

HFH – Hausärztliche Fortbildung Hamburg

DEUTSCHER



HAUSÄRZTEVERBAND

Hausärzterverband Hamburg e.V.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



VEREIN HAUSÄRZTLICHER
INTERNISTEN e.V.



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSAKADEMIE

Behandlungsziele am Lebensende (HzV, DMP DM DM2)

- **19. Februar 2019**
Gelenke-Muskel-Skelett - minderwertige Implantate oder lieber konservativ? (HzV)
- **19. März 2019**
Diabetes - gibt's wirklich was Neues (HzV, DMP DM2)
- **30. April 2019**
Wenn die Knochen brechen - Osteoporose (HzV, DMP)
- **25. Juni 2019**
Gerinnungshemmung für alle oder riskante Therapie? (HzV, DMP KHK)

- **Dr. med. Rüdiger Thiesemann, M. Sc.**
Facharzt für Innere Medizin-Geriatrie,
Hausärztliche Praxis Hamburg
- **Dr. med. Florian Bruns, M.A.**
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Sie betreuen seit über 10 Jahren eine 91-jährige rüstige alte Dame, die jetzt zunehmend kognitiv eingeschränkt wird. Bekannt ist eine schwere OP-pflichtige Aortenstenose. Allerdings hat sie jegliche Intervention immer abgelehnt. Heute „gesteht“ Sie ihnen, dass sie seit einigen Monaten Gewicht abnehme und sie eine Veränderungen Ihrer Stuhlgewohnheiten bemerkt. Sie untersuchen den Bauch und finden ein gut tastbaren Tumor im rechten Unterbauch und eine vergrößerte, konsistenzvermehrte Leber mit unregelmäßiger Oberfläche.

Die Tochter ist sehr besorgt und möchte auf jeden Fall, das „alles“ gemacht wird.

Was machen Sie

- A. Sie leiten eine Abklärung in die Wege
- B. Sie versuchen die Tochter umzustimmen (was schwierig wird ...)
- C. Sie verweigern die Abklärung gegen den Wunsch der Tochter
- D. Sie äußern ihren Verdacht nicht und raten zum Abwarten



Ein Hausarzt wird verklagt, weil er einen Schwerstkranken
zu lange am Leben hielt: Das Verfahren
könnte den Alltag in deutschen Pflegeheimen verändern

Sinnlos gelitten

VON MIRIAM GEBHARDT

Der Vorsitzende Richter Michael Lemmers sucht den Kompromiss. Seine Kammer weist den Anspruch des Klägers auf Schmerzensgeld und Haftung ab (AZ 9 O 5246/14). Zwar habe für die künstliche Ernährung keine Indikation mehr vorgelegen, zwar habe der Arzt die Angehörigen über die Verlängerung des Leidens zu informieren und deren Einschätzung des Krankenvillens einzuholen

Kann das ein Hausarzt? In dieser Frage lassen sich die Positionen nicht versöhnen. Richter Lemmers und der Gerichtsgutachter bezweifeln, dass der behandelnde Hausarzt allein habe entscheiden können (oder dürfen), wann es genug war für Heinrich S. Auf der anderen Seite stehen die kla-

Hausärztliche Fortbildung Hamburg, 11.12.2018

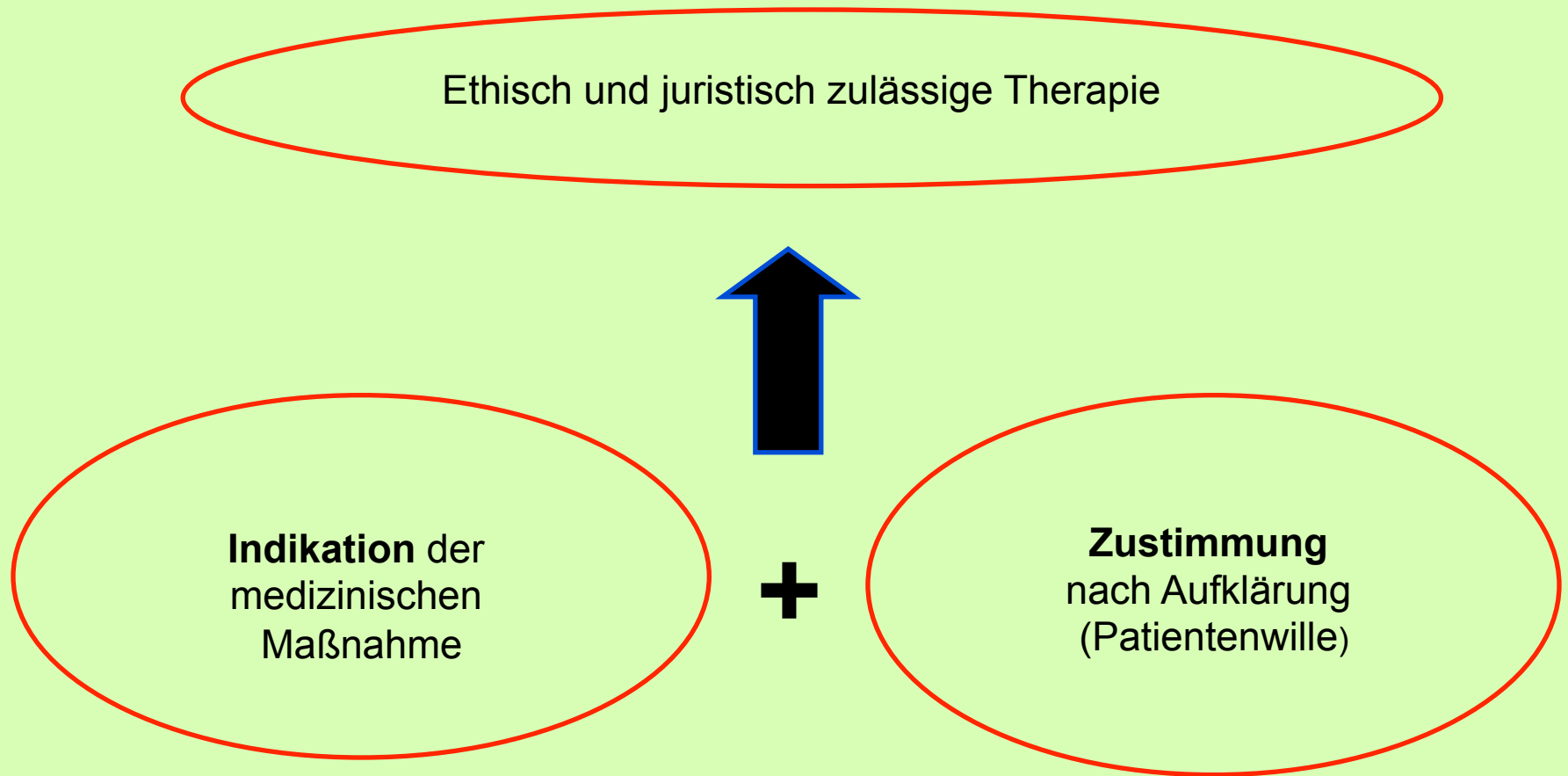
„Ethische“ Entscheidungen am Lebensende

Dr. med. Florian Bruns, M.A.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg



Indikation + Patientenwille = Med. Maßnahme



Indikation braucht Therapieziel

Was sind Therapieziele?

Heilung
Prävention
Rehabilitation
Lebensverlängerung
Linderung von Leiden
Verbesserung der Lebensqualität
Ermöglichung eines „guten“ Sterbens
...

