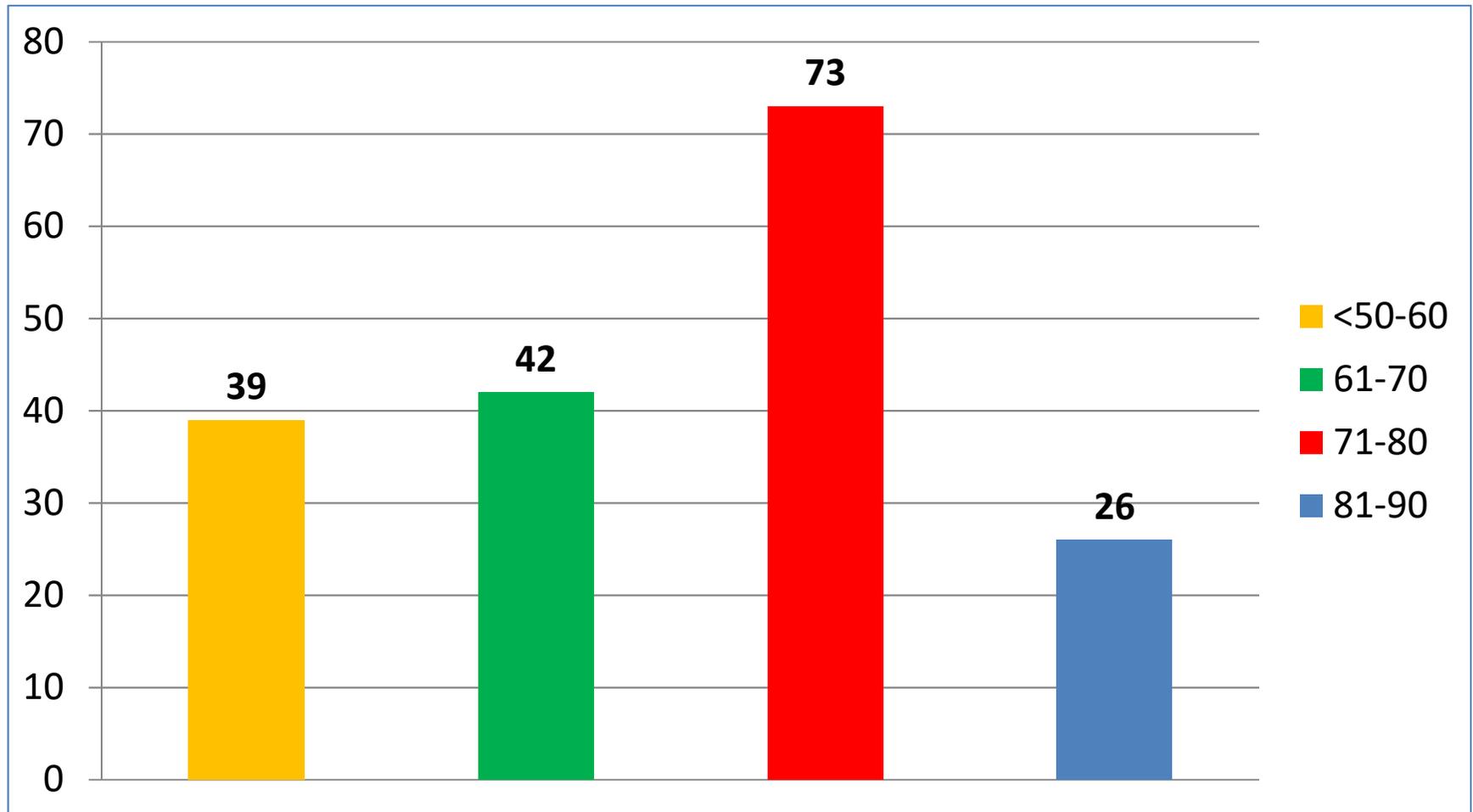
aber

**3 von 4 Menschen versterben an anderen
chronischen Erkrankungen!**

Fragebogen -Teil2

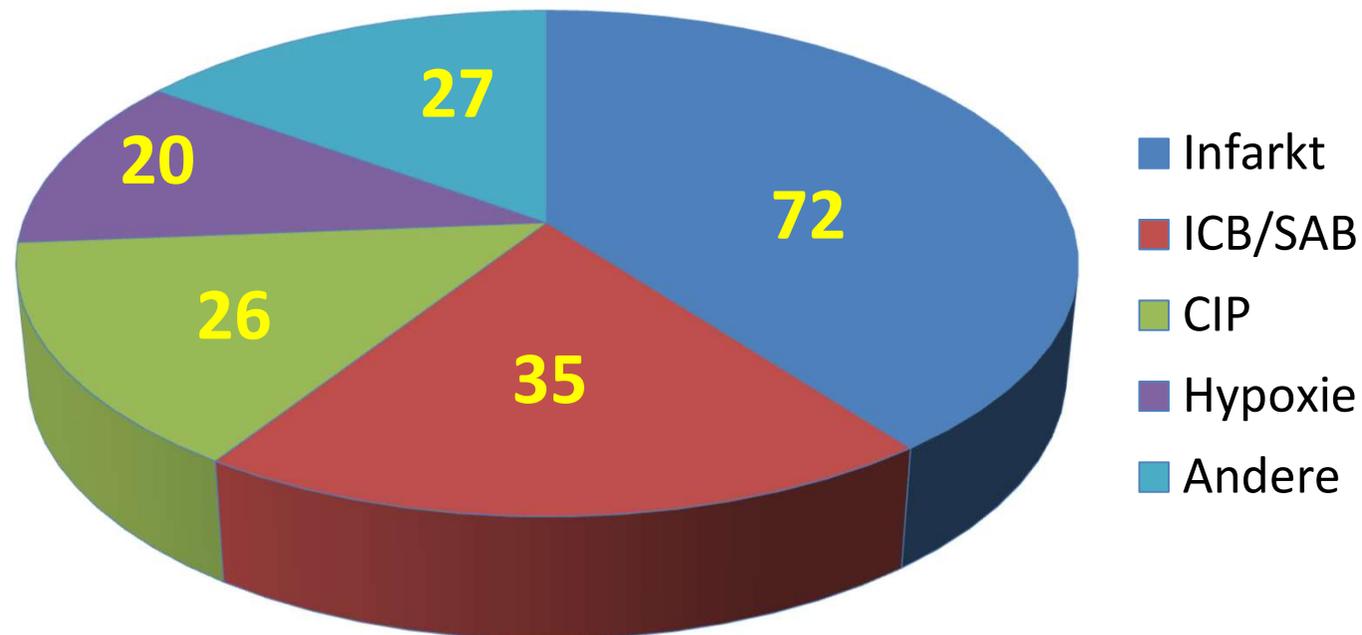
Daten: Rhön-Klinikum - neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
