ÜBERTHERAPIE oder "Sterben in Würde"

Barbara Friesenecker

Univ.-Klinik für Allgem. und Chir. Intensivmedizin Medizinische Universität Innsbruck

ÖGPO - Kongress

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOONKOLOGIE

Congress Loipersdorf / Hotel Das Sonnreich

12. - 14.6.2022

Montag; 13:16:2022; 9:30 11:00

... "oder" ...

impliziert ...

Übertherapie

und

Sterben in Würde

stehen im Widerspruch zueinander ???

Fall: 66j. Mann (Leukämie)

- Im Rahmen der Tu-Abklärung → schwere KHK mit hochgradigen HI (... nicht wirklich vor bekannt)
- Cardiologen/Hämatoonkologen: Indikation für Herz-OP bei schwerer KHK in Vorbereitung auf Chemo (cardiodepessiv)
- Anästhesie sagt: JA!, «lässt sich anästhesieren»
- Chirurgie sagt: JA!, «lässt sich operieren»
- Intensivmediziner ... wird nicht gefragt ???
- → 3-fach ACBP bei florider Leukämie an der HLM

Friesenecker, österr. Gesellschaft

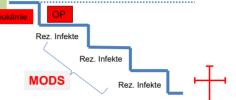
Wer glaubt, dass das gut geht?

Sowohl in Bezug auf "Heilung" als auch in Bezug auf "Sterben in Würde"?

Fall: 66j. Mann (Leukämie):

Post-op ad ACI...

- Schweres postop. MODS (KI, Niere, Leber, Lunge, ZNS)
- Überlebt OP primär und wird aber nicht gesund («Startet nicht durch»)
- Rez. Infekte (immer resistentere Keime)
- Ausgeprägte CIP/CIM
- Hämofiltration (3 x Neustart HF)
- 3x Reintubation → TS
- Bleibt CPAP-pflichtig
- Zunehmende Schwäche
- Keine wirkliche Erholungstendenz
- Pat bleibt chronisch kritisch krank



Schellongowski P, Staudinger T. Intensive medical care problems of hemiato-oncological patients. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2012 Jun;107(5):386-90.

Fall: 66j. Mann (Leukämie):

Post-op ad ACI...

Kommunikationsfähigkeit:

- Zwischendurch DELIR (iR der Infekte), aber sonst rel. klar
 - Kann ja/nein Fragen beantworten, kann nicht schreiben, kann Buchstaben deuten
- Patient will kämpfen
- Familie will ???, dass «alles gemacht» wird

Was ist mit dem Willen des Pat / StellvertreterInnen, wenn es keine Indikation/TZ mehr gibt ?

Weiterer Verlauf:

- Pat erholt sich nicht
- 72 d Intensivtherapie im rezidivierenden, teils schweren MODS
- Verstirbt nach 72 d auf der ACI (erneuter sept. Schock mit MOF)

Therapiezieländerung: DNR, DNE, keine neue AB und Beendigung der Blutdruckmedikamente, Beatmung (FiO2 21%, 0 peep), Withdraw HF

CTC: Steigerung der Analgosedierung, TS (Feuchte Nase)

Schellongowski P, Staudinger T. Intensive medical care problems of nemato-oncological patients. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2012 Jun;107(5):386-90.

Wir müssen uns folgende Fragen stellen:

Autonomie: Will Pat Behandlung (Chemo/OP)? ja Gibt es eine med. Indikation? Ja /nein

Ist OP technisch möglich? ja (anästhesiologisch/chirurgisch)

Macht das für den Pat in seiner Gesamtsituation Sinn?

(floride Leukämie und Herz- OP!! SIRS!) nein

Gibt es damit wirklich eine Indikation für OP?

Wahrscheinlichkeit, dass das gut geht ist gering!

→ Postop. SIRS/MODS in der floriden Leukämie?