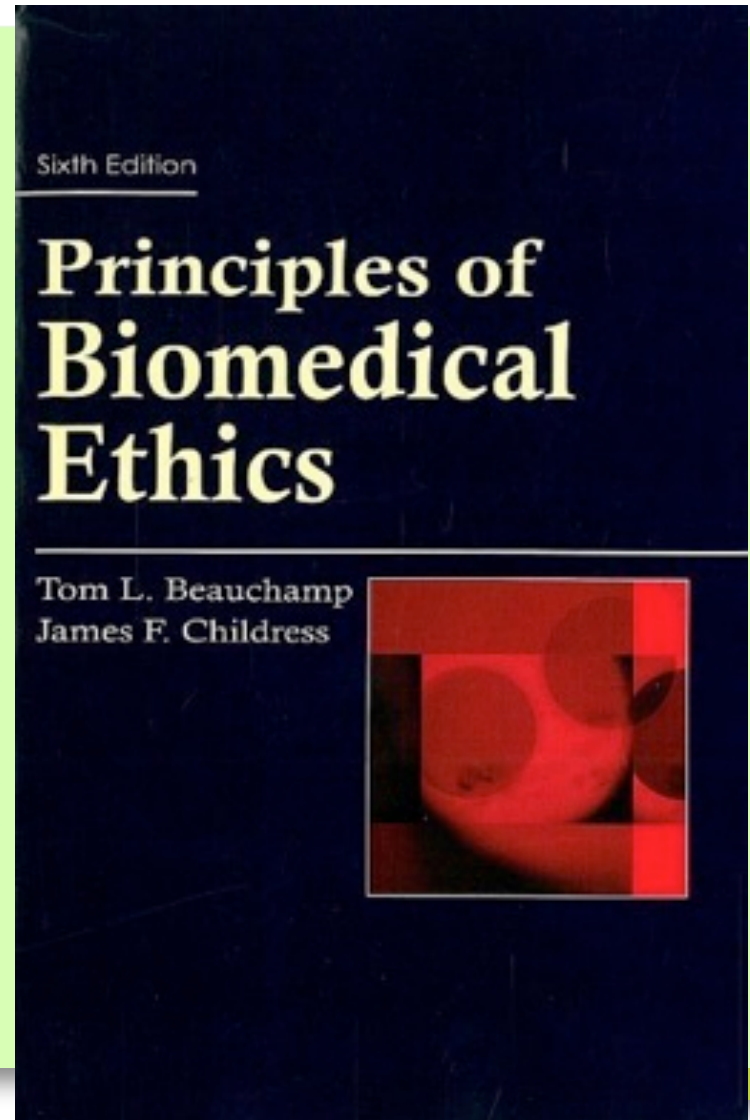


Prinzipienbasierter Ansatz

Tom L. Beauchamp
James F. Childress

Principles of Biomedical Ethics
(⁷2013)

- (1) **Autonomie**
- (2) **Fürsorge**
- (3) **Gerechtigkeit**
- (4) **Nicht Schaden**



„... nicht unter allen Umständen.“

Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011):

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.“

Sterben in Würde

Grundsätze und Empfehlungen
für Ärztinnen und Ärzte



Patientenverfügung



Verbesserungen

- gewachsenes Problembewusstsein, Sensibilität für Patientenautonomie
- Algorithmus zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens
- Dialog zwischen Behandlern und Betreuern institutionalisiert
- ...



Patientenverfügung

Akzeptanzprobleme schriftlicher Vorausverfügungen
=> Autonomie/Fürsorge-Konflikt, Paternalismus



Süddeutsche Zeitung, 2009



Patientenverfügung

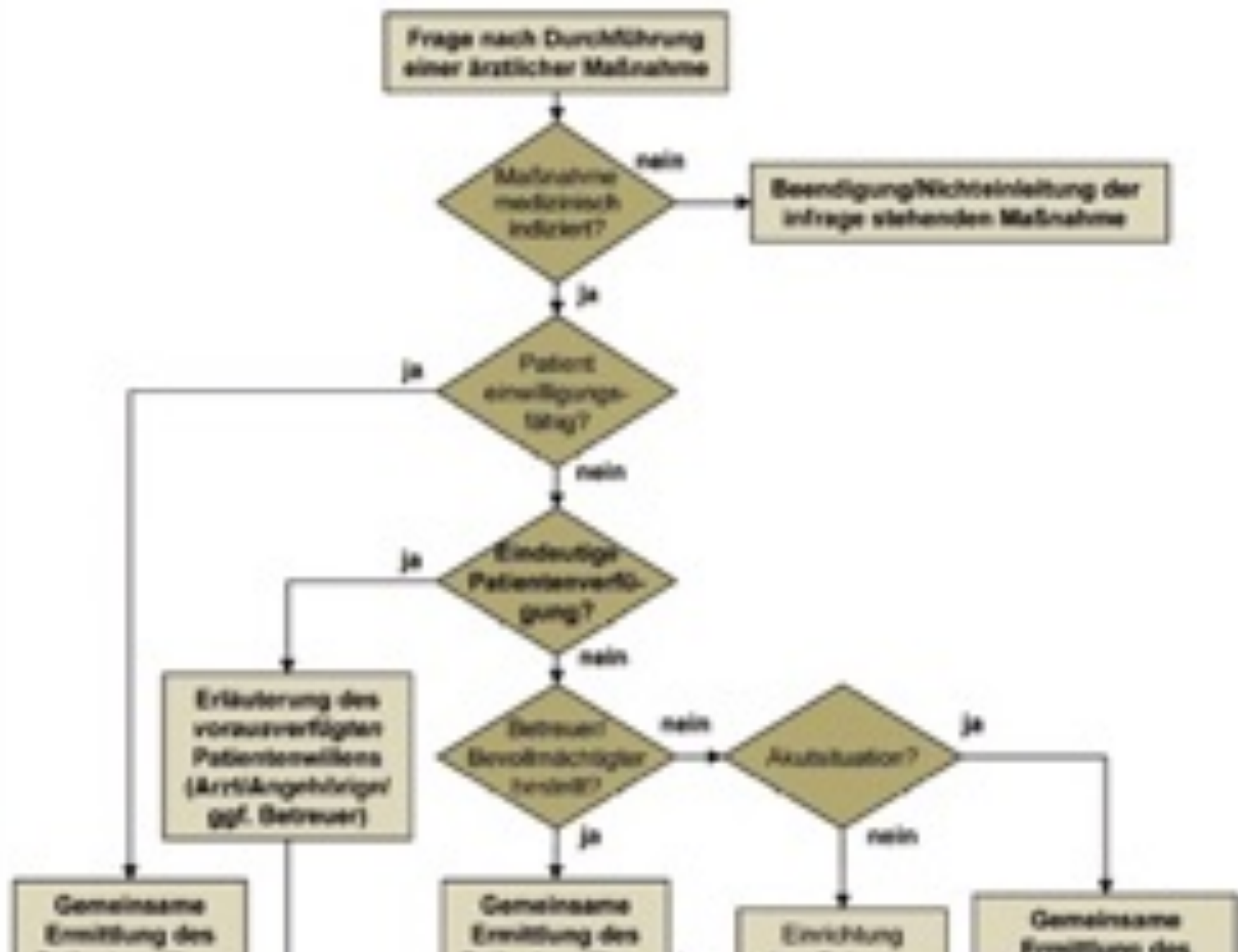
Desiderate

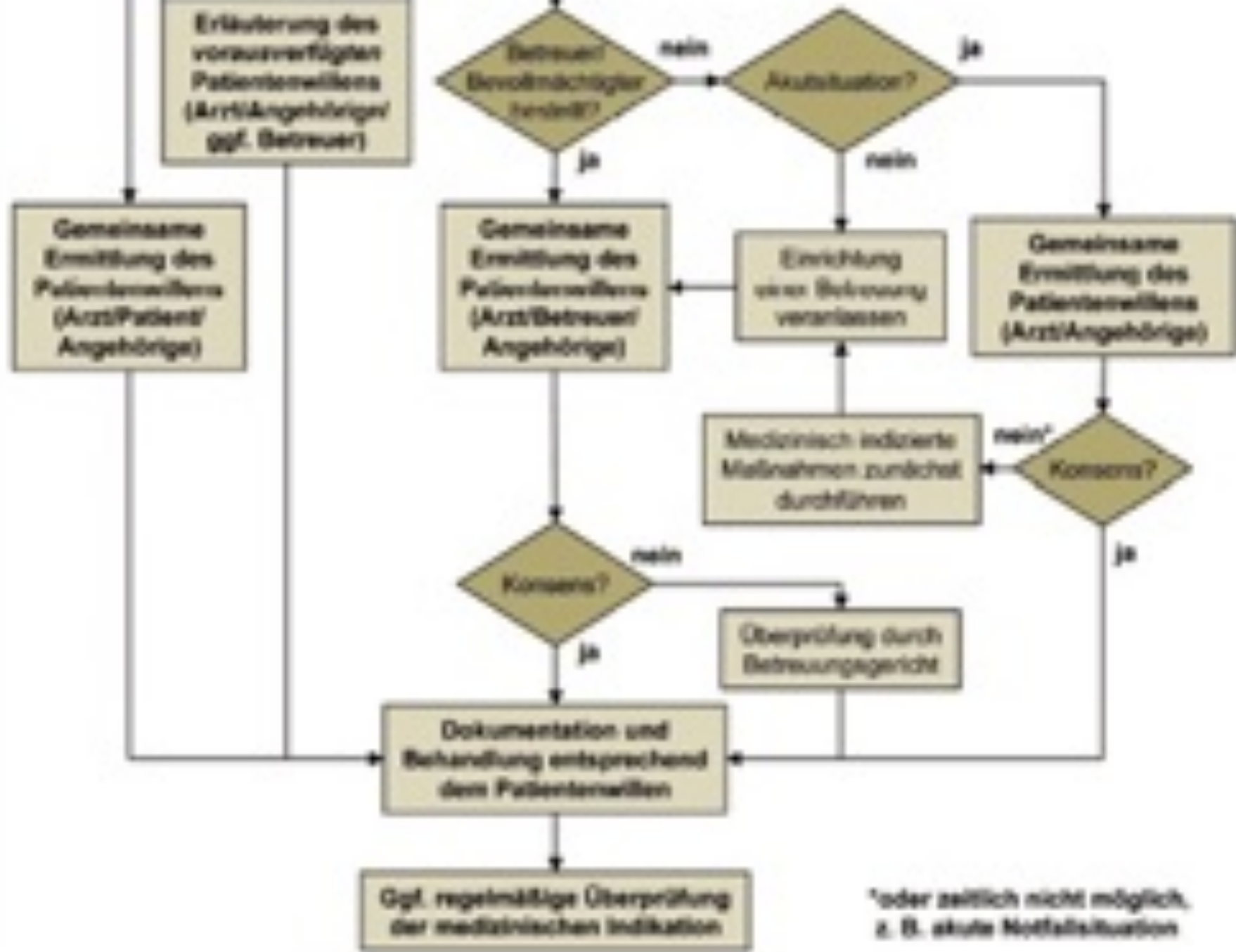
- fachkundige Beratung bei Erstellung
- Aktualisierung/Anpassung
- Verbreitung/Hinterlegung