180 Patienten = 1 Quartal
OA B. Leineweber/Fr. Heike Seeliger
Thema: **Multimorbidität**

Altersstruktur der Patienten



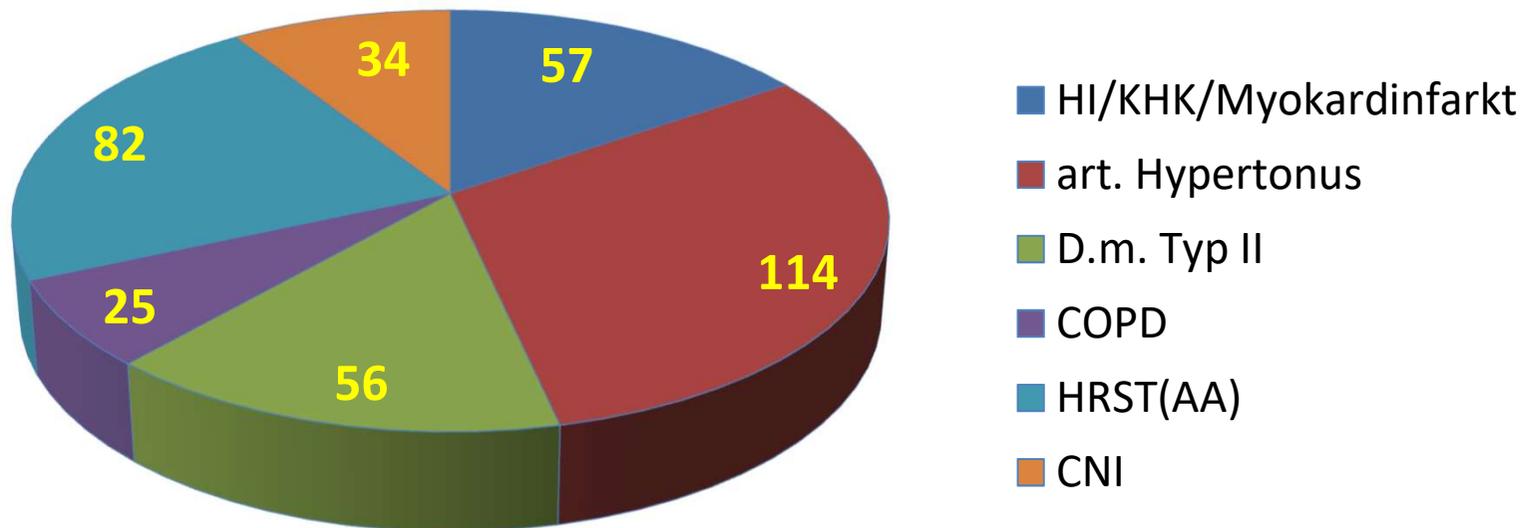
Altersdurchschnitt: 69,4 Jahre Anzahl=180

