Symposium, Saal 1
06.12.2018, 14:30 – 16:00
Die Diktatur des positiven Denkens - Oder Aufrichtigkeit und Hoffnung? Wie gehen wir damit um, wenn nicht alles gut wird.

Vorsitzende

Hilmar Burchardi, Göttingen

Gerald Neitzke, Hannover

Präsentation

Der Intensivmediziner Uwe Janssens, Eschweiler	14:30
Der Onkologe Norbert Frickhofen, Wiesbaden	15:00
Philosophische Aspekte Elke Muhl, Lübeck	15:30

DIVI18
Qualität und Patientensicherheit

Die Diktatur des positiven Denkens - Oder Aufrichtigkeit und Hoffnung? Wie gehen wir damit um, wenn nicht alles gut wird…

Der Intensivmediziner

Prof. Dr. med. Uwe Janssens, Eschweiler

FULL Disclosure

Zwischen 2003 und 2018 Vorträge auf Honorarbasis für

Lilly, Abott, Astra Zeneca, Sanofi-Aventis, Mitsubishi, Bristol-Myers Squibb, Pfizer, Novartis, LifeBridge, Pulsion, Servier, Bayer	Kein Honorar Alle Honorare der letzten Jahre auf DM Konto seit 2017 kein Vortragshonorar	Reisekosten-unterstützung durch DIVI (Hotelkosten, Reise)	Keine Aktien Keine Beraterverträge ***Keine weiteren Conflicts of interest***

Das Experiment 1957 durch Curt Richter

Die wilden Ratten machten die Erfahrung, dass Rettung möglich ist

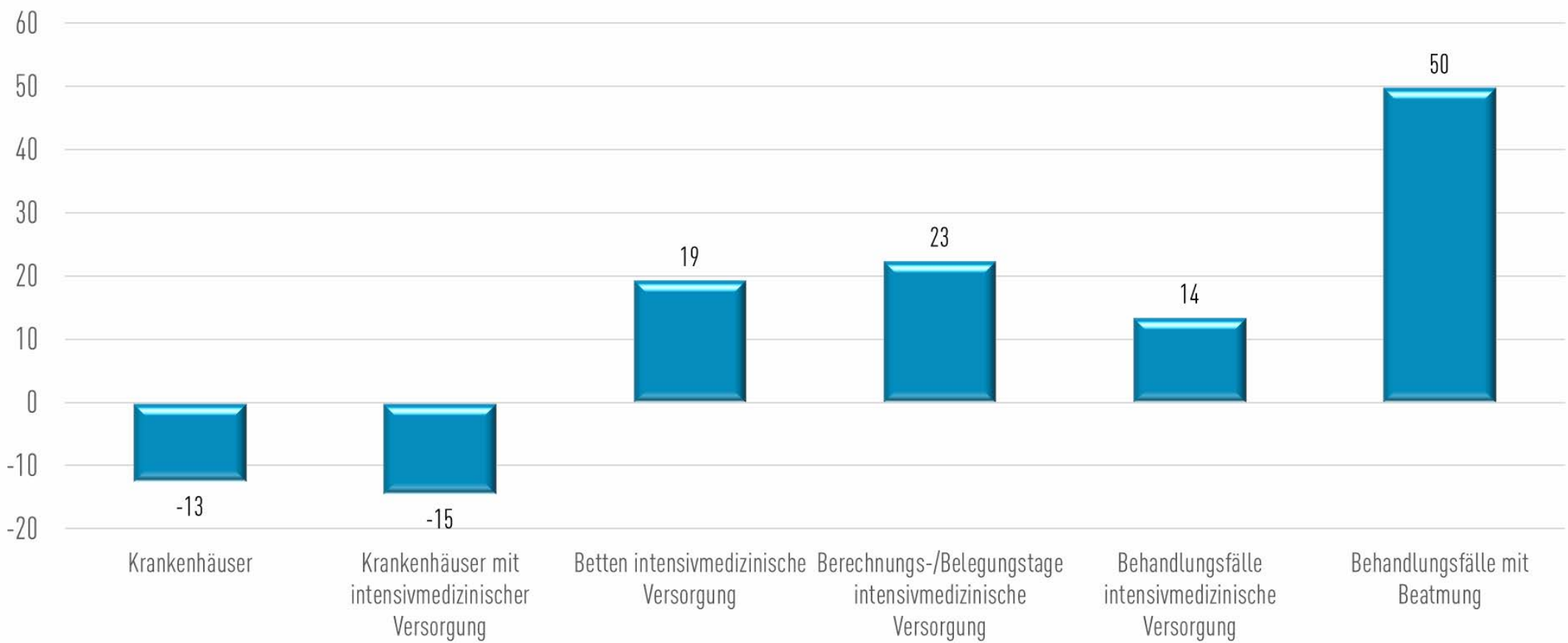
Man hatte ihnen etwas mächtiges gegegen, das sie tagelang durchhalten ließ: Die Hoffnung

Die Zeit vom 6.9.2017

AGENDA

- Intensivmedizin – unbegrenzte Möglichkeiten
- Ausufernde Therapie: Epidemiologie und Gründe
- Lösungsansätze

Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002 bis 2016



Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Bundeszentrale für politische Bildung (Zugriff 24.57.2018)

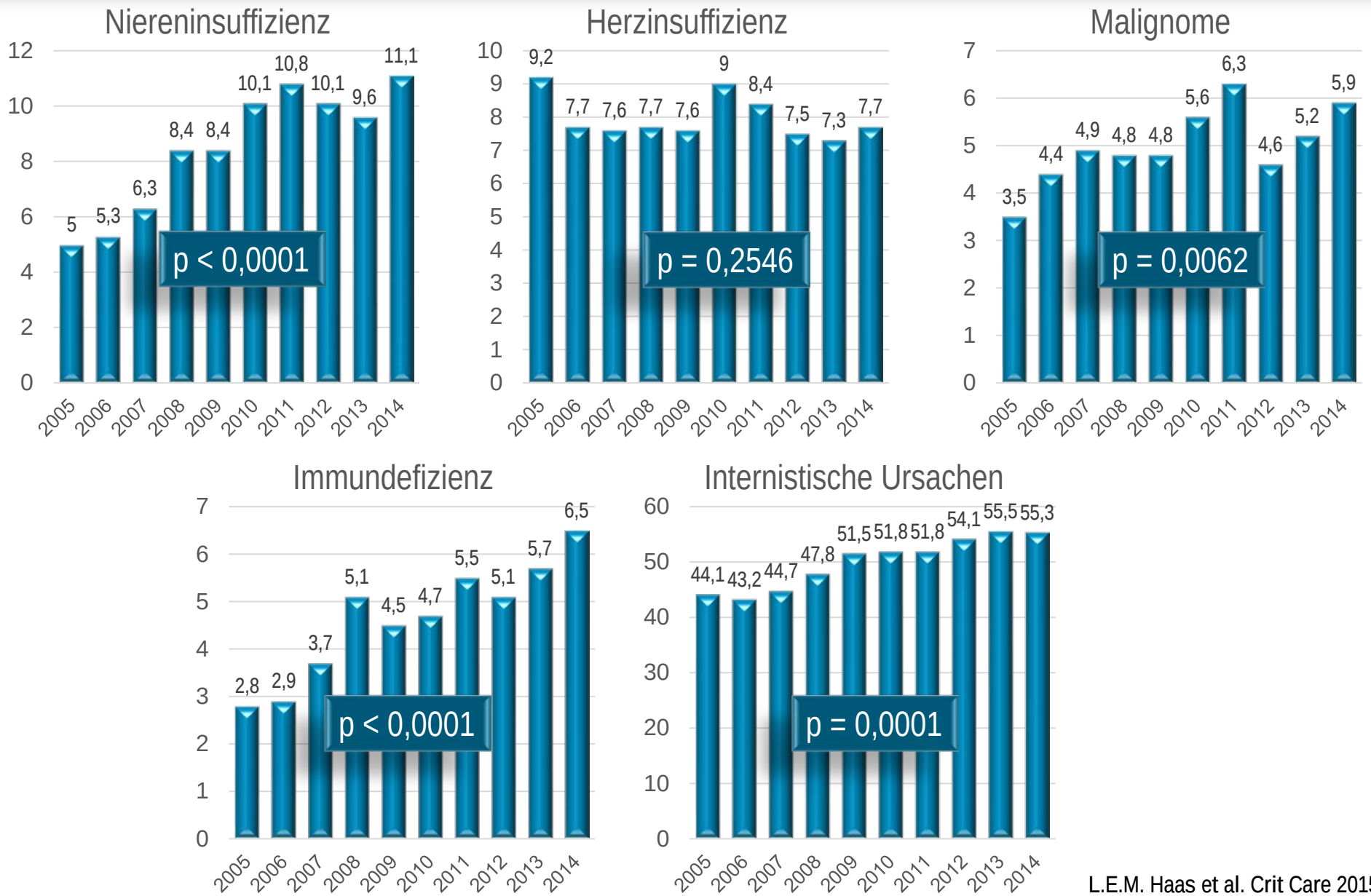
Hochbetagte (> 80-jährige)

- 2013: 4,4 Millionen
- 2050: 9,9 Millionen

2060: Jede achte Person > 80 Jahre (12,3%)

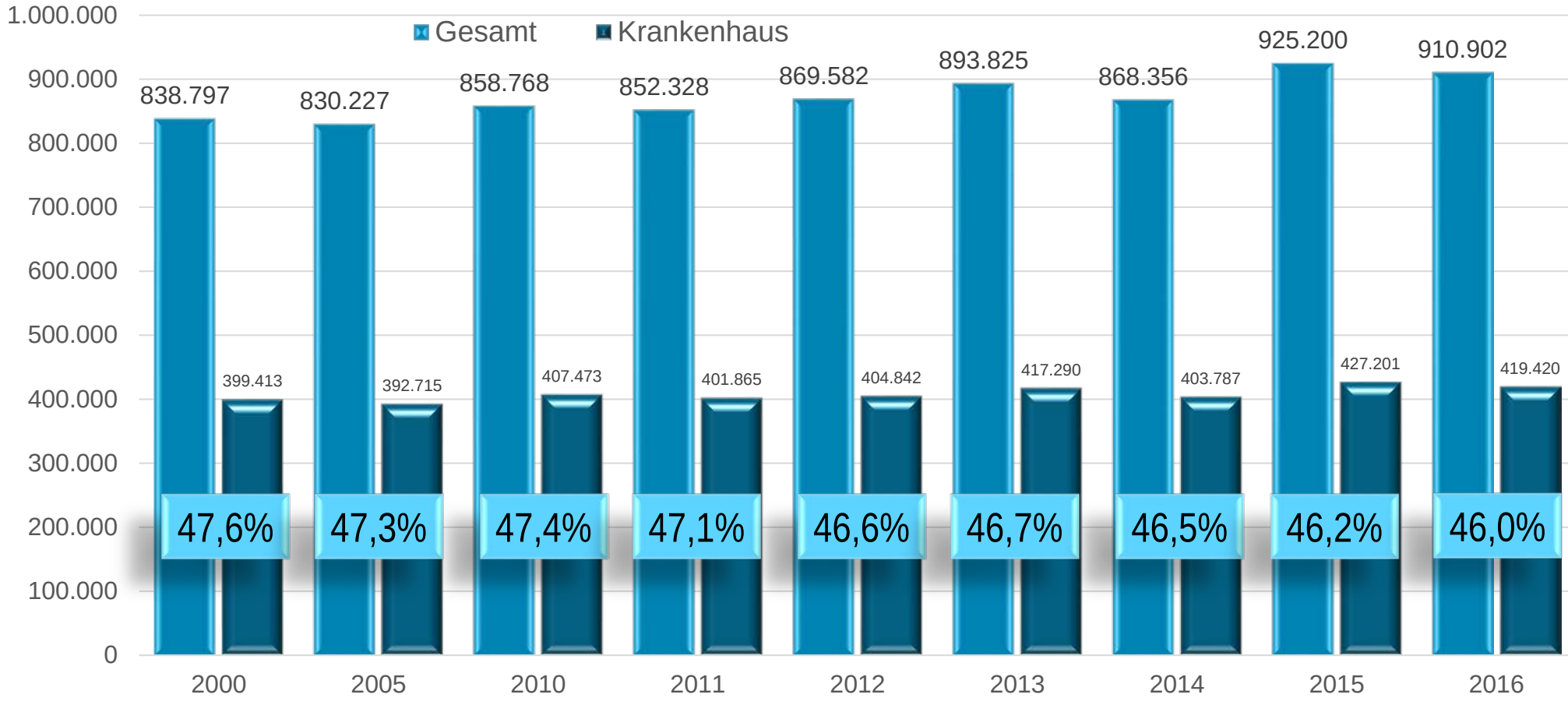
2060: Fast jede dritte Person > 60 Jahre