Borasio et al.
 Patienten-
 verfügungs-
 gesetz. Umsetzung
 in der klinischen Prax.
 Dtsch Arztebl 2009;
 06:1952-57





*oder zeitlich nicht möglich, z. B. akute Notfallsituation

Advance Care Planning (ACP)

Definition(en), Ziele:

- „Behandlung im Voraus planen“ (BVP)
- „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (Hospiz und Palliativgesetz 2015, §132g SGB V)
- => Detaillierte Zustandsbeschreibungen u. Handlungsanweisungen
- Regionale Vernetzung von Ärzten, Pflege(heimen), Kliniken, Rettungsdienst u.a.
- Empfehlung der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer aktuell in Vorbereitung



Von der konventionellen PV zu ACP (BVP)

Individuelle
Ebene

Elemente eines regionalen BVP-Programms

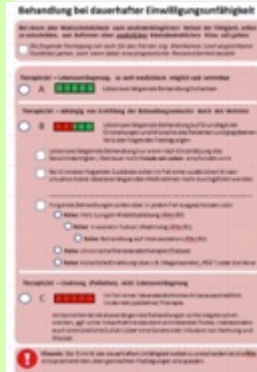
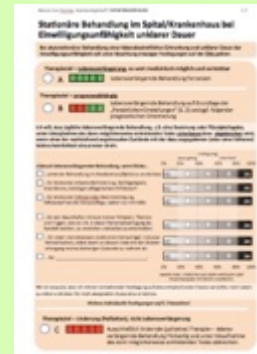
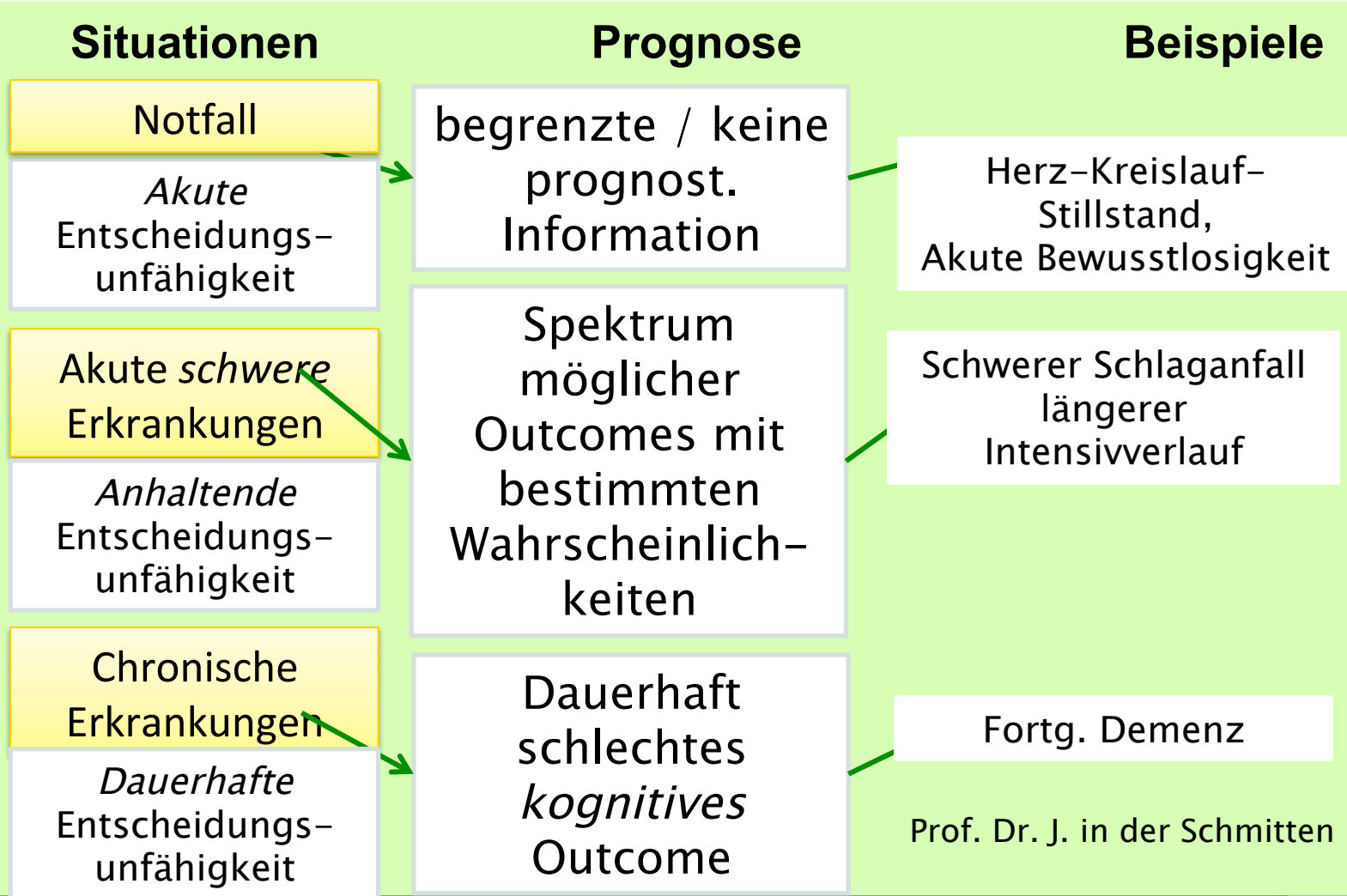
1. (aufsuchendes) Gesprächsangebot
 2. Qualifizierte Unterstützung (*facilitation = BVP-Gesprächsbegleitung*)
 3. Professionelle, bedarfsgerechte Dokumentation
-
4. Archivierung, Zugriff und Transfer
 5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf (*Prozess*)
 6. Beachtung & Befolgung durch Dritte
 7. Kontinuierliche Qualitätssicherung

System-
Ebene

Prof. Dr. J. in der Schmitten



Individuelle Gesprächsbegleitung



Prof. Dr. J. in der Schmitt



Perspektiven

- Patientenverfügung fraglos ausbaufähig
- ACP suggeriert (wie PatVerf auch) Plan- und Machbarkeit am Lebensende
- Grundproblem personell rationalisierter und technisierter Medizin bleibt
- Patientenverfügung „maßschneidern“ mit ACP als ergänzendem Instrument
- Begleitforschung nötig



Vielen Dank

Dr. med. Florian Bruns, M.A.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 8
06099 Halle (Saale)

<http://www.medizin.uni-halle.de/igem>

florian.bruns@medizin.uni-halle.de



Behandlungsziele am Lebensende

Hausärztlich-geriatrische Aspekte

Rüdiger Thiesemann



*Transparenzerklärung

Akademisch

- * Mitglied am Lehrstuhl Geriatrie Uni Witten Herdecke (Prof.Dr.Heppner)
- * Präsidiumsmitglied Dt. Ges. Gerontologie-Geriatrie 2010-2018
- * Forschungspraxis UKE Hamburg Institut f. Allgemeinmedizin (Prof.Dr.Scherer)

Ärztekammer

Arbeitsgruppe Ambulante Geriatrie des Landes Bremen 2016

Externe Honorare

- * Gutachtenhonorare MDK (~150)
 - * Gutachtenhonorare Medicproof (~1200)
 - * Sozialgerichte (~ 50)
 - * Novartis (N=1)
- * Aktuelle Tätigkeit: Kassenarzt als Hausärztl. Internist in Heimfeld zusammen mit den Kolleginnen Dres. G.Rughase-Block und C.Becht in BAG



* Vor den Details.....
etwas Grundsätzliches zur
„Alters-Triage“

am realen oder vermeintlichen
Lebensende



*TED-Befragung 1



Wer von Ihnen hat es in der Notaufnahme, Rettungswagen, Praxis oder Klinik erlebt, **dass folgende Aussage/n getätigt wurden** ?