Neurologische Aufnahme Diagnosen



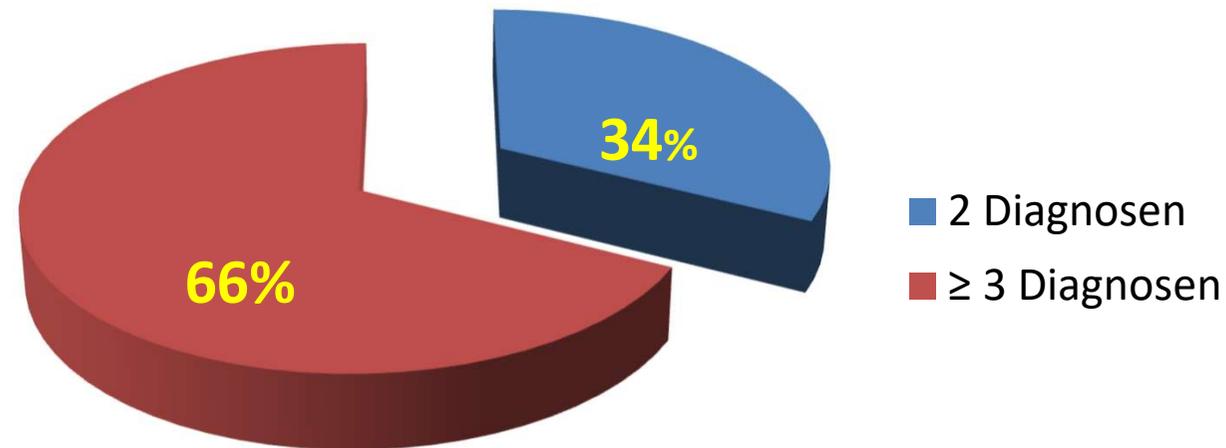
Anzahl=180

Internistische Diagnosen



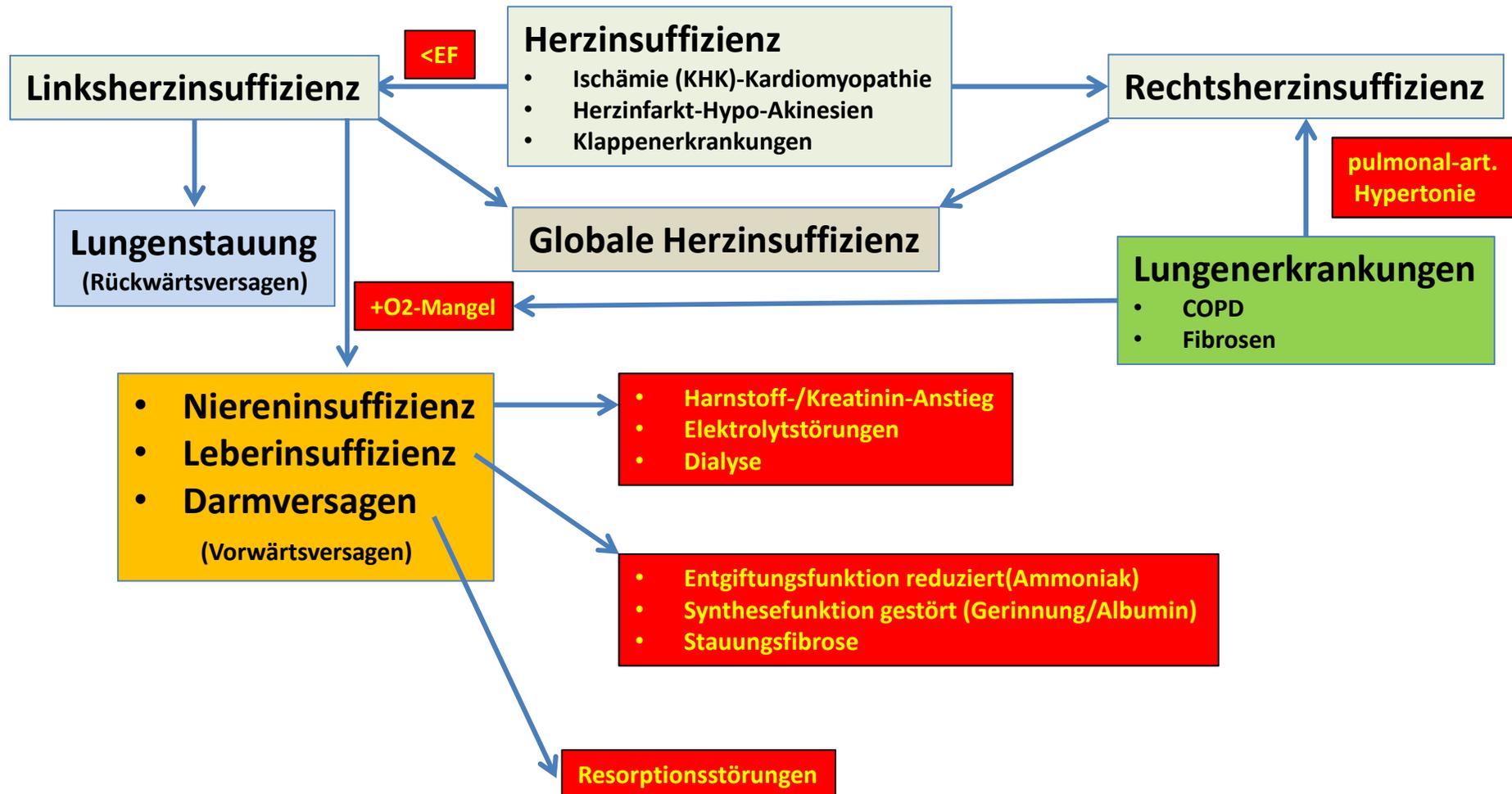
Anzahl=180

Multimorbidität-neurologische und internistische Diagnosen

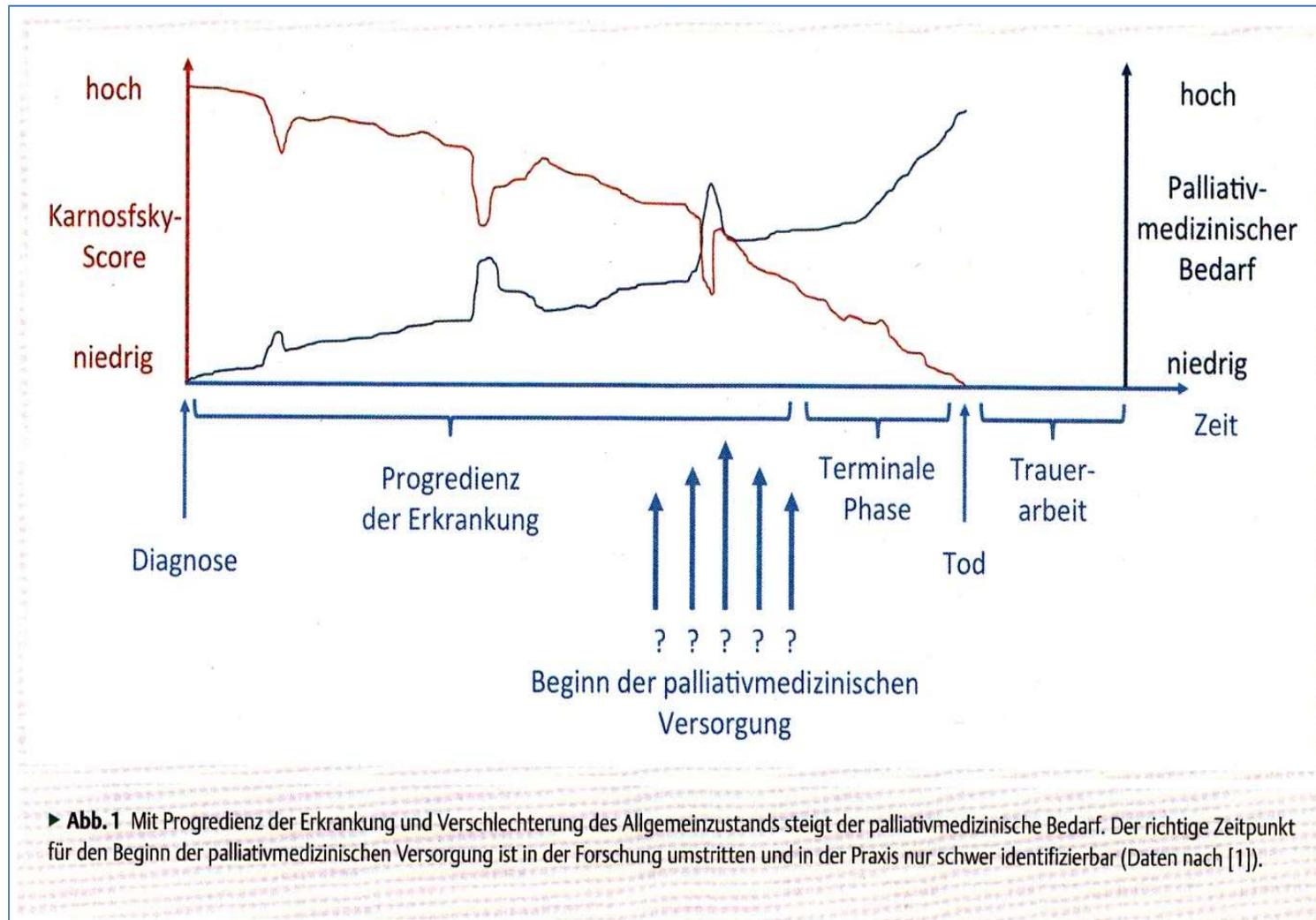


Anzahl=180

Multimorbidität



Therapiebegrenzung?



Therapiebegrenzung?

Krankheitsspezifische Indikatoren für die palliativmedizinische Betreuung

Erkrankung	Indikatoren
COPD ≥ 2 Kriterien 4-Jahressterblichkeit 50%	<ul style="list-style-type: none"> • Atemnot in Ruhe/Exazerbation bei minimaler Belastung • Schwere Obstruktion / Sympt. Herzinsuffizienz • Kriterien erfüllt für Sauerstoff-Langzeittherapie • >3 Krankenhausaufenthalte in 12 Monaten