Wohltun / Schaden?

unter Umständen ist der Schaden > Nutzen; Pat. wird chronisch kritisch krank, erholt sich nicht

Procedere: Ernsthaft **aufklären** über Risiken einer Herz-OP unter florider Leukämie (eigentlich keine Indikation!)

Falls möglich Stenten und dann Chemo diskutieren...

Falls Stent nicht möglich, OP erwägen, aber TZÄ vorbesprechen, oder Chemo ohne OP/Sanierung der Coronarien und hoffen, dass es gut geht

→ Jedenfalls eine Pat.- Verfügung und Vorsorgevollmacht errichten,

Stellvertreter*in benennen – Wünsche und Wertvorstellungen definieren

Worüber wir reden werden:

- Was ist Sterben in Würde ?
- 2. Wieso reden wir über Übertherapie?
- 3. Folgen von Übertherapie: CCI
 - a) PatientIn
 - b) Angehörige
 - c) Behandelnde Teams
 - d) Gesellschaft
- 4. Verhindert Übertherapie ein Sterben in Würde?
- 5. Wie können wir Übertherapie vermeiden?

Worüber wir reden werden:

- 1. Was ist Sterben in Würde?
- 2. Wieso reden wir über Übertherapie?
- 3. Folgen von Übertherapie: CCI
 - a) PatientIn
 - b) Angehörige
 - c) Behandelnde Teams
 - d) Gesellschaft
- 4. Verhindert Übertherapie ein Sterben in Würde?
- 5. Wie können wir Übertherapie vermeiden?

Friesenecker, österr. Gesellschaft PSYCHOONKOLOGIE 2022

Sterben in Würde

und das "gute Leben am Ende des Lebens" unter guter palliativmedizinischer Symptomkontrolle

... ist Sterben ohne...

- Angst
- Stress
- Schmerzen
 - Atemnot
- Nicht alleine

Den
Sterbeprozess
gut begleiten
sollte
jede ÄrztIn
KÖNNEN
... egal von
welcher
Fachrichtung

Worüber wir reden werden:

- Was ist Sterben in Würde ?
- 2. Wieso reden wir über Übertherapie?
- 3. Folgen von Übertherapie: CCI
 - a) PatientIn
 - b) Angehörige
 - c) Behandelnde Teams
 - d) Gesellschaft
- 4. Verhindert Übertherapie ein Sterben in Würde?
- 5. Wie können wir Übertherapie vermeiden?

Friesenecker, österr. Gesellschaft PSYCHOONKOLOGIE 2022

Weil wir – obwohl wir vielen Menschen helfen können – für viele Menschen auch eine **schreckliche Medizin** machen!

Machbarkeitswahn / Defensivmedizin Angst vor juristischen Konsequenzen

Zu wenig → unterlassene Hilfeleistung / fahrlässige Tötung
Zu viel → Körperverletzung!

Wir sind angesichts des unglaublichen med. Fortschritts zu Medizinmechanikern verkommen!

Verlust der Menschlichkeit in der Medizin!

Wenn wir uns keine Gedanken machen und nicht wählen was für jemanden gut ist und was nicht, sondern einfach ALLES machen, was technisch möglich ist, führt das zu ...

Übertherapie / CCI

PSYCHOONKOLOGIE 2022

Overuse / Übertherapie

ist die Durchführung von Behandlungen,

• die sehr unwahrscheinlich

weder Lebens-Qualität noch Quantität erhöhen,

- die mehr Schaden als Nutzen anrichten,
- oder denen Patienten, die über potentielle Benefits und Risiken voll informiert gewesen wären, nicht zugestimmt hätten

Elshaug AG(1), Rosenthal MB(2), Lavis JN(3), Brownlee S(4), Schmidt H(5), Nagpal S(6), Littlejohns P(7), Srivastava D(8), Tunis S(9), Saini V(10). Levers for addressing medical underuse; and overuse: achieving high-value health care. Lancet. 2017 Jan 6. pii: S0140-6736(16)32586-7-HOONKOLOGIE 2022

Übertherapie

Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den letzten 6 Lebensmonaten?