1. “Die ist 85 Jahre alt und dement, da machen wir nix mehr”
2. “wenn heute Nacht was passiert, dann gehen wir gaaaaanz langsam”.
3. “ Das [OP, Schrittmacher o.ä] ist ethisch nicht OK, die Ressource fehlt dann woanders”
4. Das ist DRG-mässig zu teuer, das machen wir nicht, das kriegen wir nicht wieder über die Verweildauer herein
5. Die Angehörigen wollen das nicht!



Sitzungsname: Neue Sitzung 11.12.2018, 21-49

Datum der Erstellung: 11.12.18, 19:19:41

Aktive Teilnehmer: 87 von 87

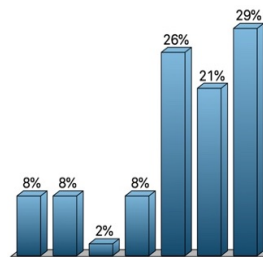
Durchschnittsbewertung: 0,00%

Fragen: 10

Ergebnisse nach Frage

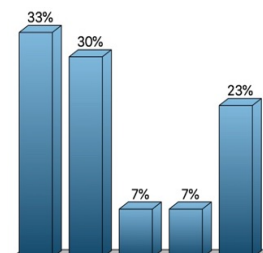
1. Wie oft waren Sie schon bei der HFH? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
noch nie	7,58%	5
schon immer	7,58%	5
kenn ich nicht	1,52%	1
zum zweiten Mal	7,58%	5
< 10 mal	25,76%	17
10 -20 mal	21,21%	14
> 20 mal	28,79%	19
Summen	100%	66



2. Wer von Ihnen hat es in der Notaufnahme, Rettungswagen, Praxis oder Klinik erlebt, dass folgende Aussage/n getätigt wurden? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
"Die ist 85 Jahre alt und dement, da machen wir nix mehr"	33,33%	37
"wenn heute Nacht was passiert, dann gehen wir gaaaaanz langsam".	29,73%	33
" Das [OP, Schrittmacher o.ä] ist ethisch nicht OK, die Ressource fehlt dann woanders"	7,21%	8
Das ist DRG-mässig zu teuer, das machen wir nicht, das kriegen wir nicht wieder über die Verweildauer herein	7,21%	8
Die Angehörigen wollen das nicht!	22,52%	25
Summen	100%	111



* Vor welchem Hintergrund
entscheiden wir ?



* Stereotypisierung von Älteren erfolgt immer - durch uns alle

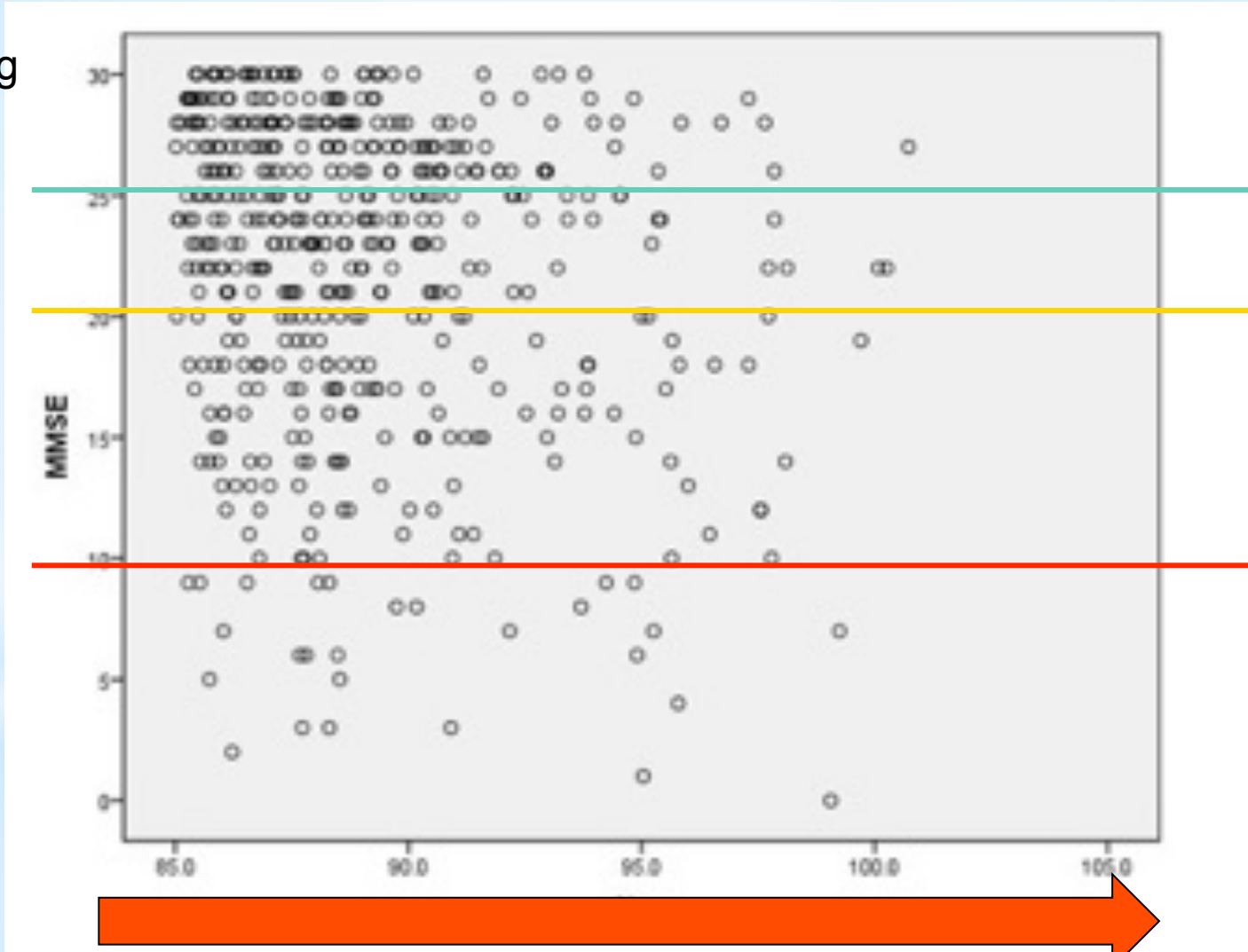
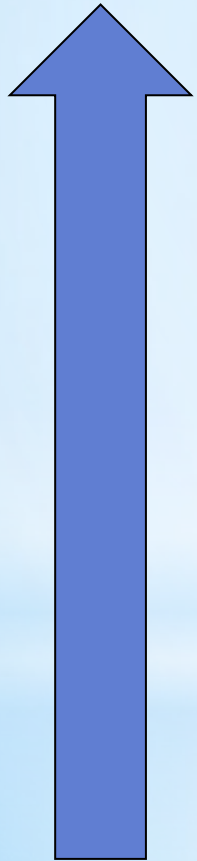
1. Machen Sie sich die Tendenz bewusst, dass ältere Erwachsene stereotypisiert werden, nehmen Sie dann Ihre eigene Einschätzung vor.



* Hirnleistung : Nicht jeder alte Mensch bekommt eine Demenzerkrankung

457 Menschen (Alter 85 -105 Jahre)-Thiesemann 2011

Hirnleistung



Schwellenwerte nach S3-Leitlinie DGPPN-DGN

Alter

* Voraussetzungen unseres Tuns

* Artikel 1 Satz (1) Grundgesetz der BRD

* „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

* Artikel 2 Satz 2 Grundgesetz der BRD

* „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

* Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) -

* Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20.12.1988 § 2a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

* „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“



* Voraussetzungen 2

- * Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) §2 Leistungen
 - * Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein **anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse** zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
 - * (1a) **Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung**, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, **können auch eine** von Absatz 1 Satz 3 **abweichende Leistung beanspruchen, wenn** eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.



* Grundrecht auf Leben

Urteil des Bundesverfassungsgerichtes AZ: 1 BvR 357/05

- * Das menschliche Leben ist die vitale Basis der Menschenwürde als tragendem Konstitutionsprinzip und oberstem Verfassungswert
- * Jeder Mensch besitzt als Person diese Würde, ohne Rücksicht auf seine Eigenschaften, seinen körperlichen oder geistigen Zustand, seine Leistungen und seinen sozialen Status
- * Das gilt unabhängig auch von der voraussichtlichen Dauer des individuellen menschlichen Lebens.



* Wer bin ich denn - als Arzt zu wissen wie lange ein Leben noch dauert ?