Anteil ICU Patienten ≥ 80 Jahre (NL) : Komorbiditäten



L.E.M. Haas et al. Crit Care 2015;19:353

Sterben in Deutschland – wo?



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES

Sterbeort Intensivstation

13% aller Sterbefälle

25% aller Sterbefälle im Krankenhaus

Im Jahr 2016 2.162.221 Behandlungsfälle

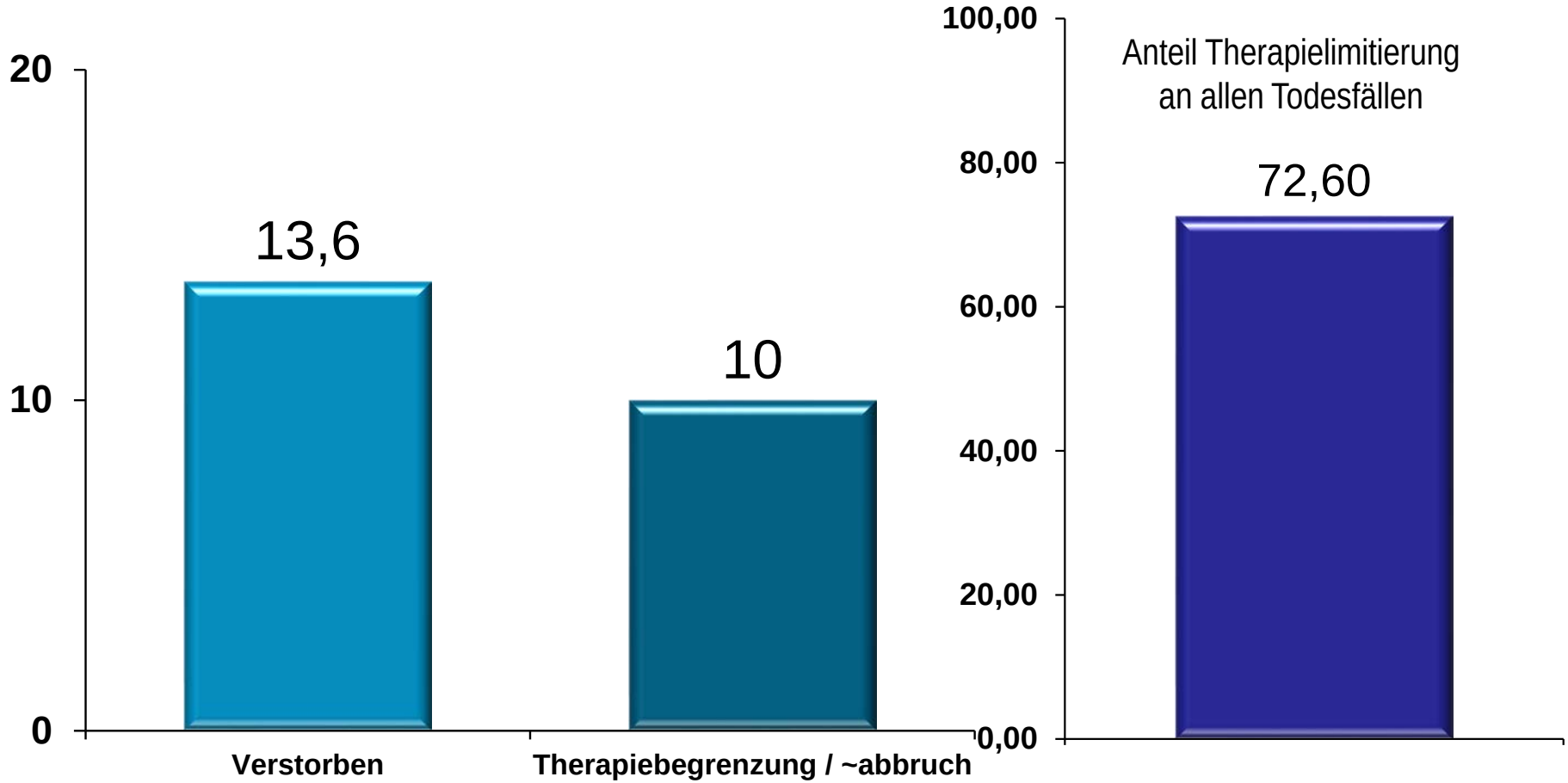
Ca. 104.850 Sterbefälle

Ca. 4,84% aller Behandlungsfälle

Anteil der Sterbefälle abhängig vom Typ der ITS

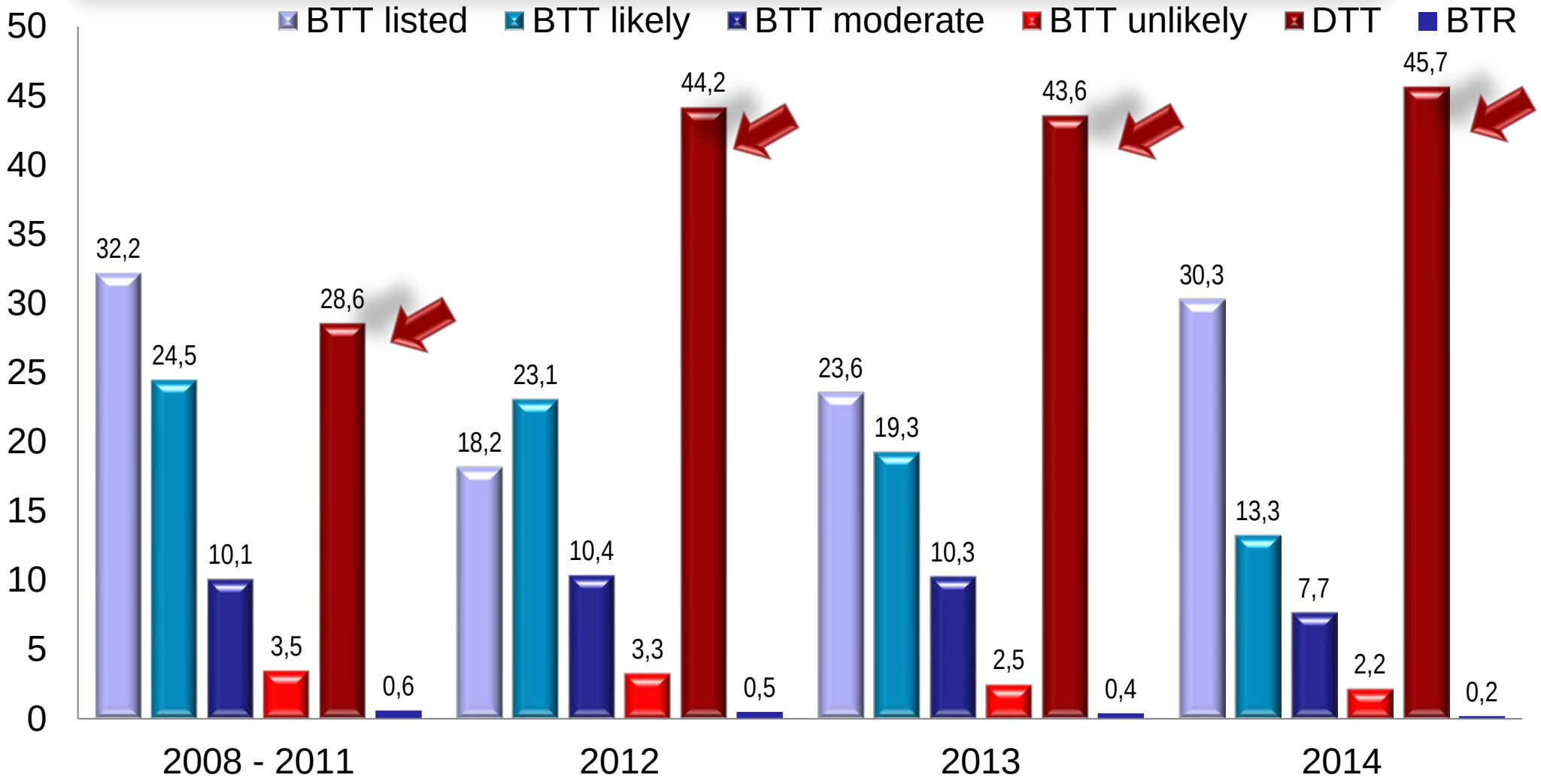
GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES

End of life Praxis in Europa
31.417 Patienten, 17 Länder, 37 Zentren



C Sprung et al. JAMA 2003;290:790

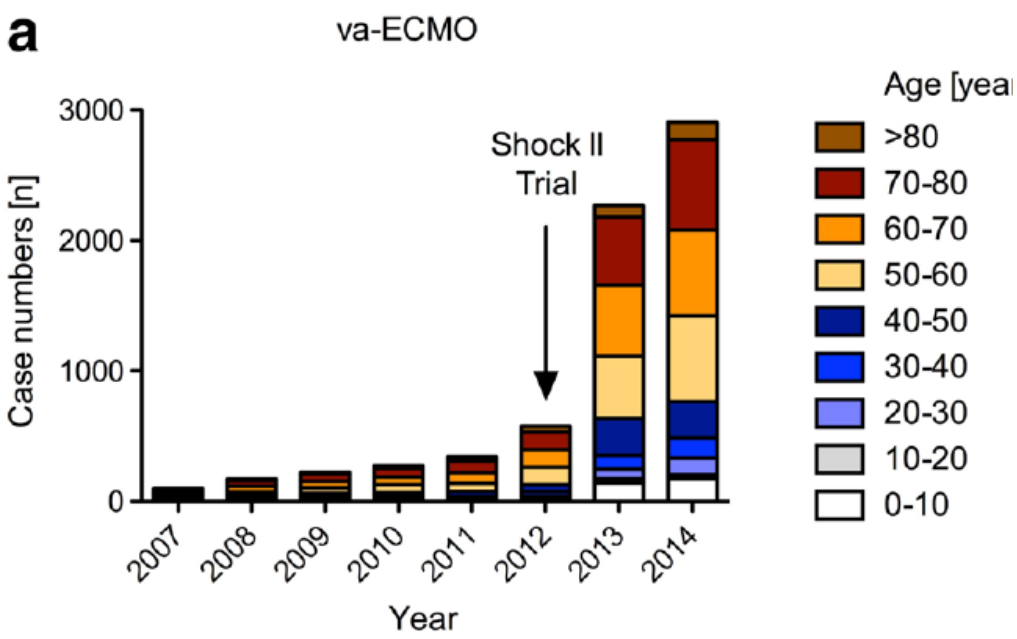
VAD zwischen 2008 und 2014



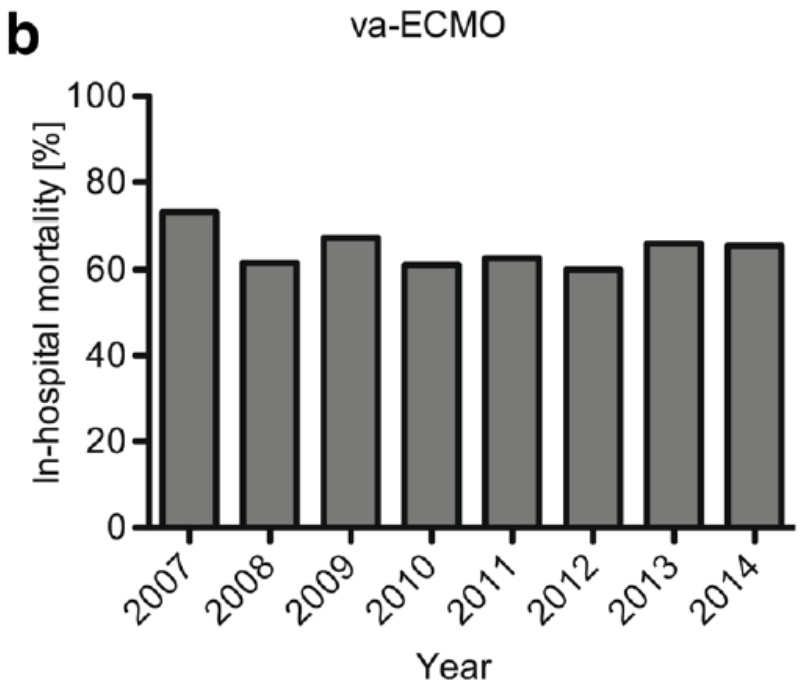
JK Kirklin et al. J Heart Lung Transplant 2015;34:1495

Va-ECMO bei schwerer Herzinsuffizienz

Einsatzzahlen ECMO

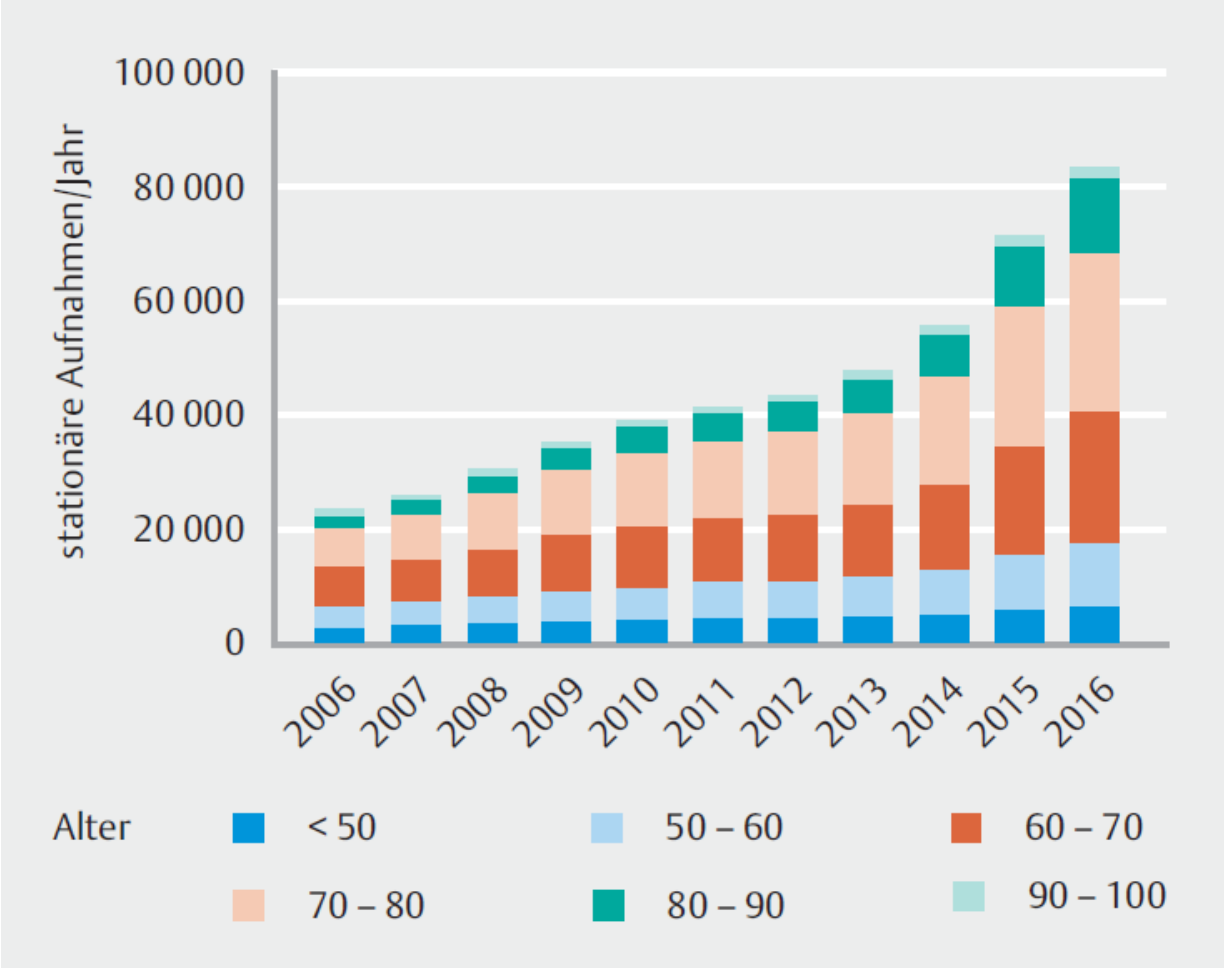


KH-Sterblichkeit ECMO



Ch Karagiannidis et al. Int Care Med 2016 DOI 10.1007/s00134-016-4273-zd

Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung



2006: 24.845 Patienten

2016: 86.117 Patienten

2016:1.500 Patienten zwischen 90 und 100 Jahre alt

C Karagiannidis et al. Dtsch med Wochenschr 2018 DOI: 10.1055/a-0758-4512

1. Kernaussage

Alter ↑
Komorbidität ↑
Prozeduren ↑

Intensivmedizin:
Scheinbar
unbegrenzte
Möglichkeiten

AGENDA

- Intensivmedizin – unbegrenzte Möglichkeiten
- Ausufernde Therapie: Epidemiologie und Gründe
- Lösungsansätze

Right Care – The Lancet 2017

Evidence for overuse of medical services around the world

Evidence for underuse of effective medical services around the world

Drivers of poor medical care

Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care

Right Care 1

Evidence for overuse of medical services around the world

Right care 2

Evidence for underuse of effective medical services around the world

Right care 3

Drivers of poor medical care

Right care 4

Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care

Terminologie

Overuse = übermäßiger Einsatz

- Gesundheitsversorgung oder Behandlung, welche
- nicht zu einer nennenswerten Verbesserung der Lebensqualität und ~quantität führt,
- mehr Schaden als Benefit verursacht oder
- von Patienten, die umfänglich über Nutzen und Schaden informiert wurden, nicht gewollt wurde

AG Elshaug et al. Lancet 2017;390:191

Terminologie

Low-value care = geringwertige Behandlung

- Eine Intervention, bei der Evidenz darauf hinweist, dass
- Einsatz keine oder nur einen geringen Benefit für den Patienten besitzt
- Möglicher Schaden den Benefit überwiegt
- Zusätzliche Kosten nicht proportional zu einem potentiellen Benefit stehen

AG Elshaug et al. Lancet 2017;390:191

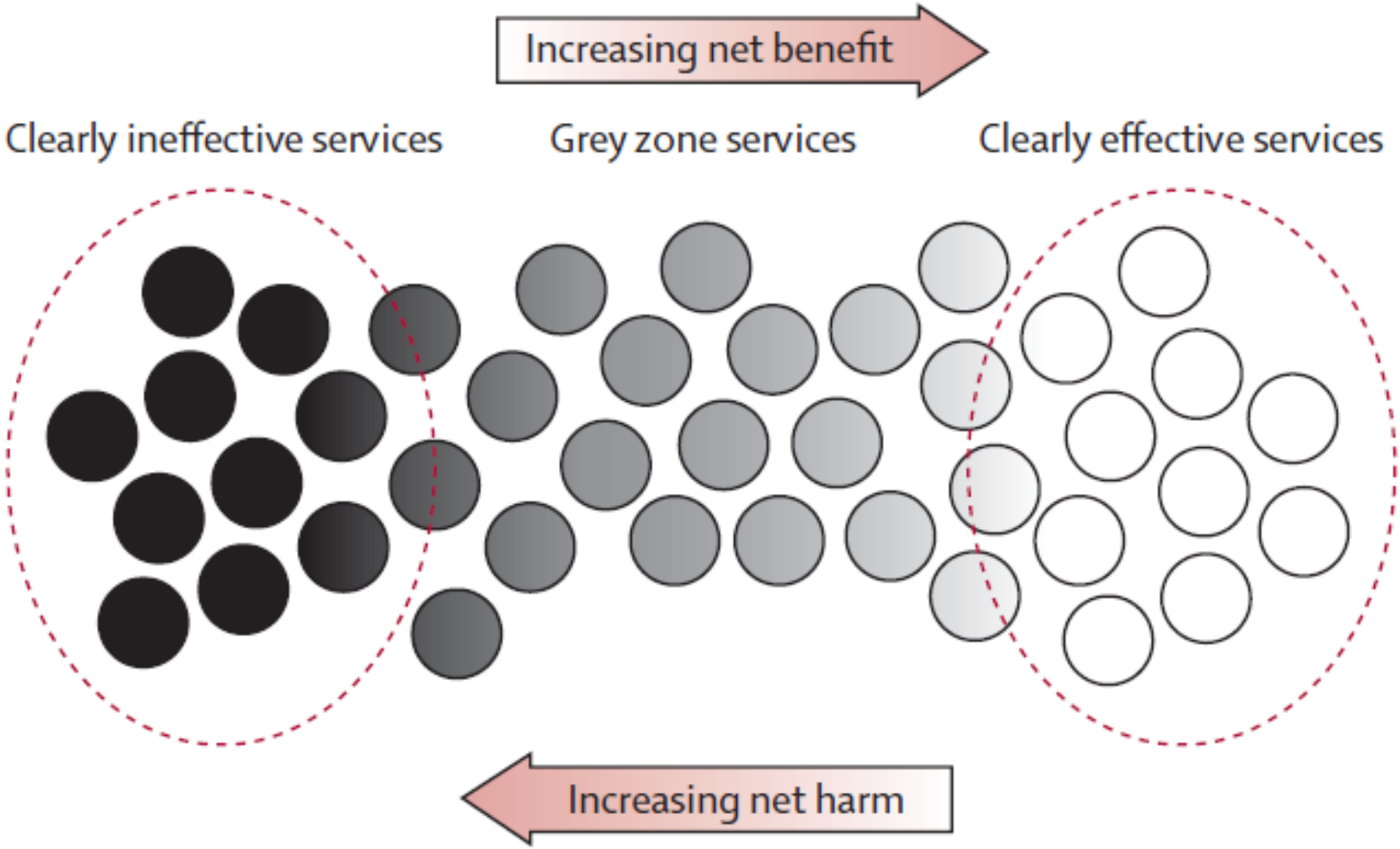
Terminologie

Right Care = richtige Behandlung

- Behandlung, die auf die Optimierung der Gesundheit und des Wohlbefindens zugeschnitten ist durch Bereitstellung von dem was benötigt, gewollt, effektiv, erschwinglich und ausgewogen sowie die Ressourcen verantwortlich einsetzt

AG Elshaug et al. Lancet 2017;390:191

Die Grenzen sind unscharf



S Brownlee et al. Lancet 2017:390:156

Wo gibt es „overuse“?