Chron. Herzinsuffizienz ≥ 2 Kriterien 5-Jahressterblichkeit 50%	<ul style="list-style-type: none"> • NYHA III/IV - schwere inoperable KHK • Atemnot in Ruhe • EF <30% u./o. GFR <30 ml/min (NI) • >3 Krankenhausaufenthalte in 12 Monaten
Schlaganfall 1 Kriterium 1-Jahressterblichkeit 40%	Komplikationen wie Aspirationspneumonie, HWI, Sepsis, Ausgeprägtes organisches Psychosyndrom Apall.Syndrom als irreversibel anzusehen, wenn es zwölf Monate nach einer traumatischen zerebralen Läsion oder drei Monate nach einer akuten nichttraumatischen zerebralen Läsion besteht

Gomez-Batiste X et al. Prevalence and characteristics with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general populations: A cross-sectional study. Palliat. Med 2014; 28: 302-311

NYHA I: Diagnostizierte Herzkrankheit ohne Symptome und ohne Einschränkung der Belastbarkeit.

NYHA II: Leichte Einschränkung der Belastbarkeit. Keine Symptome in Ruhe sondern erst bei stärkerer Belastung.

NYHA III: Starke Einschränkung der Belastbarkeit. Keine Symptome in Ruhe, jedoch bereits bei leichter Belastung.

NYHA IV: Persistierende Symptomatik auch in Ruhe.

RHI

LHI

globale HI

Hat der Patient eine lebenslimitierende Erkrankung?

- Fortgeschrittene Demenz
- Fortgeschrittenes Malignom
- Fortgeschrittene COPD
- Fortgeschrittene Herzinsuffizienz
- Endstadium einer Leber-/Nierenerkrankung
- Septischer Schock mit Organdysfunktion

Hat der Patient unerreichbare Behandlungsziele?