38 Studien mit 1.213.171 (!!!) PatientInnen weltweit

(10 Länder: USA (18), Europe/UK (7), Canada (5), Brazilien (3), Taiwan/South Korea (3) und Australia (2) \rightarrow 33-38% der Pat. erhielten NBT

- 28% CPR
- 42% ICU
- 30% HF
- 30% Radiotherapie, Transfusionen
- 38% der sterbenden Pat erhielten Antibiotika, cardiovaskuläre, endokrine und digestive Behandlungen
- 33-50% aller Sterbenden erhielten nicht mehr zielführende Labor-Tests
- 10% <u>nicht</u>-sinnvolle ICU-Aufnahmen
- 33% <u>nicht</u>-sinnvolle Chemotherapien in den letzten 6 LW!

Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM AnsteiyiM-MitchelldA;HillmaniKciNon-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem Lint J Qual Health Care. 2016

Worüber wir reden werden:

- 1. Was ist Sterben in Würde?
- 2. Wieso reden wir über Übertherapie?
- 3. Folgen von Übertherapie: CCI (chronic critical illness)
 - a) PatientIn
 - b) Angehörige
 - c) Behandelnde Teams
 - d) Gesellschaft
- 4. Verhindert Übertherapie ein Sterben in Würde?
- 5. Wie können wir Übertherapie vermeiden?

Friesenecker, österr. Gesellschaft PSYCHOONKOLOGIE 2022

Schlechte/keine medizinische Entscheidungen, die zu Übertherapie führen, schaden

- nicht nur den PatientInnen (CCI; chronisch kritisch krank)
- sondern auch den Angehörigen * (PTSS)
- den behandelnden Teams ** (Burnout)
- und schlussendlich auch der Gesellschaft

indem wir erhebliche sinnlose Kosten im Gesundheitssystem verursachen unter Verletzung des Prinzips der "Gerechtigkeit" (soziale Gerechtigkeit / Verteilungsgerechtigkeit)

Hickman RL Jr(1), Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. AACN Adv Crit Care. 2010 Jan-Mar:21(1):80-91.

^{**} Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017 Dec;7(1):71.

"Chronic Critical Illness" (CCI)

das neue Krankheitsbild

"Chronisch kritische Kranke" sind eine **rasch wachsende Gruppe** (5 - **10%** der Pat., die eine schwere KH oder chir. Prozedur überleben), von PatientInnen, die

- eine kritische Erkrankung überlebt haben
- aber weiter unter einem **persistierendem MODS** leiden
- über Monate (und Jahre) hochspezialisierte Versorgung benötigen
- Prolongierte (> 21 d) mechanische Beatmungspflichtigkeit.
- Wiederholte Infektionen, protrahiertes MODS, Schwäche, und Delir
- Hohe Wiederaufnahme-raten ad ICU
- > 50% Mortalität innerhalb 1 Jahr
- >88 % verlassen KH nicht, sind funktionell abhängig 1 Jahr nach krit. Erkrankung

Astronomische Kosten für das Gesundheitssystem (> \$20 Mio. / Year)

Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014 Jan 9;370(2):175-7.

Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012 Jun;57(6):1021-7.

Übertherapie - Familienangehörige

Patient Name:			Date of Meeting	
Check if	Specific Topic	Notes/Details of discussion/Summary of main points		
	Update/Summary			
	of medical status & prognosis			
	& prognosis			
	Patient/family		180	
	values, preferences or goals			-
		-		-
	Treatment Plan			
				-
	Milestones		nihms173080f1.jpg	
	(Specific criteria		Typ: JPEG-Bild	
	to be used for		Dateigröße: 39,9 KB	
	evaluating success of plan at		Abmessungen: 427 x 600	
	next meeting)		Pixel	Н
	Date of next meeting			
Participants: Clinicians MD:			Family Members	
MD:				
			Fri	ese
Signed:		D.	rate;	PS