Medikamente

Screening Tests

Diagnostische Testverfahren

Therapeutische Prozeduren

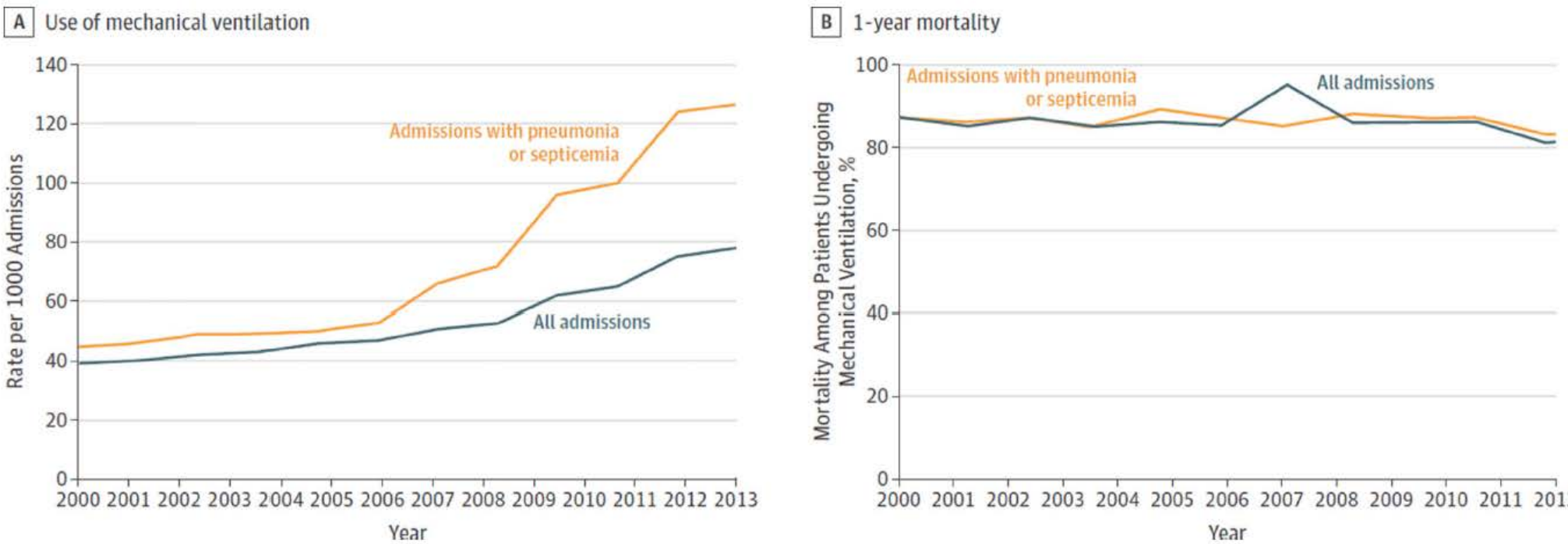
S. Brownlee et al. Lancet 2017;390:1

Überversorgung Diagnostik/Therapie in der Medizin

- Schwer zu messen und nicht gut definiert
- Meiste Studien in Ländern mit hohem Einkommen
- Überversorgung aber ein globales Problem
- Führt zu körperlichen, psychischen und finanziellen Schäden bei Patienten
- Lenkt die Ressourcen im Gesundheitssystem und Sozialausgaben um
- Tritt in fast allen medizinischen Bereichen auf

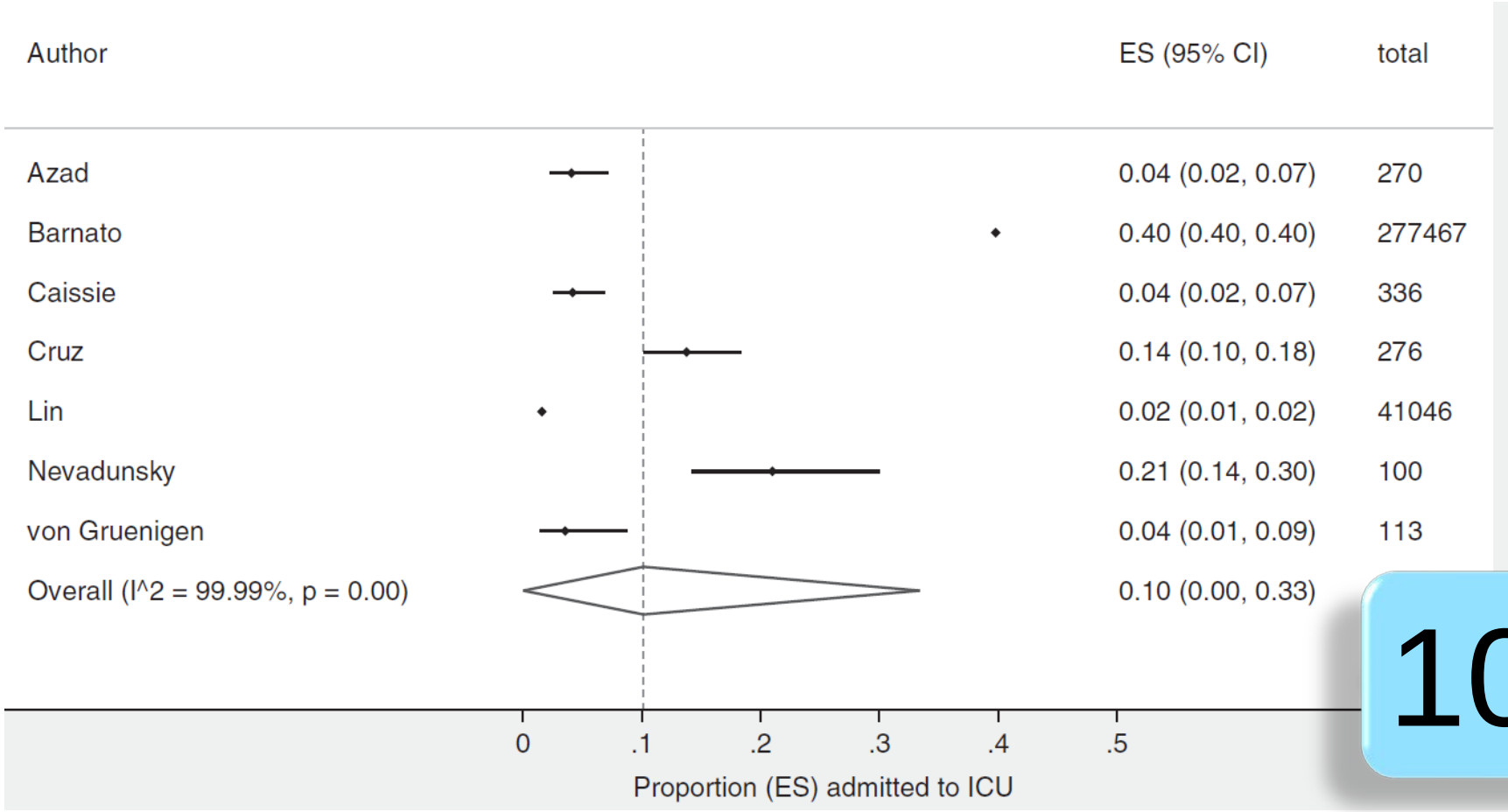
S Brownlee et al. Lancet 2017:390:156

Zunehmender Einsatz der Beatmung bei Altenheimbewohnern mit fortgeschrittener Demenz und schwerer Gebrechlichkeit



JM Teno et al. JAMA Intern Med 2016, 176:1809

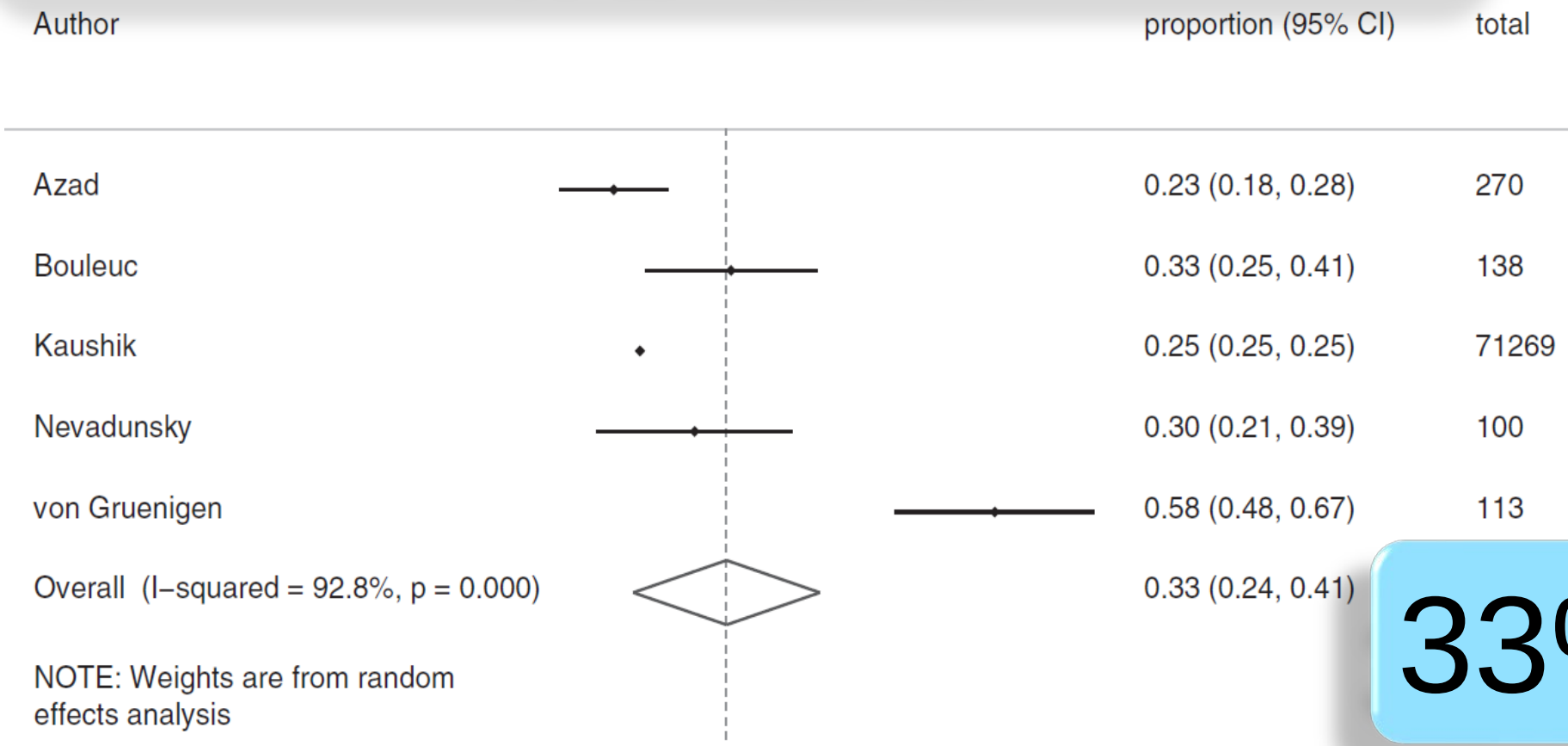
Nutzlose Behandlungen in Krankenhäusern am Lebensende: Ein systematisches Review Aufnahme schwerkranker Patienten auf ITS