79-Jährige	13 937	15 788	16 441	16 516	17 078
80-Jährige	13 204	13 810	17 274	16 755	17 450
81-Jährige	14 122	13 201	15 198	17 464	17 771
82-Jährige	15 436	13 962	14 340	15 348	18 153
83-Jährige	16 046	14 966	14 925	14 209	15 683
84-Jährige	15 894	15 309	15 767	14 610	14 564
85-Jährige	14 933	15 142	16 156	15 252	15 114
86-Jährige	13 375	14 052	15 763	15 269	15 311
87-Jährige	12 361	12 410	14 172	14 874	15 056
88-Jährige	10 731	11 087	12 582	13 398	14 426
89-Jährige	9 089	9 471	10 876	11 448	12 767
90-Jährige	8 274	7 765	9 277	9 735	10 884
91-Jährige	7 788	7 210	7 644	8 017	9 008
92-Jährige	6 462	6 523	6 554	6 363	7 460
93-Jährige	5 041	5 767	5 666	5 226	5 442
94-Jährige	2 188	3 940	4 514	4 557	4 488
95-Jährige	1 553	1 802	3 280	3 377	3 564
96-Jährige	1 180	1 176	1 403	2 527	2 721
97-Jährige	997	845	808	1 076	1 855
98-Jährige	1 021	710	614	579	729
99-Jährige	689	575	476	403	419

Tabelle vollständig anzeigen (Zur schnelleren Ansicht erfolgt die Tabelle beim Speichern wird die Tabelle vollständig ausgegeben).

Ohne Totgeborene, nachträglich beurkundete Kriegstote und gerichtliche Todeserklärungen.

Ab 2016:
Gesamtzahl der Sterbefälle einschließlich Fälle mit unbestimmtem Geschlecht.

(Copyright Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018 | Stand: 08.12.2018 /

* Von der amtlichen Sterbestatistik

zum Individuum

und zur
Triageselektion
nach Alter ???

* Flüssigkeitssubstitution



* Die subkutane Flüssigkeitsgabe „hypodermoclysis“?

Leischker AH. Subkutane Flüssigkeitsgabe für geriatrische Patienten : Eine "alte" Technik wird wiederentdeckt. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2012;45(7):665-670; quiz 671-662.

* Erstmals 1913 für Kinder beschrieben

- * Day HB (1913) The treatment of infantile diarrhea by saline injections. Practitioner 91:58–64

* Vorteile: durch verbesserte Hydratation

- * „ kann bei 82% der Bewohner wieder eine **ausreichende orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme** erreicht werden,
- * „bei 84% verbesserte sich die **kognitive Funktion**.
- * Dies führte zu **mehr Selbstständigkeit** in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)[3].
- * Die subkutane Flüssigkeitsgabe im häuslichen Bereich oder im Pflegeheim **kann Krankenhauseinweisungen vermeiden** [4].“

Referenzen:

- Arizon Z, Feldman J, Fidelman Z et al (2004) Hypodermoclysis (subcutaneous infusion) effective mode of treatment of dehydration in long-term care Patients. Arch Gerontol Geriatr 38(2):167-173
4. Remington R, Hultman T (2007) Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. J Am Geriatr Soc 55(12): 2051-2055
5. O’Keeffe ST, Lavan JN (1996) Subcutaneous fluids in elderly hospital patients with cognitive impairment. Gerontology 42(1):36-39

Zitiert nach Leischker
siehe oben



* Kritik der Subkutanen Infusion

- * „Beobachtet man im allgemeinpraktischen Kontext die ausschließliche Verordnung von Vollelektrolyten (Ringer, Ringerlaktat, Kochsalz 0,9%).
- * Eine solche Therapie belastet bei einer Tagesmenge von 2 l den Patienten mit **rund 300 mmol Na⁺, was in etwa dem 3-fachen Bedarf des Gesunden entspricht**. Sie ist nur berechtigt, wenn - z. B. durch eine Durchfallerkrankung - ein extrazelluläres Defizit an isoionischer Flüssigkeit besteht.
- * Ansonsten ist für den *Erhaltungsbedarf* eine Drittelektrolytlösung (40-50 mmol Na⁺/l), sinnvollerweise mit Glukose (5%) und einer Basissubstitution an Kalium angezeigt.
- * **Die simplen elementaren Regeln einer professionellen Infusionstherapie werden erstaunlich häufig nicht beachtet.**“



* TED-Befragung 2

- * Intervention am Beispiel
- * Flüssigkeitssubstitution im Pflegeheim



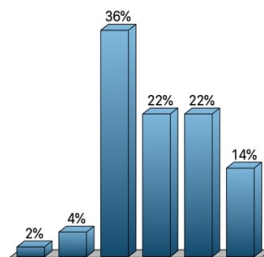
Wann besteht eine korrekte Indikation zur subkutanen Flüssigkeitgabe ?

1. Wenn die Pflegekraft keine Zeit zum Anreichen hat
2. Direkt vor dem Übergang in die Sterbephase
3. Bei Vorliegen einer Exsikkose
4. Bei Vorliegen einer mittelschweren Exsikkose
5. Bei Vorliegen einer schweren Exsikkose
6. Bei Vorliegen einer mittelschweren Exsikkose beim Vorliegen von drei weiteren Faktoren



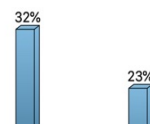
3. Wann besteht eine korrekte Indikation zur subkutanen Flüssigkeitgabe ? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Wenn die Pflegekraft keine Zeit zum Anreichen hat	1,55%	2
Direkt vor dem Übergang in die Sterbephase	3,88%	5
Bei Vorliegen einer Exsikkose	35,66%	46
Bei Vorliegen einer mittelschweren Exsikkose	22,48%	29
Bei Vorliegen einer schweren Exsikkose	22,48%	29
Bei Vorliegen einer mittelschweren Exsikkose beim Vorliegen von drei weiteren Faktoren	13,95%	18
Summen	100%	129



4. Wann besteht eine Kontraindikation zur subkutanen Flüssigkeitgabe ? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Schwere Dehydratation	2,04%	2
Dekompensierte Herzinsuffizienz	31,63%	31
Dekompensierte Niereninsuffizienz	14,29%	14
Koagulopathien / Kreislaufchock	4,08%	4
Langfristiger Flüssigkeitsbedarf	7,14%	7
Finale Sterbephase	23,47%	23
Ungenügende Durchführbarkeit i.v.-Infusionstherapie	6,12%	6
Alle sind richtig	11,22%	11



* Evidenzlage Hypodermoclysis 2013

„Zur Beurteilung wurden im Wesentlichen Empfehlungen aus Leitlinien, sowie Erkenntnisse

- * aus mehreren systematischen Reviews,
- * einem HTA-Bericht und
- * 9 Primärstudien herangezogen.

Es ist anzumerken, dass es sich hier fast ausnahmslos um internationale Literatur handelt“

(nach Gemeinsamer Bundesausschuss 21.2.2013)



* Die subkutane Flüssigkeitsgabe „hypodermoclysis“?

nach Gemeinsamer Bundesausschuss 21.2.2013

* Zugelassene Indikationen in Deutschland

Mittelschwere Exsikkose bei

1. **negativer Flüssigkeitsbilanz** (bei akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z.B. bei Fieber, Diarrhoe),
2. mit einhergehendem **Unvermögen oralen Ausgleichs**
3. und **potenzieller Reversibilität** insbesondere bei geriatrischen Patienten.



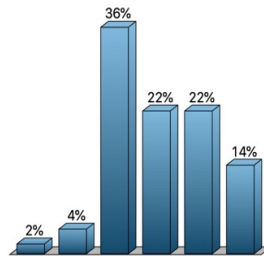
Wann besteht eine Kontraindikation zur subkutanen Flüssigkeitgabe ?

1. Schwere Dehydratation
2. Dekompensierte Herzinsuffizienz
3. Dekompensierte Niereninsuffizienz
4. Koagulopathien / Kreislaufschock
5. Langfristiger Flüssigkeitsbedarf
6. Finale Sterbephase
7. Ungenügende Durchführbarkeit i.v.- Infusionstherapie
8. Alle sind richtig
- 9.



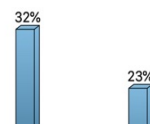
3. Wann besteht eine korrekte Indikation zur subkutanen Flüssigkeitgabe ? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Wenn die Pflegekraft keine Zeit zum Anreichen hat	1,55%	2
Direkt vor dem Übergang in die Sterbephase	3,88%	5
Bei Vorliegen einer Exsikkose	35,66%	46
Bei Vorliegen einer mittelschweren Exsikkose	22,48%	29
Bei Vorliegen einer schweren Exsikkose	22,48%	29
Bei Vorliegen einer mittelschweren Exsikkose beim Vorliegen von drei weiteren Faktoren	13,95%	18
Summen	100%	129

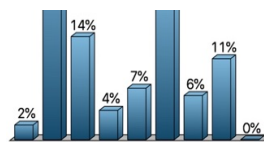


4. Wann besteht eine Kontraindikation zur subkutanen Flüssigkeitgabe ? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Schwere Dehydratation	2,04%	2
Dekompensierte Herzinsuffizienz	31,63%	31
Dekompensierte Niereninsuffizienz	14,29%	14
Koagulopathien / Kreislaufchock	4,08%	4
Langfristiger Flüssigkeitsbedarf	7,14%	7
Finale Sterbephase	23,47%	23
Ungenügende Durchführbarkeit i.v.-Infusionstherapie	6,12%	6
Alle sind richtig	11,22%	11

