



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Nicht förderliche Aufenthalte auf Intensivstation – wie vermeiden?

DGHO 2024 – Dr. Elena Busch



Offenlegung Interessenskonflikte

- 1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition**
keine
- 2. Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit**
keine
- 3. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds**
keine
- 4. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz**
keine
- 5. Honorare**
keine
- 6. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen**
keine
- 7. Andere finanzielle Beziehungen**
keine
- 8. Immaterielle Interessenkonflikte**
keine



Agenda

Was definiert einen nicht-förderlichen Intensivaufenthalt?

Faktencheck
Intensivstation für
hämatonkologische
Patient*innen

Auswirkungen von nicht
förderlichen
Intensivaufenthalten auf
das Team?

Was führt zu
Intensivaufenthalten,
die im Nachhinein als
nicht förderlich
beschrieben werden?

Wie vermeiden wir
das für unsere
Patient*innen?

Fallbeispiele

Definition „nicht-förderlich“ aus Sicht der behandelnden Ärzt*innen

keine einheitliche Definition, auch keine einheitliche Beschreibung (non-beneficial, excessive, inappropriate, futile)

- Intensivaufenthalte ohne realistisch erreichbares Therapieziel (bridge to nowhere)
- Intensivaufenthalte mit fraglicher Indikation, Therapieziel mit intensivmedizinischen Maßnahmen fraglich erreichbar bzw. nur unter großer Einschränkung der Lebensqualität
- Intensivaufenthalte entgegen geäußerten Patientenwillen



Quenot et al., PLOS One 2019, Quenot et al., PLOS One 2023

Risikofaktoren „nicht-förderlich“ aus Sicht der behandelnden Ärzt*innen

Alter

schlechter Performance
Status

fortgeschrittene
Grunderkrankung

fehlende Therapieoptionen
in Bezug auf die
Grunderkrankung

Nicht-Berücksichtigung von
Patientenwünschen

geringe Wahrscheinlichkeit der
Wiedererlangung von Autonomie
und Einschränkung der QoL

Wunsch nach
Behandlung durch
andere
betreuende
Fachdisziplinen

Durchführung nicht sinnvoller
intensivtherapeutischer Maßnahmen



Quenot et al., PLOS One 2019, Quenot et al., PLOS One 2023

Prävalenz „nicht-förderlich“ aus Sicht der behandelnden Ärzt*innen

73% der befragten Intensivstationen gaben an, Patient*innen mit geringen Überlebenschancen aufzunehmen, bei denen nur in 33% eine medizinisch sinnvolle Perspektive gegeben war (Vincent et al., Crit Care Med 1999)

in einer retrospektiven Beurteilung von 1075 Intensivaufenthalten wurde 14,4% von französischen Intensivmedizinern als nicht-förderlich eingestuft (Quenot et al., PLOS One 2019)

31% der Patient*innen mit comfort-only-care-Anordnungen wurden auf Intensivstation verlegt und verstarben dort, 14% davon erhielten mehr als eine lebenserhaltende Therapie (Lee et al., JAMA 2020)



Faktencheck Intensivstation für onkologische Patient*innen



- Akute Organdysfunktion entscheidet über die Intensivmortalität
- Maligne Grunderkrankung entscheidet über das Langzeitüberleben
- Performance Status und nicht das Alter bestimmen das Outcome des Intensivaufenthalts
- Patient*innen mit solider Tumorerkrankung haben ähnliches Outcome wie Patient*innen ohne Tumorerkrankung
- Patient*innen mit hämatologischer Grunderkrankung weisen eine höhere Intensiv- und Krankenhausmortalität auf

iCHOP Consensus Papier, Auclin et al., Ann Intensive Care 2017,
Manjappachar et al., J J Natl Compr Canc Netw 2022

Welche Auswirkungen haben nicht förderliche Intensivaufenthalte auf das Team?