10%

M Cardona-Morell et al. Int J Qual Health Care 2016;28:456-469

Nutzlose Behandlungen in Krankenhäusern am Lebensende: Ein systematisches Review Chemotherapie in den letzten 6 Wochen vor Tod der Patienten



33%

M Cardona-Morell et al. Int J Qual Health Care 2016;28:456-469

Sinnlose Therapie: Warum machen wir das?

Kanadische Studie
238 Zentren, 157 Zentren geantwortet

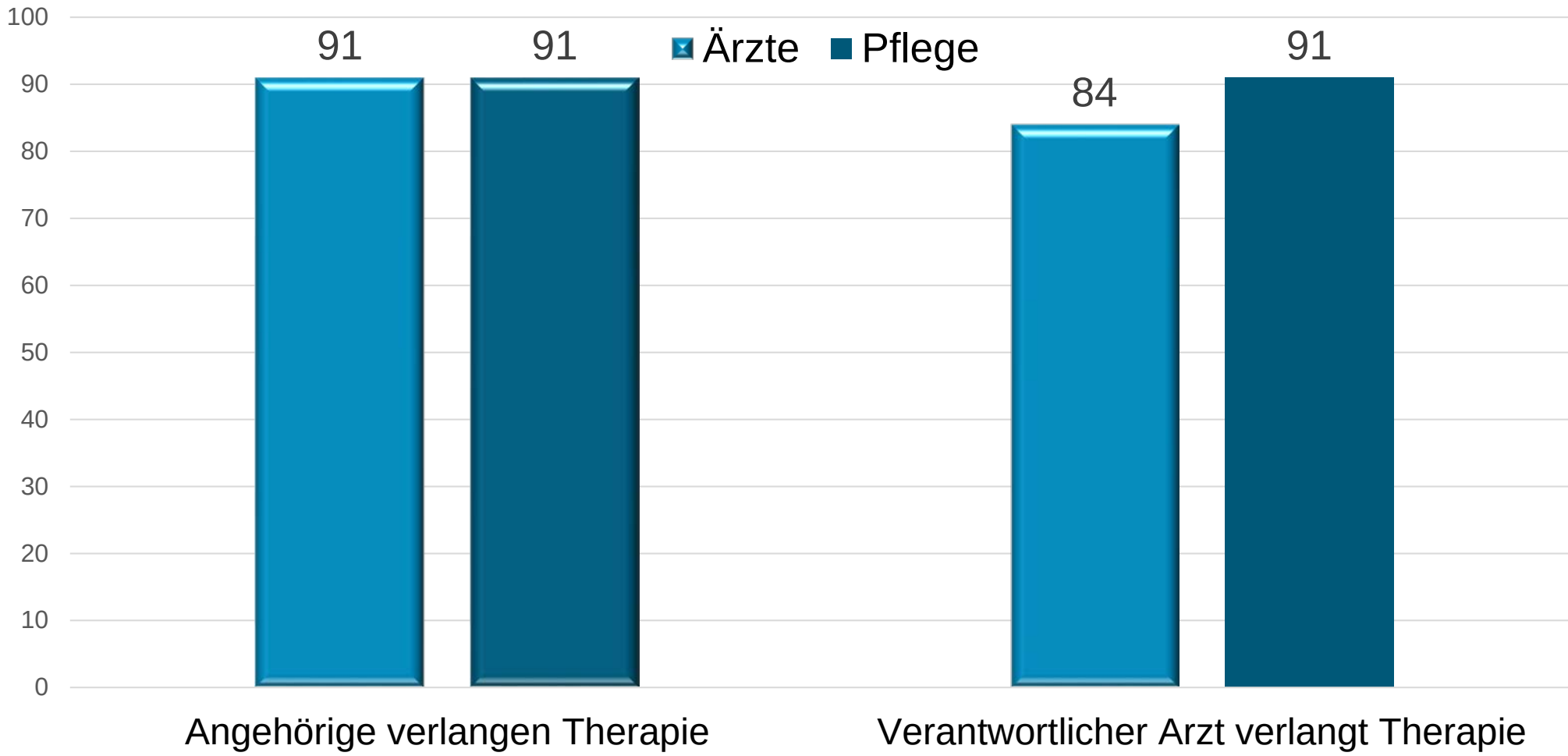
41% komplette Antworten (verantwortlicher Arzt und leitende Pflegekraft)

141 Pflegekräfte und 114 Ärzte

Insgesamt Antwortrate 72%

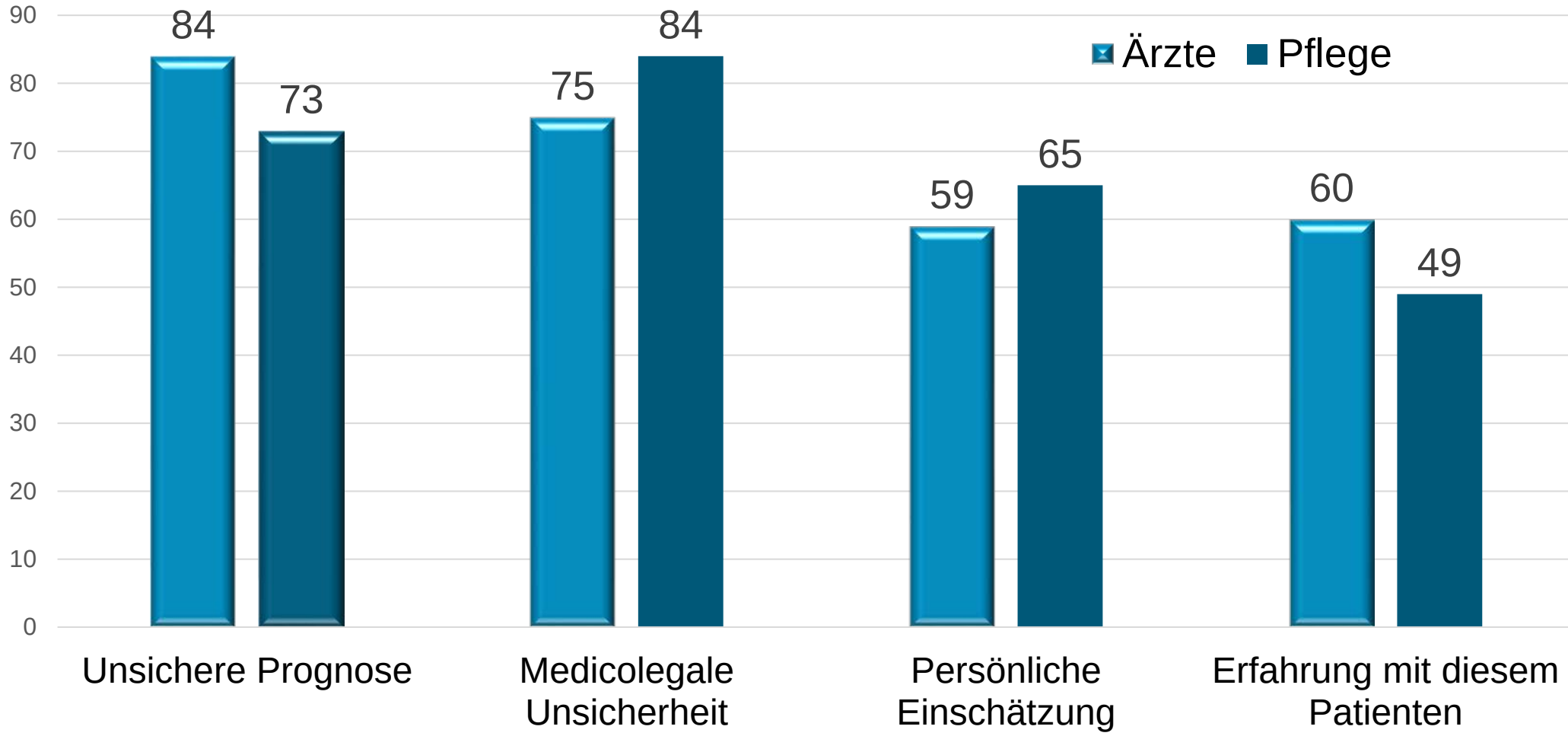
VA Palda et al. Journal of Critical Care (2005) 20, 207– 213