- > 50% der Angehörigen reagieren mit:
- Depression
- Angst
- Posttraum. Stressreaktion auch noch nach Tod/Entlassung

Strategien zur Unterstützung von Familienmitgliedern von Pat. mit CCI:

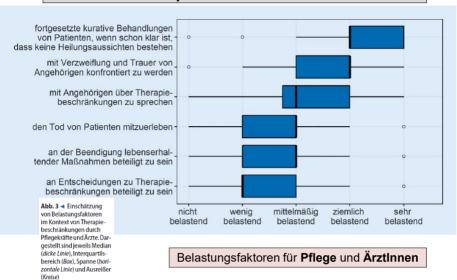
- Vertrauen schaffen
- Gute **Kommunikation** ("family meetings")
- Frühes psychologisches Screening nach Symptomen wie

Depression/Angst/postraumat. Stress

Hickman RL Jr(1), Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members.

AAGN Adv. Crit. Care. 2010 Jan-Mar;21(1):80-91.

Übertherapie - BehandlerInnen



Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajetz A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski U(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Bercker, S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3); SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in endicate the experimental exhaustion of a survey among intensive care unit personnel. Anaesthesist. 2018 Sep 12.

Übertherapie - BehandlerInnen

therapeutisches Festhalten an aussichtsloser Therapie (futility!) führt zu moralischer Not

kommt bei **intensivmedizinischem** Personal sehr häufig vor und ist signifikant mit der Entstehung von **Burnout** assoziiert

Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017 Dec;7(1):71.

Moss M, Good VS, Gozal D et al. A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-careprofessionals. A call for action. Am J Respir Crit Care Med 2016 194(1):106–113

Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento, A(3), Vieira Junior JM(2). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care growders. App (Neps) of Care. 2017 Dec;7(1):71.

Auswirkungen auf das **Gesundheitssystem**



Wie entscheiden wir nun,
wer eine <u>technisch machbare</u> Therapie bekommt
und wer nicht?

- Eine Therapie ist nur indiziert, wenn PatientIn einen Nutzen davon hat
- ... und wenn ein kleines grünes Licht am Ende des Tunnels leuchtet

(Therapieziel ? positives Outcome ?)

... insbesondere wenn man PatientIn die

Mühen einer Intensivtherapie/Chemo zumutet!

Worüber wir reden werden:

- 1. Was ist Sterben in Würde?
- 2. Wieso reden wir über Übertherapie?
- 3. Folgen von Übertherapie: CCI
 - a) PatientIn
 - b) Angehörige
 - c) Behandelnde Teams
 - d) Gesellschaft
- 4. Verhindert Übertherapie ein Sterben in Würde?
- 5. Wie können wir Übertherapie vermeiden?
 - a) Ethische Grundlagen
 - b) rechtliche Grundlagen neues ErwSchG, Pat.-Verfügungsgesetz, Ärztegesetz
- 6. Hat Pandemie etwas verändert?

Triage und med. Entscheidungsfindung

Verhindert Übertherapie ein Sterben in Würde?

JA !!!

Übertherapie

ist eine **technisch machbare** Therapie,
die für Pat. **von sehr frgl./ohne Sinn & Nutzen** ist,

→ **verlängert Leiden**und **zögert Sterben** hinaus

→ Ethisch NICHT geboten!

Friesenecker, österr. Gesellschaft

D.h. wir müssen

Entscheidungen treffen !!!

→Entscheidungen müssen sich am Willen (Autonomie)*

+ Nutzen* (> Schaden*) für PatientIn und an der Outcomewahrscheinlichkeit (Indikation/Therapieziel** orientieren

→ ärztliche Abschätzung von Wahrscheinlichkeiten

→DÜRFEN WIR DAS ???