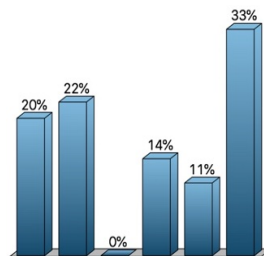


	0%	0
Summen	100%	98



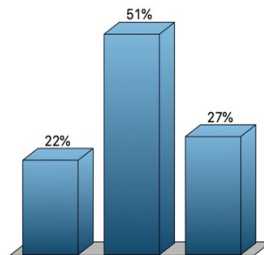
5. Wie würden Sie z. jetzigen Zeitpunkt entscheiden? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Anmelden Shunt-OP+Dialyse	20%	17
Peritoneal Dialyse	22,35%	19
Nierentransplantation	0%	0
Konservative Therapie	14,12%	12
Pat allein entscheiden lassen (2-3 Gespräche)	10,59%	9
Informed consent, (5-10 Gespräche)	32,94%	28
Summen	100%	85



6. Wie finden Sie das?? (Mehrfachauswahl)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
eher gut	21,82%	12
eher schlecht	50,91%	28
skandalös	27,27%	15
Summen	100%	55



7. Was würden Sie tun...? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Telefonat mit Intensiv-Stationsarzt	47,37%	27

* Kontraindikationen Hypodermoclysis

- * Als Kontraindikationen sind insbesondere zu beachten:
- * • Schwere Dehydratation
- * • Dekompensierte Herzinsuffizienz
- * • Dekompensierte Niereninsuffizienz
- * • Koagulopathien
- * • Kreislaufschock
- * • Langfristiger Flüssigkeitsbedarf
- * • Finale Sterbephase
- * • zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege
- * • Ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie
- *

(nach Gemeinsamer Bundesausschus 21.2.2013)



BESCHLUSS

Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion

Beschlussdatum: 21.02.2013

Datum des Inkrafttretens: 21.08.2013

16a.	<p>Infusionen, s.c.</p> <ul style="list-style-type: none">• Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution• Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge• Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung	<p>Auf der Verordnung ist der Infusionstyp, die Menge und die Dauer der Infusion anzugeben.</p> <p><u>Indikation:</u> Mittelschwere Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz (bei akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z.B. bei Fieber, Diarrhoe), mit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs und potenzieller Reversibilität insbesondere bei geriatrischen Patienten.</p> <p><u>Als Kontraindikationen sind insbesondere zu beachten:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Schwere Dehydratation• Dekompensierte Herzinsuffizienz• Dekompensierte Niereninsuffizienz• Koagulopathien• Kreislaufschock• Langfristiger Flüssigkeitsbedarf• Finale Sterbephase• zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege• Ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie	Bis zu 7 Tage
------	---	--	---------------

* TED-Befragung 3

* Intervention am Beispiel Dialyse



* TED: Hämodialyse auf Dauer beginnen ?

- * Pat Müller männlich, 87 Jahre
- * Lebensfroher Witwer, Naturmensch
- * KHK, 2 Stents, Hüft-TEP, Knie TEP
- * Diabetes mellitus
- * Einmal wöchentlich Haushaltshilfe
- * Chronische Nierenerkrankung seit 1982,
- * aktuell GFR < 10ml/min, Krea 4,7 mg/dl
- * nach überstandener GI-Blutung
- * nach überstandener Sepsis,
- * Leitsymptom: Juckreiz, muskuläre Schwäche

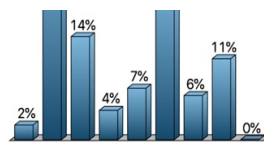


Wie würden Sie z. jetzigen Zeitpunkt entscheiden?

1. Anmelden Shunt-OP+Dialyse
2. Peritoneal Dialyse
3. Nierentransplantation
4. Konservative Therapie
5. Pat allein entscheiden lassen (2-3 Gespräche)
6. Informed consent, (5-10 Gespräche)

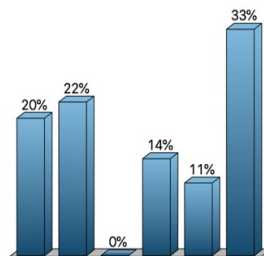


	0%	0
Summen	100%	98



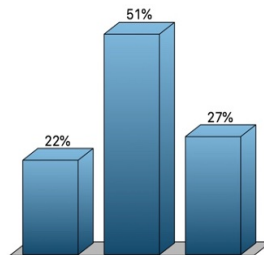
5. Wie würden Sie z. jetzigen Zeitpunkt entscheiden? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
Anmelden Shunt-OP+Dialyse	20%	17
Peritoneal Dialyse	22,35%	19
Nierentransplantation	0%	0
Konservative Therapie	14,12%	12
Pat allein entscheiden lassen (2-3 Gespräche)	10,59%	9
Informed consent, (5-10 Gespräche)	32,94%	28
Summen	100%	85



6. Wie finden Sie das?? (Mehrfachauswahl)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
eher gut	21,82%	12
eher schlecht	50,91%	28
skandalös	27,27%	15
Summen	100%	55



7. Was würden Sie tun...? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
Telefonat mit Intensiv- Stationsarzt	47,37%	27

* 1-Jahres-Mortalität nach Hämodialyse

Sind Patienten über 80 und leiden neben ihrer Nierenkrankheit an Diabetes, einer Lungen- oder einer Herzerkrankung, stirbt mehr als die Hälfte von ihnen ein Jahr nach Beginn der Dialyse. Diese Resultate weckten bei vielen Ärzten und Wissenschaftlern schwerwiegende Zweifel. Könnte der Verzicht auf die Apparatedizin für alte Patienten nicht den besseren und vor allem würdevolleren Lebensabend bedeuten? Diese Überlegung brachte die zweite Behandlungsoption wieder auf den Plan, die lange kaum eine Rolle mehr gespielt hatte.



* Fallvignette Herr Müller

das ist ja sein größter Wunsch. Seine zahlreichen Erkrankungen und sein hohes Alter sprechen für einen Verzicht auf Dialyse. Das letzte Wort muss aber immer der Patient selbst haben: "Es braucht viel Zeit und Geduld, um gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen herauszufinden, welcher der beste Weg ist", sagt Hoffmann.



* Fallvignette Herr Müller

Also geht der Stab wieder an Müller – und der entscheidet sich schließlich gegen die Blutwäsche: "Ich vertraue darauf, was konservativ gemacht werden kann", sagt er, einige Tage nachdem er das Krankenhaus wieder verlassen hat. Eine Entscheidung auf Basis wissenschaftlicher Fakten – bei der letztlich das Bauchgefühl den Ausschlag gab.



* Zum Nachlesen Fallvignette Herr Müller

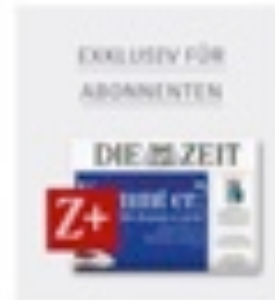
Dialyse

Schwere Entscheidung

Viele alte Patienten mit defekter Niere lassen ihr Blut mit einer Dialyse reinigen. Das ist nicht für alle die beste Wahl.

Von **Max Lebesanft**

5. Dezember 2018 / DIE ZEIT Nr. 51/2018, 6. Dezember 2018



* Aspekte zur Antibiotika- Therapie im hohen Alter



Unabhängiger Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkung

Risk factor	Odds ratio (95% CI)
Antibiotika	4.0 (2.5-6.2)
Antipsychotic	3.2 (2.1-4.9)
Antidepressiva	1.5 (1.1-2.3)



* Mortalität einer Harnwegsinfektion im Alter

- gesicherte HWI + Temp > 38,0° C -

	Mortalität
Alter 75-84Jahre	33,9%
Alter 95 Jahre	16%
Männer / Frauen	35,6 / 30,7 %
Dauerkatheter	
•Akut/vorübergehend	38,0 %
•Chronisch	25,9 %
•keiner	9,1%
Demenzerkrankt ja / nein	42,5% / 10,5 %
2-3 Diagnosen	17,2%
> 6 Diagnosen	51,1%

* Praktisches Problem Antibiotika-Auswahl

Wirkstoff	Keim	E.coli	E. faecalis	E. faecium	Pseudo- monas	Proteus mirabilis	Proteus spp.	Entero- bacter	Staph. aureus
➔	Anzahl Isolate	1160	568	60	130	137	75	52	90
	Resistenzen in Prozent								
	Sulfamethoxazol- Trimethoprim								
	Ciprofloxacin								
	Amoxicillin- Clavulansäure								
	Cefuroxim								

R.Thiesemann et al. 2004 Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von nosokomialen Harnwegsinfektionen geriatrischer Patienten im Kath. Marienkrankenhaus Hamburg



* Abschlussfrage

Wann ist es angemessen, sachgerecht und methodisch richtig

.....