Missverständnisse und
Konfliktpotential zwischen Team
und Angehörigen

schwindende Motivation

Frustration bis hin zum
Burnout

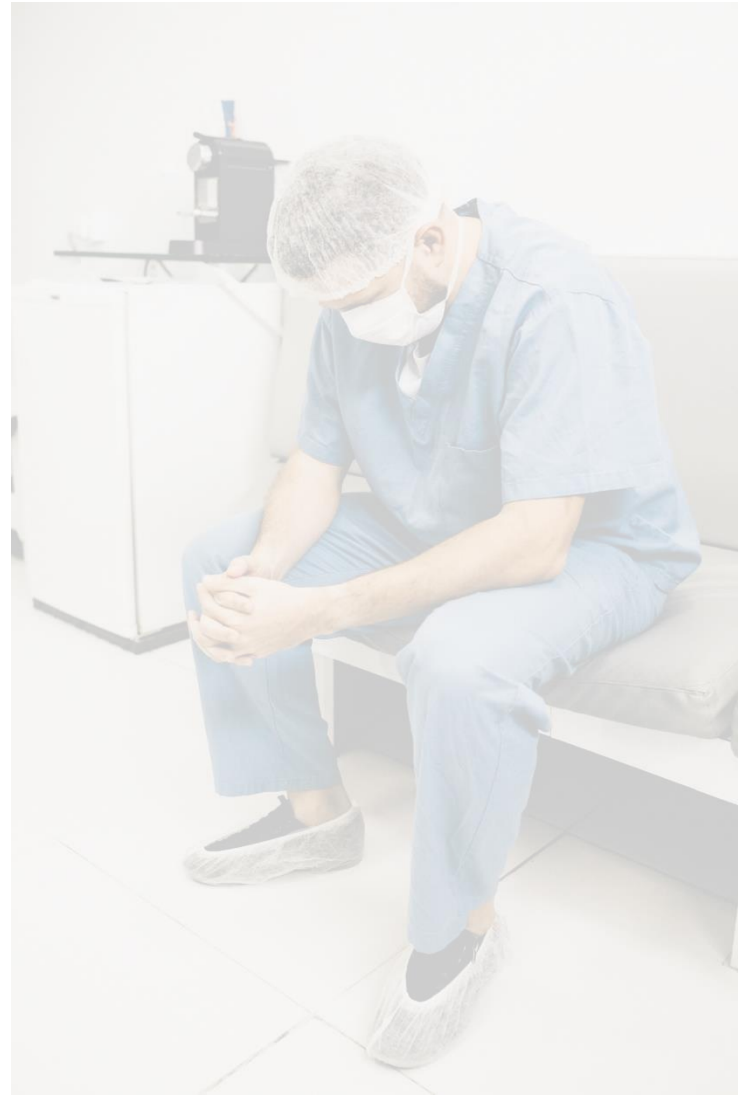
schlechtere Versorgungsqualität

fehlende Zeit für andere
Intensivpatient*innen

Gefühl, durch technisierte
Intensivmedizin falsches Gefühl von
Hoffnung an die Angehörigen zu
übermitteln

Quenot et al., 2023, Mathey et al., PLOS One 2022

DGHO 2024 | Sitzung: Verlegung auf Intensivstation – wann? | Dr. Elena Busch



Was führt zu Intensivaufenthalten, die im Nachhinein als nicht förderlich beschrieben werden?

fehlende Informationen über die medizinische Vorgeschichte des Patienten und Performance Status

Unvermögen, die akute Verschlechterung vorherzusehen und vorzubereiten

Druck von Seiten der anderen behandelnden Fachdisziplinen

Dokumente zu Patientenwillen und möglichen Therapielimitierungen liegen nicht vor

Druck von Seiten der Angehörigen

Patient*in in der Akutsituation nicht entscheidungsfähig

Angehörige können nicht erreicht werden

Quenot et al., PLOS One 2023, Quenot et al., PLOS One 2019

DGHO 2024 | Sitzung: Verlegung auf Intensivstation – wann? | Dr. Elena Busch

Welche Faktoren sind vermeidbar?

fehlende Informationen über die medizinische Vorgeschichte des Patienten und Performance Status