(im Zeitalter evidenzbasierter Medizin)

Ärztegesetz § 49

*Georgetown Mantra: (Beauchchamp and Childress) / **2-Säulen-Modell als ethische Basis sphwieriger,Entscheidungsfindung in der Medizin)

Handlungsmaxime aus dem seit 1949 gültigen Ärztegesetz § 49 (1) gibt vor,

dass "ÄrztIn verpflichtet ist nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung ...

- das Wohl der Kranken und
- den Schutz der Gesunden zu wahren."

... und NICHT: "mit allen Mitteln zu heilen / das Leben zu erhalten!"

"Zum Wohle der Kranken" kann auch sein gut begleiten und Sterben in Würde zulassen

Handlungsmaxime aus dem seit 1949 aültigen

Ärztegesetz § 49 (1) Block of MaRgabe der Erweiterung 2018 in Bezug auf Palliativmedizin gibt mehr Rechtssicherheit: ... "palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr Nutzen der Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt" ...

... und NICHT: "mit allen Mitteln zu m

"Zum Wohle der Kranken" kann auch sein gut begleiten und Sterben in Würde zulassen

Eine sehr hilfreiche Neuerung !!!

Outcome?

wir müssen uns immer fragen, ob PatientIn

(und Angehörige/medical Professionals/Gesellschaft)

vom rechtzeitigem

Umstieg auf Palliativmedizin

nicht **mehr profitieren** würde?

Gibt es wirklich noch eine Indikation/Therapieziel für technisch Machbares?

"Gutes Leben am Ende des Lebens" Sterben in Würde

Outcome relevante Faktoren

Co-Morbiditäten **Gebrechlichkeit** (Frailty) Alter

(Alter ist alleine kein unabhängiger Faktor für schlechtes Outcome, aber alte Menschen sind häufiger gebrechlich und haben auch mehr Co-Morbiditäten)

Friesenecker, österr. Gesellschaft

PSYCHOONKOLOGIE 2022

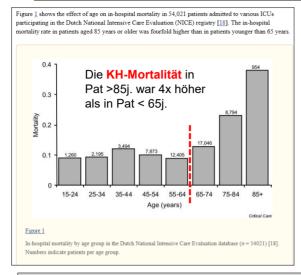
Comorbidität - Outcome

Comorbidität, definiert die totale Krankheitslast, die unabhängig von der aktuellen Diagnose ist

und trägt damit sowohl zum

- klinischen Outcome (z.B. Mortalität, OP-Ergebnisse, Komplikationsraten, Aufenthaltsdauer) als auch zum
- ökonomischen Outcome (Ressourcenverbrauch, Entlassungsziel, Behandlungsintensität) bei.
- Kaplan MH, Feinstein AR. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluatin the outcome of diabetes mellitus.
 J Chronic Dis. 1974;27:387–404.
 Greenfield S, Aronow HU, Elashoff RM, Watanabe D. Flaws in mortality data. The hazards of ignoring comorbid disease.
 JAMA. 1988;260:2253–2255.
 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies:
- development and validation. J Chronic Dis. 1987;40:373-383.

KH-Mortalität und Alter/Comorbidität



Mortalitätsraten sind höher bei älteren ICU-Pat. als bei jüngeren

Trotzdem ist es nicht das **Alter per se**, als vielmehr assoziierte Faktoren wie

- Schwere der Erkrankung
- Prämorbider funktioneller Status

die für **schlechtere Prognose** verantwortlich zu sein scheinen!

Die Präferenzen unserer Pat. bzgl. lebenserhaltender Maßnahmen sind stark von der Wahrscheinlichkeit eines guten Outcomes beeinflußt

Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review Sophia E de Rooij, Ameen Abu-Hanna, Marcel Levi, Evert de Jonge. Crit Gares: 2005; 9(4): R307: R314.