Sinnlose Therapie: Warum machen wir das? Begründung



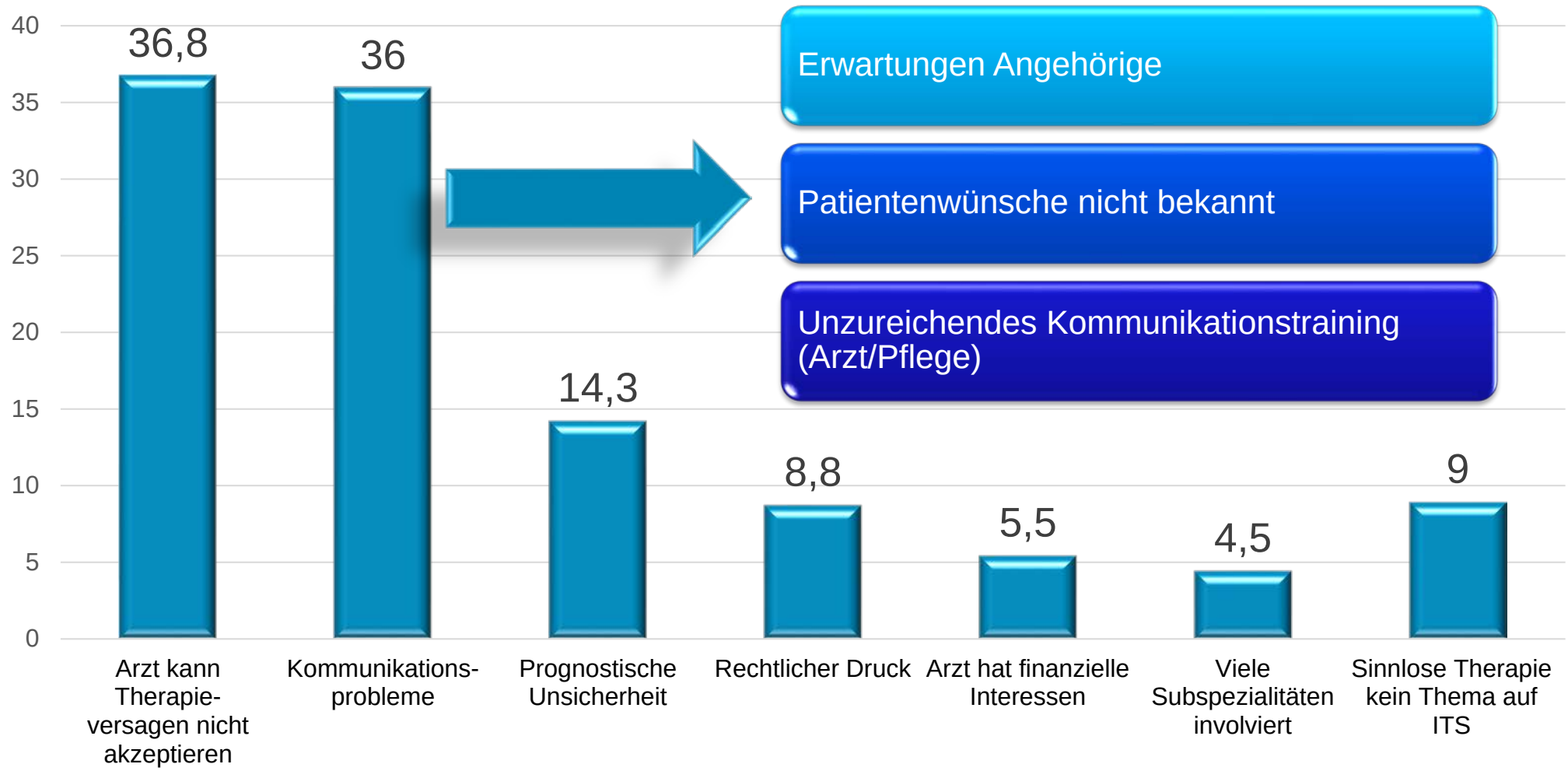
VA Palda et al. Journal of Critical Care (2005) 20, 207– 213

Warum ordnen verantwortliche Ärzte eine sinnlose Therapie an?



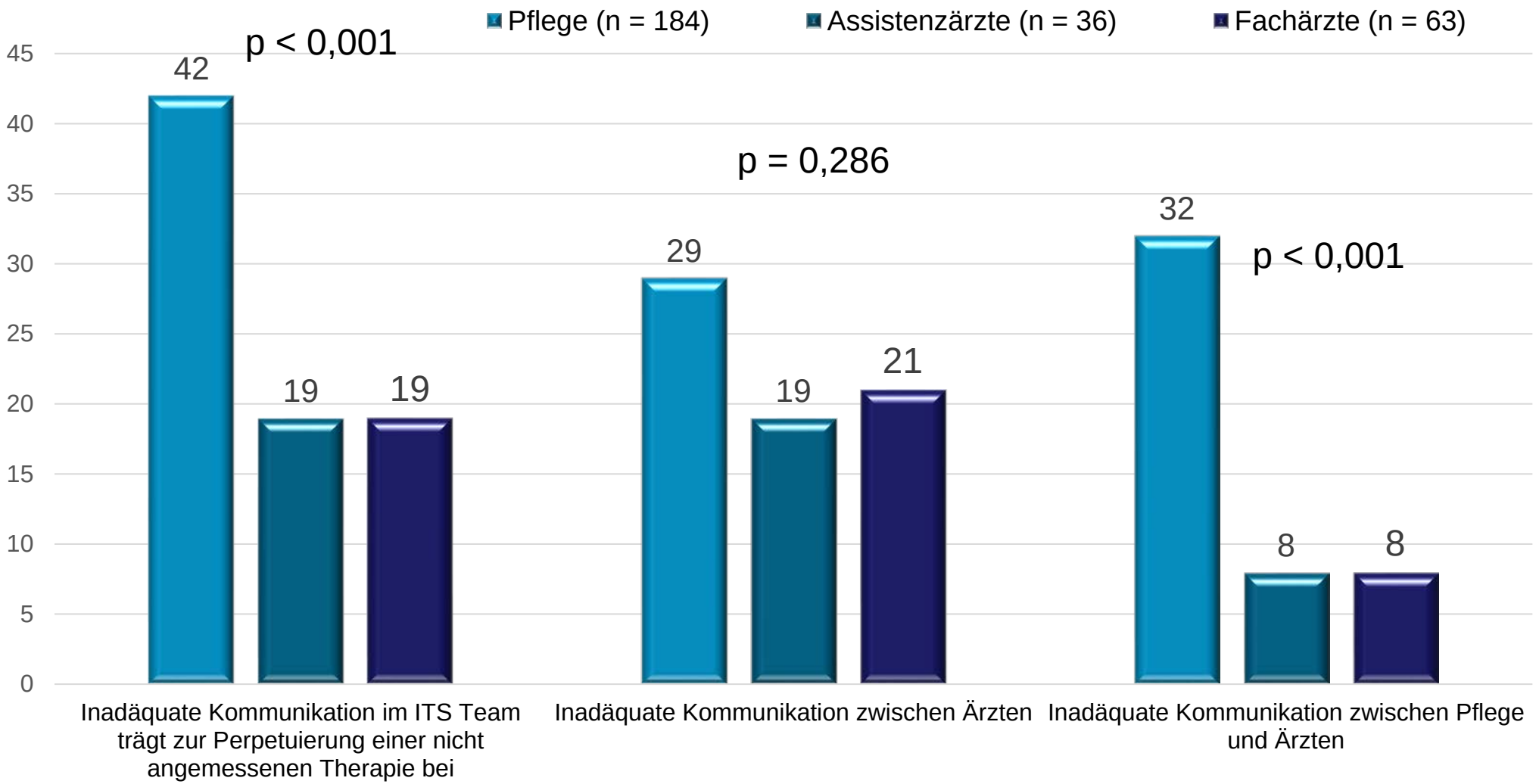
VA Palda et al. Journal of Critical Care (2005) 20, 207– 213

Gründe für eine sinnlose Therapie
Mittlere berichtete Häufigkeit (%)



VA Palda et al. Journal of Critical Care (2005) 20, 207– 213

Gründe für empfundene nicht angemessene Behandlung bei 289 Fällen (Inadäquate Kommunikation)



RD Piers et al. Chest 2014;146:267

Heimbeatmung in Deutschland

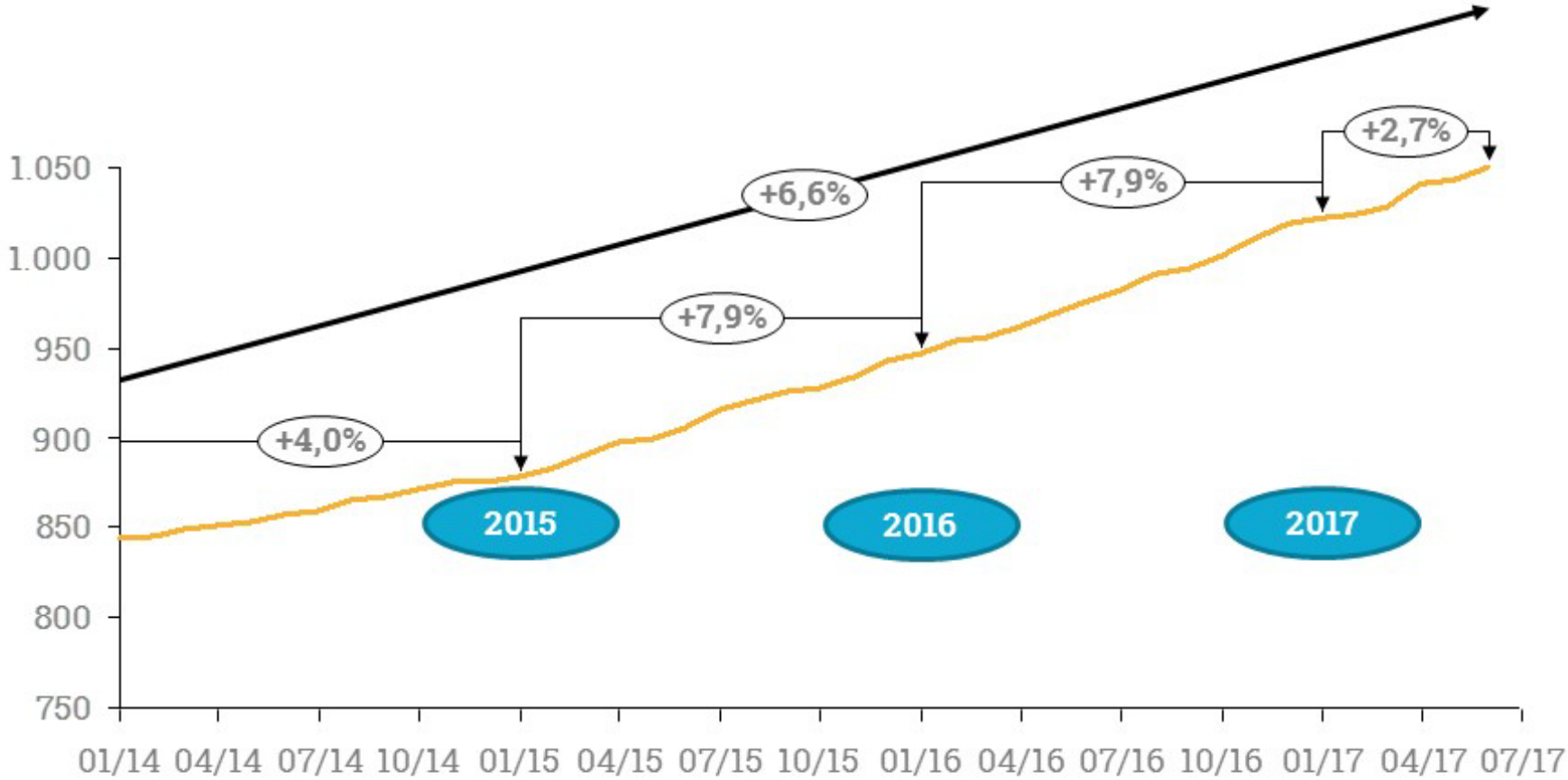
Im Jahr 2003 ca. 500 Patienten in ausserklinischer Beatmung