- Unkontrollierbare Symptome
- Reduzierter Funktionsstatus (Karnofsky-Index)

Karnofsky-Index

Beschreibung des Allgemeinzustandes

100 % Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung

90 % minimale Krankheitssymptome

80 % normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung

70 % eingeschr. Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich alleine versorgen

60 % gelegentliche fremde Hilfe

50 % krankenpflegerische und ärztliche Hilfe, nicht dauernd bettlägerig

40 % bettlägerig, spezielle Pflege erforderlich

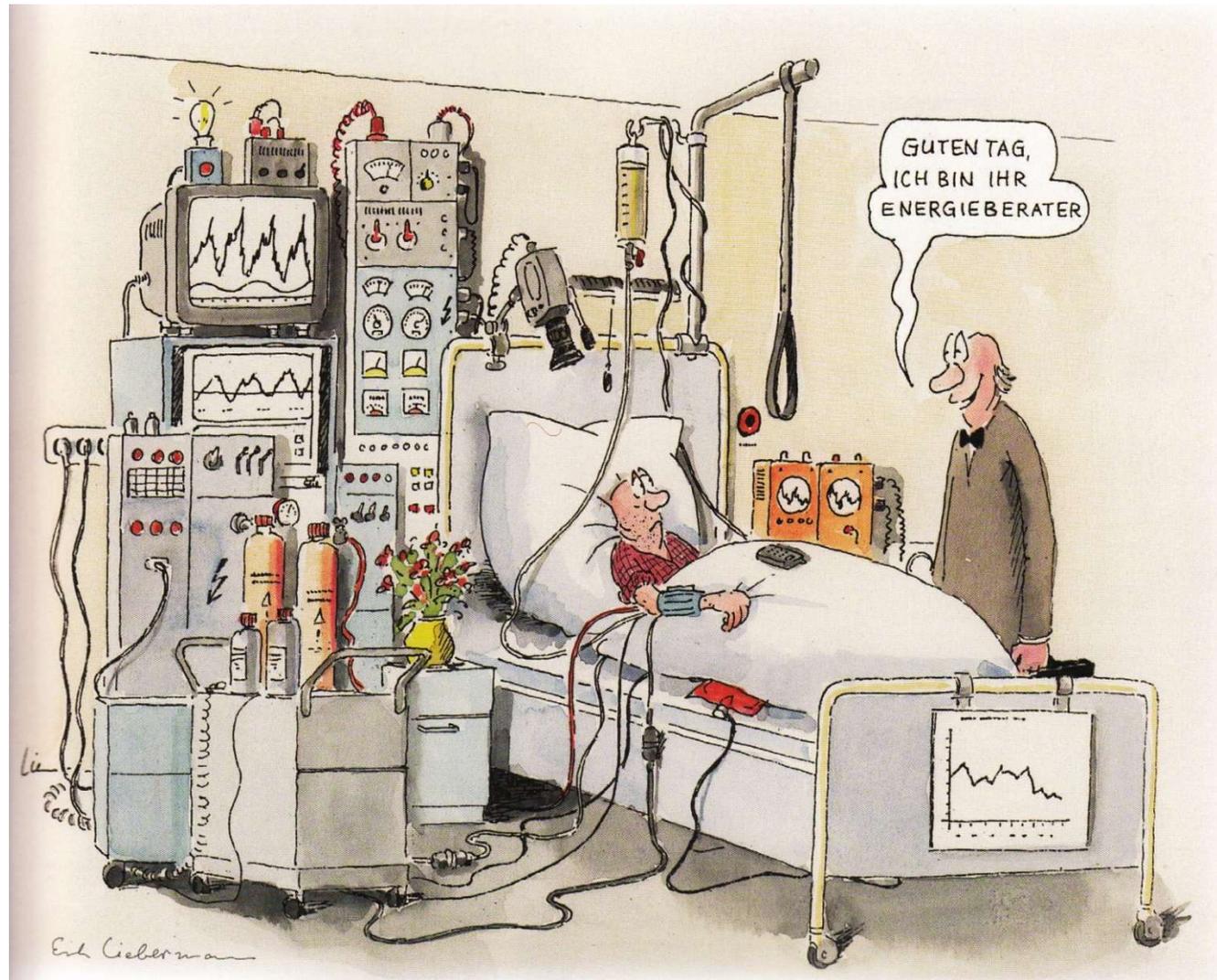
30 % schwerkrank, Krankenhauspflege notwendig

20 % Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich

10 % moribund, Krankheit schreitet schnell fort

0 % Tod

- Multimorbidität und Polypharmazie beeinträchtigen den Therapieerfolg
- Multimorbidität und Polypharmazie erschweren die Prognosestellung
- Frühzeitiges Erkennen der fehlenden Therapieoptionen
- In komplexen Situationen häufiger Gesprächstermine anbieten



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**