Scores

zur Risiko-Evaluierung

Outcome ???
REHA-Potential
Mortalitäts-Risiko

Außer in der Triage -Situation wo ARGE Ethik der ÖGARI diese Scores zur Entscheidungsfindung unter Stress, Zeitmangel, und Ressourcenknappheit vorschlägt, um <u>nicht</u> nach dem Alter alleine zu entscheiden, sollten diese Scores in der normalen klinischen Situation zur Risikoeinschätzung verwendet werden und haben AMPEL-Funktion → hier muss man am besten im Team der behandelnden ÄrztInnen besprechen, ob man überhaupt etwas macht und was passieren soll, wenn es zu Komplikationen kommt (TZÄ) …rechtzeitiges Umdenken in Richtung Palliativmedizin → VORHER mit Pat/Angehörigen besprechen, Vertrauensperson benehen lasen, Wünsche/Wertvorstellungen herausfinden! (wenn keine Zeit für Palato Mentugung/Vorsorgevollmacht)

Welche Scores wären gut geeignet

zur Beurteilung von REHA-Potential und Outcome?

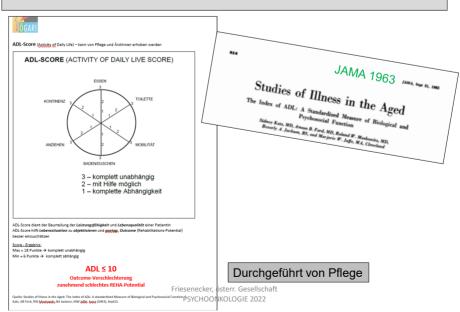
- ADL Score durchgeführt von <u>Pflege</u> bei Aufnahme auf Station oder AnästhesistIn in der Anästhesie -Ambulanz im Rahmen des Vorbereitens
- Frailty Score durchgeführt von AnästhesistIn im Rahmen des Vorbereitens, InternistIn, ChirurgIn, HNO, Kiefer, Plastik, etc... → ALLE ÄrztInnen!

Diese Scores schlägt die ARGE Ethik der ÖGARI auch in ihrer SOP/Checkliste zur Triage vor, um zu vermeiden, dass nur nach dem Alter triagiert wird – so geschehen in Bergamo und Frankreich in der ersten Pandemiewelle!

→ hier allerdings als "hartes Entscheidungsinstrument"

PSYCHOONKOLOGIE 2022

ADL-Score (Activity of Daily living)



Frailty - Scale (Gebrechlichkeit)



Clinical Frailty Scale (CSF), Rockwood 7 Pkt CFS Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale 1 Very fit — robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age 2 Well — without active disease, but less fit than people in 3 Well, with treated comorbid disease — disease symptoms are well controlled compared with those in category 4 Apparently vulnerable - although not frankly dependent, these people commonly complain of being "slowed up" or have disease symptoms Mildly frail - with limited dependence on others for instrumental activities of daily living 6 Moderately frail — help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living 7 Severely frail — completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.

Rockwood K(1), Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. ACMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95.

Friesenecker, österr. Gesellschaft
(1)Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifatin, NSR, 2022



Frailty (Gebrechlichkeit)

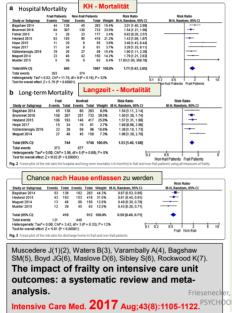
... ist ein Syndrom von gestörter physiologischer Reserve und erniedrigter Widerstandskraft gegen Stressfaktoren ...

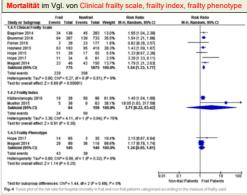
- Dalhousie Clinical frailty scale (Rockwood/Costa)
- Edmonton Frail Scale (EFT)
- ECOG Performance Status (Eastern Cooperative Oncology Group)
- Multidimensionaler Frailty Score
- The online Johns Hopkins Frailty Assessment Calculator
- etc....