Im Jahr 2013 ca. 15.000 Patienten in ausserklinischer Beatmung

Gesetzliche Krankversicherung: 4.33 Milliarden Euro

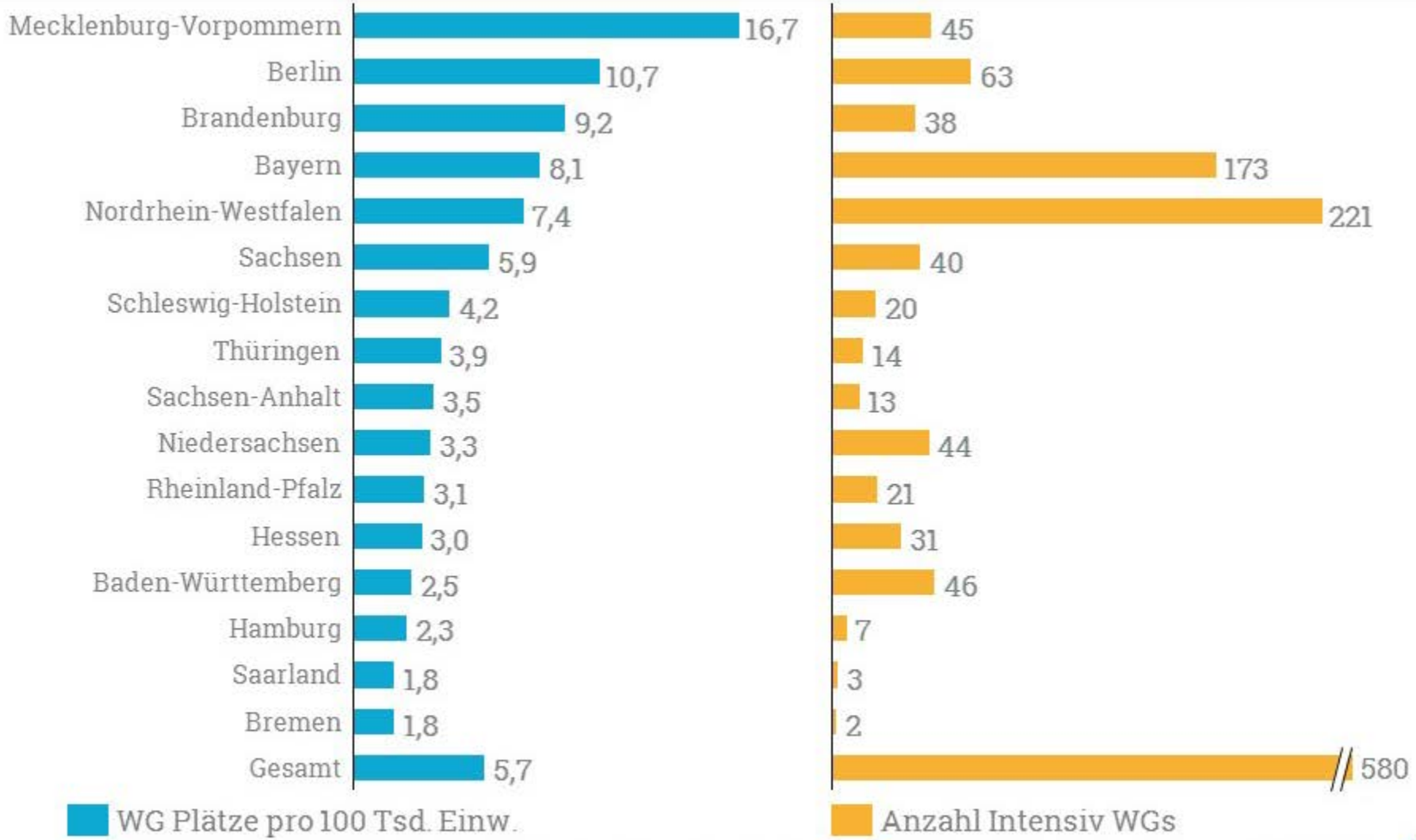
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Ausserklinische Beatmung DIGAB; www.digab.de Zugriff am 14.2.2018

Entwicklung Intensivpflegedienste bundesweit 2014-2017



Quelle: Sebastian Meißner, pflegemarkt.com, abgerufen am 28.08.2017

Angebot Intensiv WGs im Bundesländervergleich 2017



Quelle: Sebastian Meißner, pflegemarkt.com, abgerufen am 28.08.2017

2. Key Message

Überversorgung ein globales Problem

Risiken und Mechanismen auf der ITS kennen

Kommunikation zentrales präventives Element

AGENDA

- Intensivmedizin – unbegrenzte Möglichkeiten
- Ausufernde Therapie: Epidemiologie und Gründe
- Lösungsansätze

Frage nach dem Sinn der Behandlung

Sinn

- Diagnostik
- Therapie
- Pflege
- Therapieziel

Frage nach Sinnhaftigkeit nicht objektiv zu klären
➔Rückgriff auf individuelle / subjektive Bewertungen

- Bedeutung von Leben, Sterben, Leid
- Einschätzung Lebensqualität
- Einschätzung Lebensziele / Lebensentwürfe

DIVI Positionspapier „Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin“ G. Neitzke et al. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Sep;111(6):486

Überprüfung, ob eine Maßnahme sinnvoll ist

Bewertung der Zweck-rationalität

- Ist die Maßnahme fachlich sinnvoll

Bewertung der Wert-rationalität

- Ist die Maßnahme menschlich angemessen

DIVI Positionspapier „Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin“ G. Neitzke et al. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Sep;111(6):486

Zweckrationalität

Zweckrationalität: Eignung einer Maßnahme, ein bestimmtes Ziel erreichen zu können (Beispiel: „Es ist sinnvoll, diese Infektion mit Antibiotika zu behandeln.“).

Sinnvoll ist ärztliche oder pflegerische Maßnahme dann, wenn ausreichend Erfahrung oder Evidenz vorliegt, dass diese Maßnahme mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit einen Behandlungserfolg herbeiführen kann.

DIVI Positionspapier „Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin“ G. Neitzke et al. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Sep;111(6):486

Wertrationalität

Wertrationalität: Maßnahme drückt in geeigneter Weise bestimmte moralische Grundwerte aus oder bringt sie zur Geltung (Beispiel: „Es ist sinnvoll, einem infektiös erkrankten Patienten zu helfen.“)

Fragen nach dem
- Wert der angestrebten Behandlungsziele,
- der Bedeutung von Leid und Krankheit,
- den subjektiven Faktoren der Lebensqualität sowie
- dem Stellenwert von professioneller und familiärer Unterstützung

müssen hierbei geklärt werden.

DIVI Positionspapier „Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin“ G. Neitzke et al. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Sep;111(6):486

Prüfung der Sinnlosigkeit von Behandlungskonzept oder Behandlungsmaßnahme

Kann das angestrebte Therapieziel nach professioneller Einschätzung erreicht werden?

Wird dieses Therapieziel vom Patienten gewünscht?

Sind die Belastungen während der Behandlung durch die erreichbare Lebensqualität / Lebensperspektive aus Patientensicht gerechtfertigt?

DIVI Positionspapier „Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin“ G. Neitzke et al. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Sep;111(6):486

Behandlungskonzepte oder Behandlungsmaßnahmen sind sinnlos, wenn

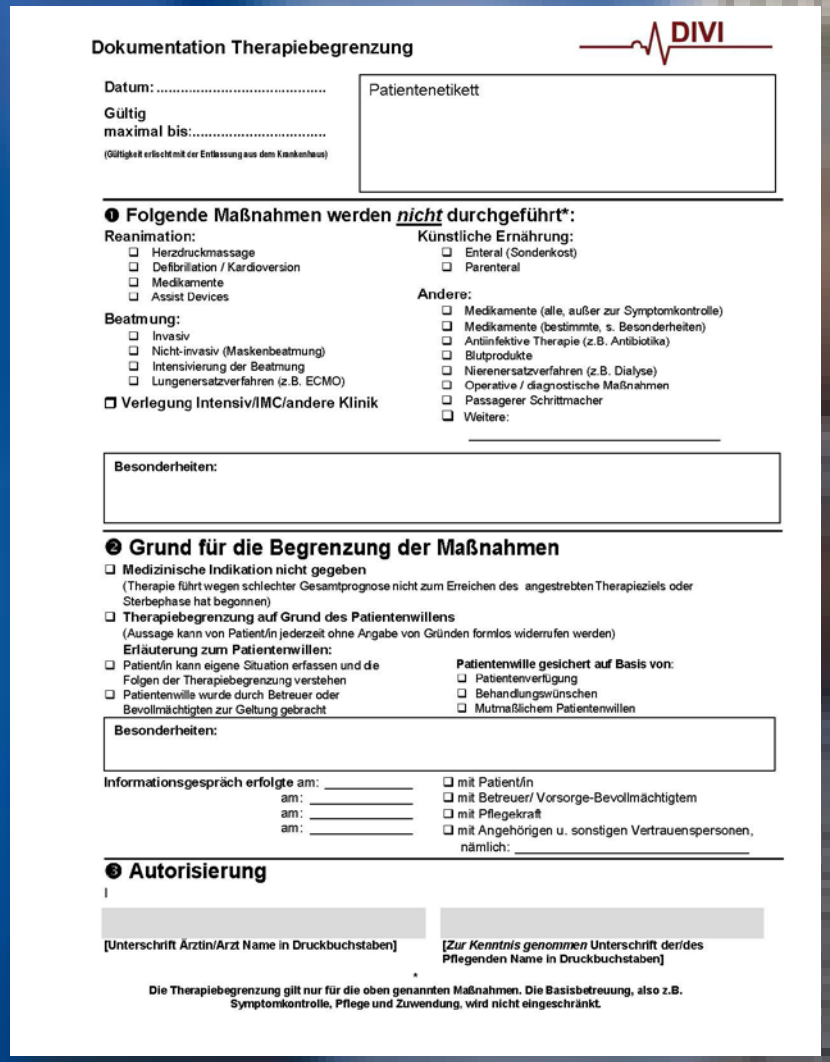
Das angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden kann

Dieses Therapieziel vom Patientenwillen nicht gedeckt ist

Die dadurch erreichbare Lebensqualität / Lebensperspektive für den Patienten die Belastungen während der Behandlung nicht rechtfertigt

DIVI Positionspapier „Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin“ G. Neitzke et al. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016 Sep;111(6):486

Dokumentationsbogen Therapiebegrenzung
Teil 3: Autorisierung und Verbindlichkeit



Dokumentation Therapiebegrenzung

DIVI

Datum: .....

Gültig maximal bis: .....