Unvermögen, die akute Verschlechterung vorherzusehen und vorzubereiten

Druck von Seiten der anderen behandelnden Fachdisziplinen

Patient*in in der Akutsituation nicht entscheidungsfähig

Angehörige können nicht erreicht werden

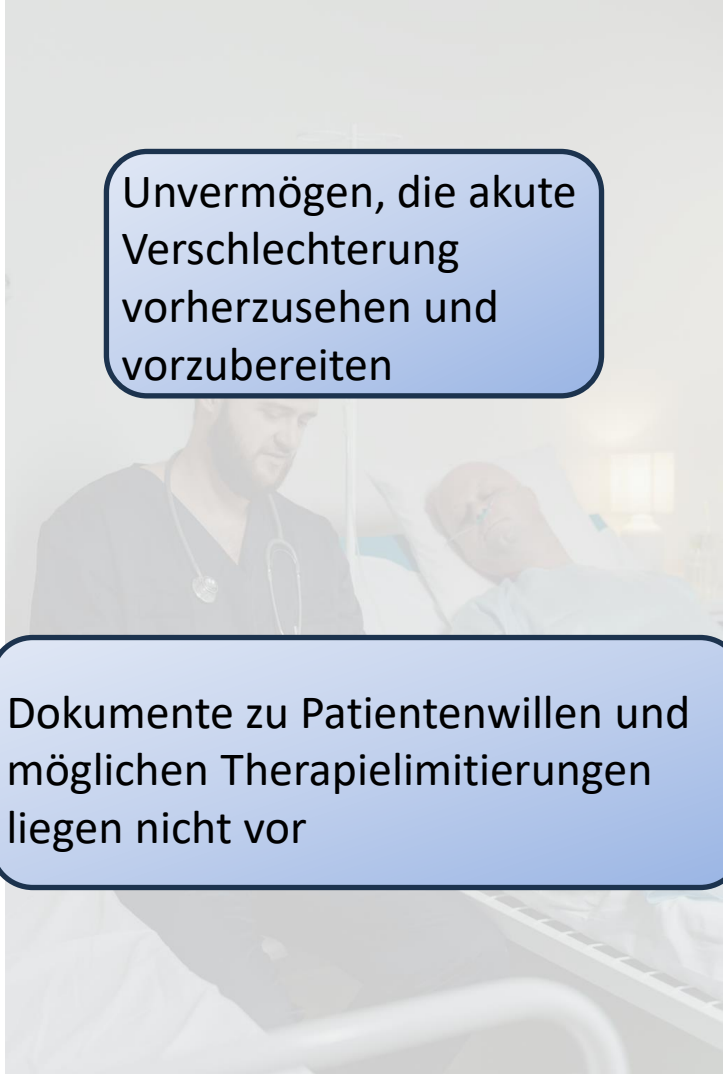
Druck von Seiten der Angehörigen

Dokumente zu Patientenwillen und möglichen Therapielimitierungen liegen nicht vor

Fallbeispiel I

75-jähriger Patient, vormals fit und selbstständig, ED Akute myeloische Leukämie, poor risk, wenig dokumentierte Nebenerkrankungen außer arterieller Hypertonus. Therapieeinleitung mit V/V, d15 Punction sicca.

Aplastisch seit 20 Tagen, persistierendes Fieber, schwere Mukositis. Aktuell seit > 1 Woche bettlägrig. Zunehmender Sauerstoffbedarf. Intermittierend nicht orientiert. Nierenfunktion schlechter.



Unvermögen, die akute Verschlechterung vorherzusehen und vorzubereiten

Dokumente zu Patientenwillen und möglichen Therapielimitierungen liegen nicht vor

Fallbeispiel I

Unvermögen, die akute Verschlechterung vorherzusehen und vorzubereiten

beg. MOV
Sepsis mit septischen Schock

Dokumente zu Patientenwillen und möglichen Therapielimitierungen liegen nicht vor

Vorausschauende Versorgungsplanung:
Patientenwille eruieren
Potentielle Szenarien skizzieren – best case vs. worst case
Therapielimitierungen schriftlich fixieren

Wie vermeiden wir nicht förderliche Intensivaufenthalte?