- * auf eine Antibiotische Therapie im Alter zu verzichten ?
- * Oder diese eben durchzuführen ?

-
- * Individualisierter Befund?
 - * Arzt/Ärztin ist aktuell informiert ?
 - * Evidenzbasiert (nicht Leitlinie HWI!)?
 - * Partizipativ kommuniziert (Pat./Angehörige/Pflegeheim)?
 - * Mono-/Kombi--/Sequenztherapie?
 - * Eskalationstrategie vs MRSA/MRE/VRE ?





Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Fallsammlung HFH – Entscheidungen am Lebensende

HFH 11.12.18

Jan Hendrik Oltrogge (j.oltrogge@uke.de)
Hans-Otto Wagner (h.wagner@uke.de)



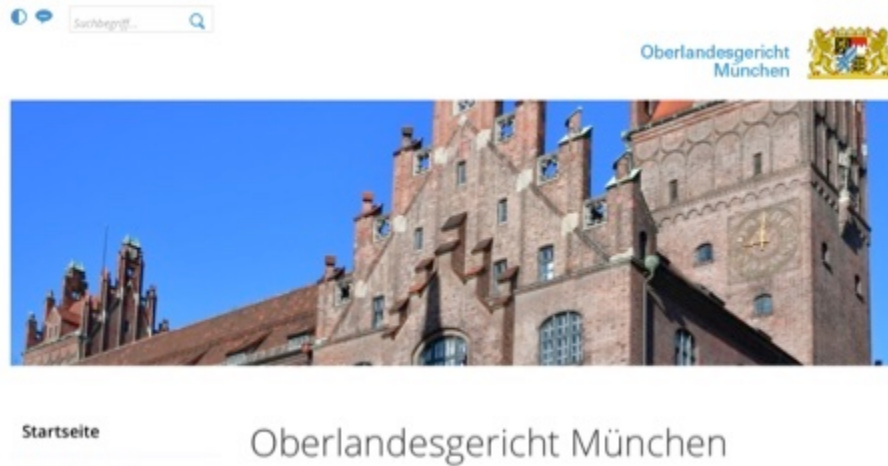
Ein Hausarzt wird verklagt, weil er einen Schwerstkranken
zu lange am Leben hielt: Das Verfahren
könnte den Alltag in deutschen Pflegeheimen verändern

Sinnlos gelitten

VON MIRIAM GEBHARDT

Kann das ein Hausarzt? In dieser Frage lassen sich die Positionen nicht versöhnen. Richter Lemmers und der Gerichtsgutachter bezweifeln, dass der behandelnde Hausarzt allein habe entscheiden können (oder dürfen), wann es genug war für Heinrich S. Auf der anderen Seite stehen die kla-

Der Vorsitzende Richter Michael Lemmers sucht den Kompromiss. Seine Kammer weist den Anspruch des Klägers auf Schmerzensgeld und Haftung ab (AZ 9 O 5246/14). Zwar habe für die künstliche Ernährung keine Indikation mehr vorgelegen, zwar habe der Arzt die Angehörigen über die Verlängerung des Leidens zu informieren und deren *Einschätzung des Krankenwillens einzuholen*



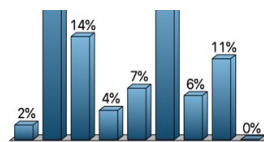
In seiner heutigen Berufungsentscheidung hat der 1. Senat des OLG München die Auffassung des Landgerichts zum Vorliegen einer Pflichtverletzung des Behandlungsvertrags bestätigt. Als behandelnder Arzt eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten wäre er nämlich verpflichtet gewesen, die Fortsetzung der PEG-Sondenernährung im Stadium der finalen Demenz oder deren Beendigung mit Umstellung des Behandlungsziels auf rein palliative Versorgung mit der Folge eines alsbaldigen Todes des Patienten besonders gründlich mit dem Betreuer zu erörtern. Eine derartige vertiefte Erörterung mit dem Betreuer war hier unstrittig, also auch nach Angaben des Beklagten, nicht erfolgt.

- Als behandelnder Arzt ... wäre er nämlich verpflichtet gewesen, die Fortsetzung der PEG-Sondenernährung ... besonders gründlich mit dem Betreuer zu erörtern
- Eine derartige vertiefte Erörterung mit dem Betreuer war hier unstreitig, also auch nach Angaben des Beklagten, nicht erfolgt.

Wie finden Sie das??

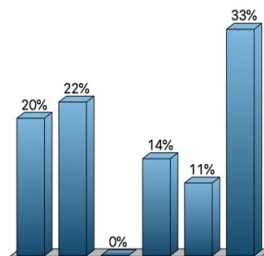
- A. eher gut
- B. eher schlecht
- C. skandalös

	0%	0
Summen	100%	98



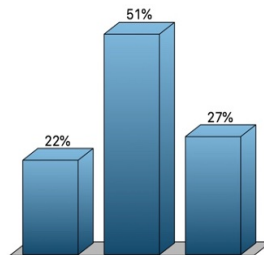
5. Wie würden Sie z. jetzigen Zeitpunkt entscheiden? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
Anmelden Shunt-OP+Dialyse	20%	17
Peritoneal Dialyse	22,35%	19
Nierentransplantation	0%	0
Konservative Therapie	14,12%	12
Pat allein entscheiden lassen (2-3 Gespräche)	10,59%	9
Informed consent, (5-10 Gespräche)	32,94%	28
Summen	100%	85



6. Wie finden Sie das?? (Mehrfachauswahl)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
eher gut	21,82%	12
eher schlecht	50,91%	28
skandalös	27,27%	15
Summen	100%	55



7. Was würden Sie tun...? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
Telefonat mit Intensiv-Stationsarzt	47,37%	27

Am Freitag Vormittag kommt der Sohn in Ihre Sprechstunde. Die Mutter liege auf Intensiv. Sie sei vorgestern kollabiert, am ehesten bei bradyarr. Absoluta. Die Pat. ist mit einem passageren Schrittmacher versorgt. Nebenbefundlich fiel im Krankenhaus ein ulzerierendes Mamma-Ca links auf. Die Patientin ist nicht ansprechbar. Es gibt keine Patientenverfügung. Der Sohn bittet um Beratung, da er entscheiden soll. Ob für seine Mutter ein permanenter SM gelegt werden soll. Niemand wusste von dem von dem Mamma-Ca

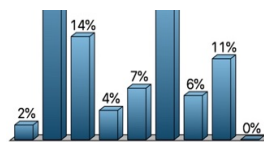
76-jährige Patientin, verwitwet, bisher allein-lebend. Ist langjährig bekannt in der Praxis. Kam bisher regelmäßig nur für Antihypertensiva. Keine anderen Erkrankungen. Sie betreuen auch die Familie des Sohnes

Am Freitag Vormittag kommt der Sohn in Ihre Sprechstunde. Die Mutter liege auf Intensiv. Sie sei vorgestern kollabiert, am ehesten bei bradyarr. Absoluta. Die Pat. ist mit einem passageren Schrittmacher versorgt. Nebenbefundlich fiel im Krankenhaus ein ulzerierendes Mamma-Ca links auf. Die Patientin ist nicht ansprechbar. Es gibt keine Patientenverfügung. Der Sohn bittet um Beratung, da er entscheiden soll. Ob für seine Mutter ein permanenter SM gelegt werden soll. Niemand wusste von dem von dem Mamma-Ca

Was würden Sie tun...?

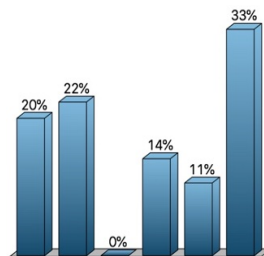
1. Telefonat mit Intensiv-
Stationsarzt
2. Empfehlung zur SM-
Anlage
3. Empfehlung keine SM-
Anlage
4. Verweis an Kliniker

	0%	0
Summen	100%	98



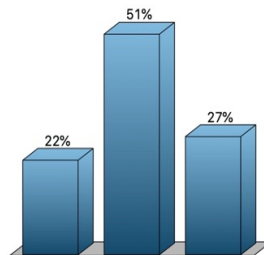
5. Wie würden Sie z. jetzigen Zeitpunkt entscheiden? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
Anmelden Shunt-OP+Dialyse	20%	17
Peritoneal Dialyse	22,35%	19
Nierentransplantation	0%	0
Konservative Therapie	14,12%	12
Pat allein entscheiden lassen (2-3 Gespräche)	10,59%	9
Informed consent, (5-10 Gespräche)	32,94%	28
Summen	100%	85



6. Wie finden Sie das?? (Mehrfachauswahl)

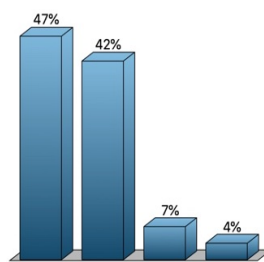
Antworten		
	Prozent	Anzahl
eher gut	21,82%	12
eher schlecht	50,91%	28
skandalös	27,27%	15
Summen	100%	55