(Gültigkeit erlischt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus)

Patientenetikett

❶ Folgende Maßnahmen werden *nicht* durchgeführt*:

Reanimation:
- ❑ Herzdruckmassage
- ❑ Defibrillation / Kardioversion
- ❑ Medikamente
- ❑ Assist Devices

Beatmung:
- ❑ Invasiv
- ❑ Nicht-invasiv (Maskenbeatmung)
- ❑ Intensivierung der Beatmung
- ❑ Lungenersatzverfahren (z.B. ECMO)

❒ Verlegung Intensiv/IMC/andere Klinik

Künstliche Ernährung:
- ❑ Enteral (Sonderkost)
- ❑ Parenteral

Andere:
- ❑ Medikamente (alle, außer zur Symptomkontrolle)
- ❑ Medikamente (bestimmte, s. Besonderheiten)
- ❑ Antiinfektive Therapie (z.B. Antibiotika)
- ❑ Blutprodukte
- ❑ Nierenersatzverfahren (z.B. Dialyse)
- ❑ Operative / diagnostische Maßnahmen
- ❑ Passagerer Schrittmacher
- ❑ Weitere: _____

Besonderheiten:

❷ Grund für die Begrenzung der Maßnahmen

❑ Medizinische Indikation nicht gegeben
(Therapie führt wegen schlechter Gesamtprognose nicht zum Erreichen des angestrebten Therapieziels oder Sterbephase hat begonnen)

❑ Therapiebegrenzung auf Grund des Patientenwillens
(Aussage kann von Patient/in jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden)

Erläuterung zum Patientenwillen:
- ❑ Patient/in kann eigene Situation erfassen und die Folgen der Therapiebegrenzung verstehen
- ❑ Patientenwille wurde durch Betreuer oder Bevollmächtigten zur Geltung gebracht

Patientenwille gesichert auf Basis von:
- ❑ Patientenverfügung
- ❑ Behandlungswünschen
- ❑ Mutmaßlichem Patientenwillen

Besonderheiten:

Informationsgespräch erfolgte am: _____ ❑ mit Patient/in
am: _____ ❑ mit Betreuer/ Vorsorge-Bevollmächtigtem
am: _____ ❑ mit Pflegekraft
am: _____ ❑ mit Angehörigen u. sonstigen Vertrauenspersonen, nämlich: _____

❸ Autorisierung

[Unterschrift Ärztin/Arzt Name in Druckbuchstaben]

[*Zur Kenntnis genommen* Unterschrift der/des Pflegenden Name in Druckbuchstaben]

*

Die Therapiebegrenzung gilt nur für die oben genannten Maßnahmen. Die Basisbetreuung, also z.B. Symptomkontrolle, Pflege und Zuwendung, wird nicht eingeschränkt.

Auf dem Dokumentationsbogen wird oben das Datum der Erstellung eingetragen.

Ebenfalls wird die maximale Gültigkeitsdauer der Entscheidungen festgelegt.

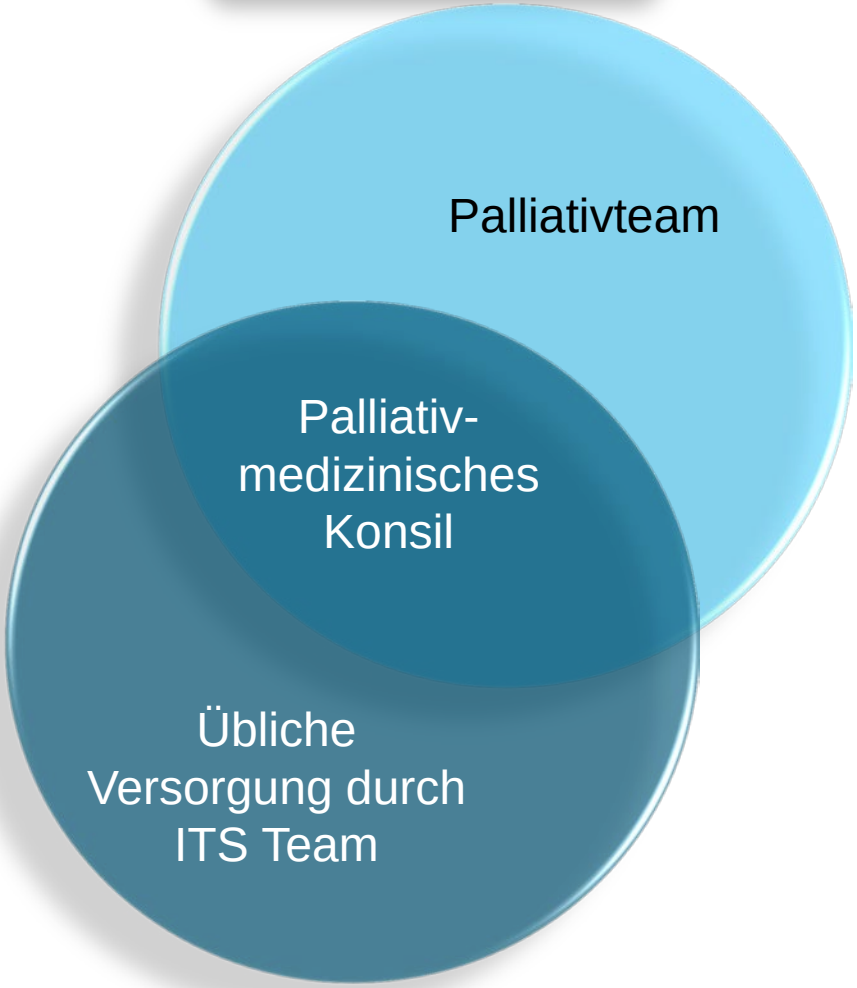
So wird sichergestellt, dass diese überprüft und ggfs. angepasst werden.

Des Weiteren wird im dritten Abschnitt festgehalten, wann und mit welchen Bezugspersonen ein Informationsgespräch durchgeführt wurde.

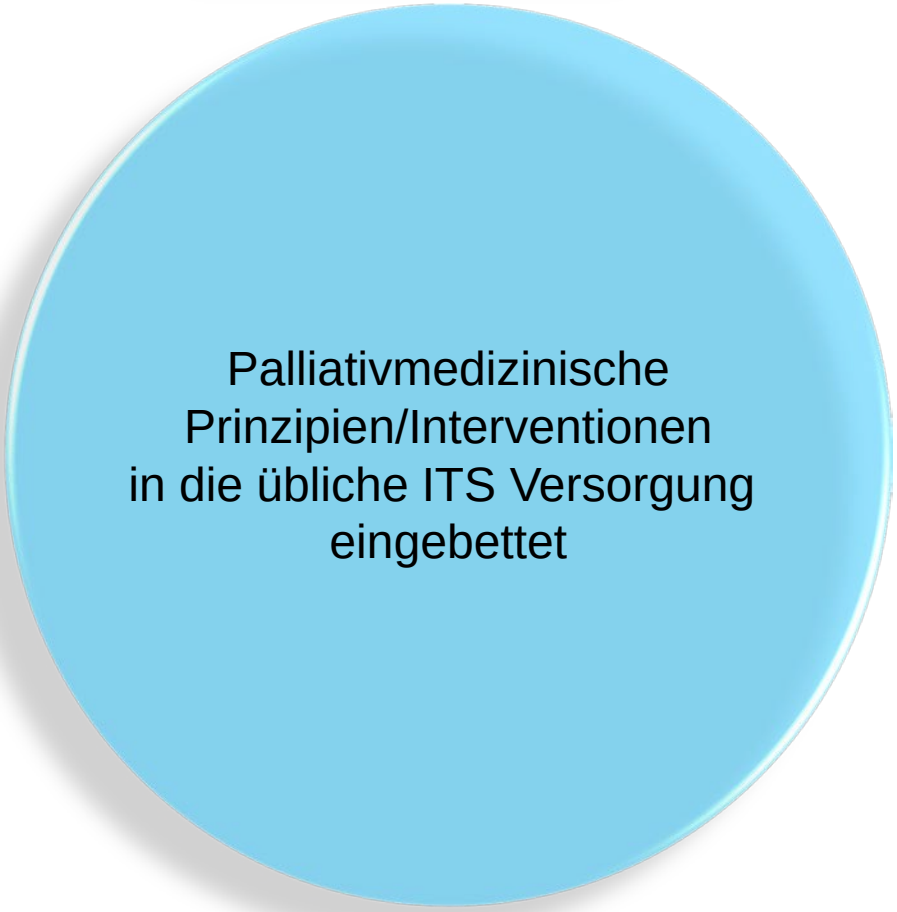
Dadurch ist nachvollziehbar, wer an der Entscheidungsfindung beteiligt war.

Modell für die Etablierung ITS Palliativmedizin

Konsultatives Modell



Integratives Modell



JE Nelson et al. Crit Care Med 2010;38:1765

Vorteile der Integration Palliativmedizin in die ITS

- ITS- und KH-Liegedauer ↓
- Übertherapie↓
- Dauer Beatmung↓
- Familien-zufriedenheit↑
- Verstehen der Familie↑
- Angst, Depression, PTSD↓
- Konflikte über Behandlungsziele↓
- Zeit bis Etablierung symptomfokussierte Behandlung↓
- Erfassung Symptome / Patientenkomfort↑

ML Campbell et al. Chest 2003;123:266
SA Norton et al. CCM 2007;35:1530
O'Mahoney et al. Palliat Med 2010;24:154
ML Campbell et al. CCM 2004;32:1839

RL Pieruzzi et al. Pediatrics 2001;108:653
E Azoulay et al. AJRCCM 2002;165:438
A Lautrette et al. NEJM 2007;356:469
JF Payen et al. Anesthesiology 2009;111:1308

CM Lilly et al. Am J Med 2000;109:469
MA Erdek et al. Int J Qual Health Care 2004;16:59
G Chanques et al. CCM 2006;34:1691

JE Nelson et al. Crit Care Med 2010;38:1765

Neues Projekt der Sektion Ethik der DIVI
Überversorgung auf der Intensivstation: erkennen, benennen vermeiden/verhindern

- Persönliche Faktoren der Behandler
- Persönliche Faktoren der Patienten / persönliches Umfeld
- Juristische Faktoren
- Organisationale Faktoren
- Ökonomische Faktoren
- Gesell-schaftliche Faktoren

Diktatur des positiven Denkens

Zahllose Ratgeber suggerieren, dass Krisen, Krankheiten, ja das ganze Leben allein durch positives Denken zu bewältigen seien

Wer eine böse Diagnose erhält, kriegt oft als Erstes zu hören: "Du musst jetzt positiv denken!„

Das ist zwar gut gemeint, aber es setzt den Leidenden bei genauerem Hinsehen unter Druck: Es suggeriert, man sei allein verantwortlich für sein weiteres Schicksal.

Angst darf man nach den Regeln dieser Gedankenhygiene nicht haben – jeder negative Gedanke könnte ihn ja noch kränker machen.

Die Zeit vom 6.9.2017

Das Prinzip Hoffnung

Realistische Hoffnung ist wohltuend: Patienten, die ihre Krankheiten und Einschränkungen akzeptieren, sind weitaus zufriedener

„Wenn die Hoffnung auf Heilung unwahrscheinlich ist, muss das nicht bedeuten, dass jemand ohne Hoffnung ist“[1]

Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat – ohne Rücksicht darauf, wie es ausgeht“[2]

1 Anja Mehnert, Medizinische Psychologie Uni Leipzig
2 Václav Havel

Die Zeit vom 6.9.2017

3. Key Message

Sinn der Behandlung muss geklärt werden

Kommunikation zentrales präventives Element

Palliativmedizin in Intensivmedizin integrieren

Realistische Hoffnung unverzichtbar

Take Home Message

1. Kernaussage

Alter↑
Komorbidität↑
Prozeduren↑

Intensivmedizin: Scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten

2. Key Message

Überversorgung ein globales Problem

Risiken und Mechanismen auf der ITS kennen

Kommunikation zentrales präventives Element

3. Key Message

Sinn der Behandlung muss geklärt werden

Kommunikation zentrales präventives Element

Palliativmedizin in Intensivmedizin integrieren

Realistische Hoffnung unverzichtbar


THANK YOU