rechtzeitig eine potentielle Intensivverlegung im Kontext der aktuellen medizinischen Situation besprechen

interdisziplinäre Besprechung mit Intensivmedizinern über den Nutzen einer Intensivtherapie, sollte es zu einer Verschlechterung kommen

fortlaufender interdisziplinärer Austausch mit der zuverlegenden Fachabteilung während des Intensivaufenthalts

bereits vor Intensivverlegung Therapien als nicht angemessen festlegen (Reanimation, Tracheotomie, Dialyse)

gutes und wertschätzendes ethisches Klima im intensivmedizinischen Team

engmaschige interdisziplinäre Reevaluation des Therapieziels im Intensivaufenthalt

Quenot et al., PLOS One 2023, Benoit et al. Intensive Care Med 2018

Fallbeispiel I

rechtzeitig eine
potentielle
Intensivverlegung im
aktuellen Kontext
besprechen

engmaschige interdisziplinäre
Reevaluation
des Therapieziels im
Intensivaufenthalt

Fazit zu Fall I:
vorausschauende Versorgungsplanung bei
Patient*innen mit erhöhtem Risiko für
eine Intensivverlegung und hoher
Intensivmortalität (ECOG, Delir, MOV)

Intensivstation ja
NIV ja
Dialyse kurzfristig ja
Katecholamine ja
masch. Beatmung nein

Versuch der Stabilisierung der aktuellen
Situation mittels HighFlow, und low-dose
Katecholaminen
falls weitere Verschlechterung, Abschiednehmen
im Beisein der Familie ermöglichen
Umstellung BSC

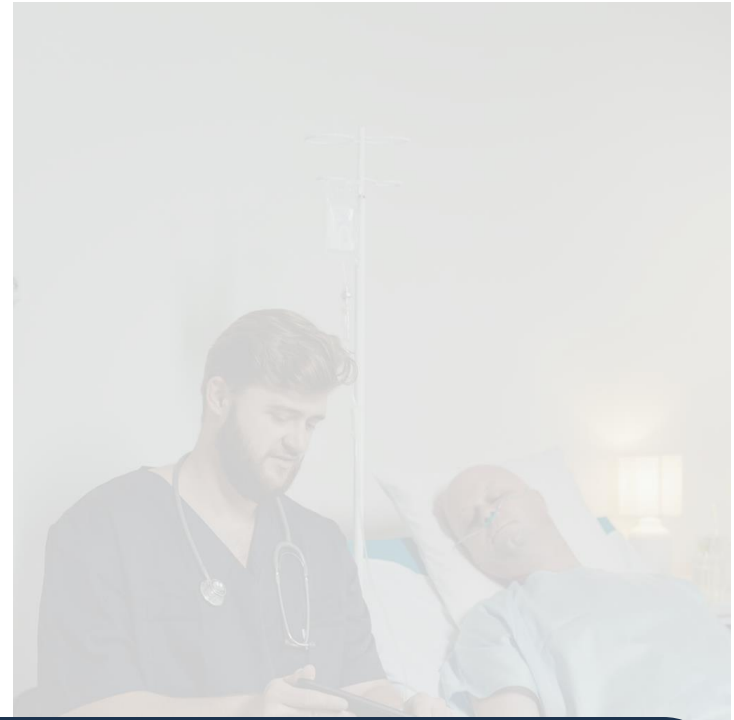
Fallbeispiel II

63-jähriger Patient, vorbekannte COPD,
aktiver Nikotinabusus, bekannte
Panikstörung, deutlicher Gewichtsverlust
über die letzten Wochen, ECOG 2.
ED Akute myeloische Leukämie, good risk
Therapieeinleitung 7+3
d15 Punktion mit zytologischer CR

Aplastisch, schwerste intestinale Mukositis
mit Passagestörung. Im Verlauf septische
Einschwemmung.

rechtzeitig eine potentielle
Intensivverlegung im Kontext der
aktuellen medizinischen Situation
besprechen

Med. Situation: therapie-ass. Ursache,
gutes Ansprechen auf Therapie,
kuratives Therapieziel
Patientenwille: sehr zurückhaltend
gegenüber intensivmedizinischer
Therapie