7. Was würden Sie tun...? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

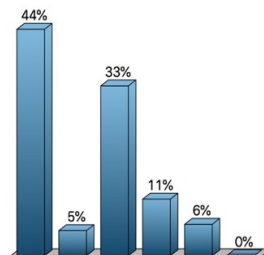
Antworten		
	Prozent	Anzahl
Telefonat mit Intensiv-Stationsarzt	47,37%	27

Empfehlung zur SM-Anlage	42,11%	24
Empfehlung keine SM-Anlage	7,02%	4
Verweis an Kliniker	3,51%	2
Summen	100%	57



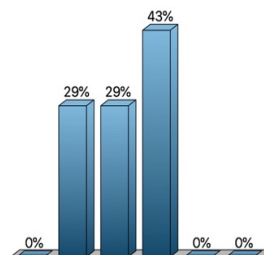
8. Wie gehen Sie vor? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Einweisung	44,44%	36
subkutane Morphingabe	4,94%	4
sukbutane Flüssigkeitsgabe	33,33%	27
i.v.-Volumengabe	11,11%	9
Abwarten	6,17%	5
SAPV kontaktieren	0%	0
Summen	100%	81



9. Wie beraten sie die Patientin...? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Einweisung	0%	0
Rezept für Sauerstoffkonzentrator ausstellen	28,57%	4
Diuretika erhöhen	28,57%	4
Morphin verschreiben	42,86%	6
Neuroleptikum verschreiben	0%	0
SAPV	0%	0
Summen	100%	14



Sie werden im am Freitag Nachmittag im KV-Notdienst in ein Pflegeheim gerufen.

84-jähriger Patient mit bekannter Alzheimer-Demenz und art HT.

Der Pat sei beginnend vor 2 Tagen zunehmend eingetrübt und seit heute morgen zwar erweckbar aber nicht zu mobilisieren. Vorgestern habe er für mehrere Stunden wässrigen Durchfall gehabt, gestern und heute aber nicht mehr.

Eine Medikamenten- oder Nahrungseinnahme sei zur Zeit nicht mehr möglich.

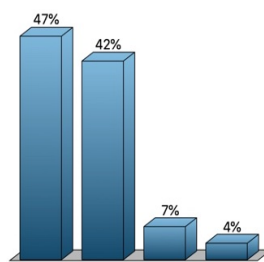
Der Patient äußert schmerzen bei Berührung. Keine Angehörigen, keine Patientenverfügung. Der Patient sei bis vor 1 Woche mobil mit Gehstock gewesen.

- RR 90/70, HF 110/min., Temp 36.6, BZ: 130

Wie gehen Sie vor?

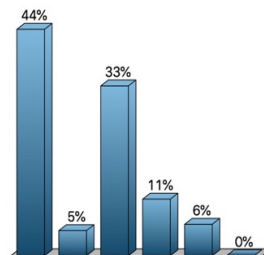
1. Einweisung
2. subkutane
Morphingabe
3. sukbutane
Flüssigkeitsgabe
4. i.v.-Volumengabe
5. Abwarten
6. SAPV kontaktieren

Empfehlung zur SM-Anlage	42,11%	24
Empfehlung keine SM-Anlage	7,02%	4
Verweis an Kliniker	3,51%	2
Summen	100%	57



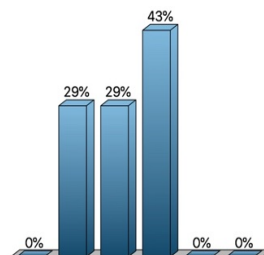
8. Wie gehen Sie vor? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Einweisung	44,44%	36
subkutane Morphingabe	4,94%	4
sukbutane Flüssigkeitsgabe	33,33%	27
i.v.-Volumengabe	11,11%	9
Abwarten	6,17%	5
SAPV kontaktieren	0%	0
Summen	100%	81



9. Wie beraten sie die Patientin...? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Einweisung	0%	0
Rezept für Sauerstoffkonzentrator ausstellen	28,57%	4
Diuretika erhöhen	28,57%	4
Morphin verschreiben	42,86%	6
Neuroleptikum verschreiben	0%	0
SAPV	0%	0
Summen	100%	14



89-jährige Patientin, verwitwet, allein-lebend. Fährt regelmäßig mit dem Fahrrad zum Einkaufen. Sohn und Enkelkinder leben in Hamburg. Die Patientin kommt in deren Begleitung. Sie sei zunehmend vergesslich und phasenweise desorientiert, würde ihre Enkeltochter nicht immer erkennen.

Sie leiten eine Demenzdiagnostik ein: unauffälliges Labor, cMRT ergibt einen V.a. Demenz vom Alzheimer Typ.

Beim Wiedervorstellungstermin macht die Patientin klar, dass sie einen Pflegedienst und Pflegeheim ablehnt. Der Sohn wohnt mit 3-köpfiger Familie in einer 4-Zimmer Wohnung und kann sie nicht aufnehmen.

Wie beraten sie die Patientin...?

1. Patientenwunsch führt
2. Betreuungsgericht
3. Sozialpsychiatrischer
Dienst
4. Abwarten
5.
6.

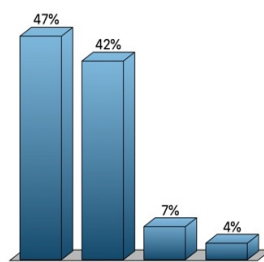
Hausbesuch. 92-jährige Patientin, bisher immer zuhause gelebt, voll orientiert. Die Patientin lag wegen dekomp. Herzinsuffizienz 1 Woche im UKE und hat sich gestern gegen ärztlichen Rat entlassen. Möchte nicht mehr ins Krankenhaus. Klagt über zunehmende Luftnot (SaO₂:85%), es geht nur noch mit offenem Fenster und Ventilator.

Die Tochter der Patientin ist zugegen und fragt nach einem Sauerstoffgerät.

Wie beraten sie die Patientin...?

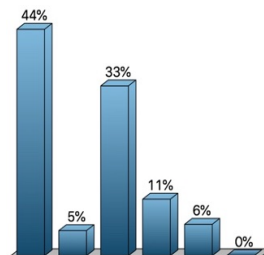
1. Einweisung
2. Rezept für Sauerstoffkonzentrator ausstellen
3. Diuretika erhöhen
4. Morphin verschreiben
5. Neuroleptikum verschreiben
6. SAPV

Empfehlung zur SM-Anlage	42,11%	24
Empfehlung keine SM-Anlage	7,02%	4
Verweis an Kliniker	3,51%	2
Summen	100%	57



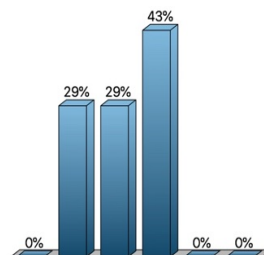
8. Wie gehen Sie vor? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Einweisung	44,44%	36
subkutane Morphingabe	4,94%	4
sukbutane Flüssigkeitsgabe	33,33%	27
i.v.-Volumengabe	11,11%	9
Abwarten	6,17%	5
SAPV kontaktieren	0%	0
Summen	100%	81



9. Wie beraten sie die Patientin...? (Mehrfachauswahl - Mehrfachantworten)

	Antworten	
	Prozent	Anzahl
Einweisung	0%	0
Rezept für Sauerstoffkonzentrator ausstellen	28,57%	4
Diuretika erhöhen	28,57%	4
Morphin verschreiben	42,86%	6
Neuroleptikum verschreiben	0%	0
SAPV	0%	0
Summen	100%	14



Sie werden als Notarzt (NAW) zu einem 65-jähriger Patient gerufen, dem es sehr schlecht ginge. Als Sie ankommen finden sie ihn im Schock vor, blass, unruhig und kaum ansprechbar.

Die Ehefrau zeigt ihnen den letzten Arztbrief: Metastasiertes Karzinom (Leber, Gehirn und Knochen) und ein großes abdominelles Aortenaneurysma und laufende Chemotherapie und Bestrahlung. Er habe vor einer viertel Stunde plötzlich starke Bauch- und Rückenschmerzen bekommen.

Es gibt keine weitere Information, keine Patientenverfügung. Sie müssen schnell (?) entscheiden ...

Was machen Sie

- A. Sie nehmen ihn mit
- B. trotz zeitkritischer Entscheidung
besprechen Sie die Situation mit der Ehefrau
- C. Sie schlagen vor ihn nicht mitzunehmen

10. Was machen Sie (Mehrfachauswahl)

Antworten		
	Prozent	Anzahl
Sie nehmen ihn mit	14,29%	5
trotz zeitkritischer Entscheidung besprechen Sie die Situation mit der Ehefrau	71,43%	25
Sie schlagen vor ihn nicht mitzunehmen	14,29%	5
Summen	100%	35