Friesenecker, österr, Gesellschaf

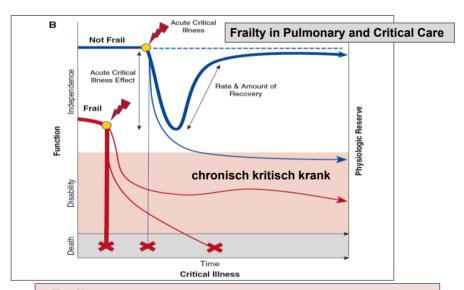
Fried LP, Hadley EC, Walston JD, et al. From bedside to bench research agenda for frailty. Sci Aging Knowledge Environ 2005; 2005: pe24.

Frailty und ICU - Mortalität





Klinisch gebrechliche PatientInnen haben erhöhtes Risiko für schlechtes Outcome, weil sie unter Exposition von Stressoren physiologisch vulnerabel sind. In dieser Studie zeigen wir ein significant erhöhtes Mortalitätsrisiko und schlechteres Outcome für kritisch kranke, gebrechliche PatientInnen.



Frailty → häufigere Exazerbationen, weniger Erholungstendenz, schnellerer Funktionsverlust, schnellerer Beginn der Hilfsbedürftigkeit Kürzeres Leben

Singer JP(1), Lederer DJ(2)(3), Baldwin MR(4). Erailty.in: Pulmonary and Critical Care Medicine.

Ann Am Thorac Soc. 2016 Aug;13(8):4394-404FR.

Chir. Pat. Frailty - ICU Outcome - ACP

Kritisch kranke, gebrechliche PatientInnen haben ein signifikant erhöhtes

Risiko für Mortalität und schlechtes Outcome

- Routine Erhebung von Frailty vor Aufnahme auf ICU ermöglicht Aussage über Prognose in Bezug auf Überleben und REHA-Potential
- Dies ermöglicht PatientInnen und ihren Familien RECHTZEITIG eine aufgeklärte Entscheidung über Therapieziele zu treffen, falls sie kritisch krank werden sollten.

Muscedere J(1)(2), Waters B(3), Varambally A(4), Bagshaw SM(5), Boyd JG(6), Maslove D(6), Sibley S(6), Rockwood K(7). The impact of **frailty** on **intensive care unit outcomes**: a systematic review and meta-analysis.

Intensive Care Med. 2017 Aug;43(8):1105-1122, page 1202.

zur **Vermeidung von Übertherapie** brauchen wir ein gutes **Gesamtkonzept**

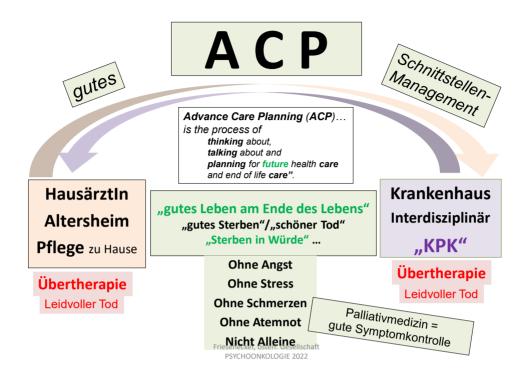
von HausärztIn ins KH und zurück:

- 1. Strategische Massnahmen im KH
 - Klinisches ETHIK-Komitee («breiter Rücken»; Handlungsvorschlag)
 - Umsetzung von Patientenverfügungsgesetz & neuem ErwSchG
- 2. KPK (Klinische Perspektivenkonferenz): RISIKOPATIENTINNEN
 - →gemeinsame Besprechung aller involvierten BehandlerInnen

ADL-Score (Activity of Daily Life) / Dalhousie Frailty Scale ...

3. Advance Care Planning (ACP) → niedergelassener Bereich

PSYCHOONKOLOGIF 2022



DANKE

das Sie mir zugehört haben!