Fallbeispiel II

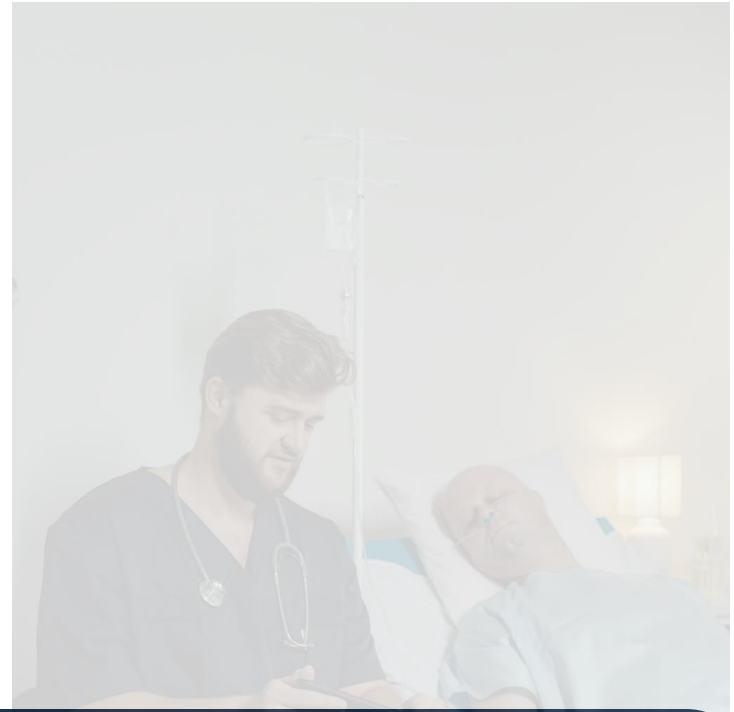
Verlegung auf Intensivstation. Intubation und invasive Beatmung.
Katecholamintherapie. Dialysepflichtigkeit.

Protrahierte Passagestörung mit erhöhtem intraabdominellen Druck. Erschwertes Weaning, daher Tracheotomie.

Rezidivierende untere GI-Blutungen, endoskopisch nicht stillbar.

Geplante Kolonenteilresektion mit Stoma-Anlage.

AML noch in zytologischer CR.



fortlaufender interdisziplinärer Austausch während des Intensivaufenthalts

Fortbestehen eines kurativen Therapieziels, AML weiterhin in Remission, insgesamt aber Langzeit-Intensivaufenthalt mit erheblicher Einschränkung der QoL, Patientenwille?

Fallbeispiel II

Erfolgreiches Weaning mit Trachealkanüle.
ECOG 4. Keine eigenständige Mobilisation
aus dem Bett. Beübung des Schluckaktes,
Dekanülierung lange nicht möglich. Großer
Wunsch nach Essen und Trinken.
Ausgeprägte Decubiti.

AML noch immer in Remission.

Versorgung außerhalb eines Krankenhauses
schwierig.

Fazit zu Fall II:
Therapieziel auch während des
Intensiv Aufenthaltes gemeinsam mit
Hämatonkologen und Intensivmedizinern
reevaluieren und ggf. Limitierungen
festlegen

engmaschige interdisziplinäre
Reevaluation
des Therapieziels im
Intensivaufenthalt

neues Therapieziel: Ermöglichung
einer häuslichen Versorgung
im Falle erneuter Verschlechterung:
keine Therapieeskalation
weitere onkologische Therapie nicht
möglich

Fazit - Wie vermeiden wir nicht förderliche Intensivaufenthalte in der Hämatooknologie?

Komplikations- und Verschlechterungspotential unserer Patient*innen erkennen und entsprechend vorbereiten

gutes ethisches Klima leben – regelmäßige interdisziplinäre und multiprofessionelle Gespräche zur Evaluation der Behandlungsziele und Patientenwünsche

Grenzen der Intensivmedizin und der Hämatooknologie kennen und respektieren

Quenot et al., PLOS One 2023, Benoit et al. Intensive Care Med 2018

A photograph showing a nurse in blue scrubs holding the hand of a patient lying in a hospital bed. The patient is covered with a light blue blanket. The scene is set in a hospital room with a white bed frame and a control panel visible. The overall tone is calm and supportive.

Fragen oder Anregungen?

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Slides designed with Freepik