

Übertherapie aus pflegerischer Perspektive

Ethik-Forum: Lebensschutz – Sterbensschutz – Übertherapie am Lebensende
25.11.2020 – Caritas Akademie Köln

Manuela Schallenburger, MSc



Perspektive Pflegekräfte

- (häufig) Hauptakteure in der direkten Patient*innenversorgung
- interprofessionelle Zusammenarbeit
- nehmen Übertherapien eher wahr

Überpflege?

- Schaden durch zu viel Fürsorge ist kaum vorstellbar
 - „minimal handling“
 - **Fortführen der medizinischen Therapie**
-

Pflege als Fortführen der medizinischen Therapie

- Durchführung ärztlicher Anordnungen -> keine aktive Einbeziehung in den Entscheidungsprozess
- eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich -> beeinflusst durch medizinische Vorgaben
- möglicherweise gegen eigene Überzeugungen

Überpflege?

- Schaden durch zu viel Fürsorge ist kaum vorstellbar
 - „minimal handling“
 - Fortführen der medizinischen Therapie
 - **Rituale**
-

Pflege als Ritual

- „Das haben wir immer schon so gemacht.“
- Umdenkprozess -> kritisches Hinterfragen und reflektieren
- Krankenhausalltag - Tagesablauf

Überpflege?

- Schaden durch zu viel Fürsorge ist kaum vorstellbar
 - „minimal handling“
 - Fortführen der medizinischen Therapie
 - Rituale
 - **Selbstzweck**
-

Pflege als Selbstzweck

- Wahrnehmung der Pflege in der Öffentlichkeit bzw. in der Einrichtung
- äußeres Erscheinungsbild der Patient*innen

Überpflege?

- Schaden durch zu viel Fürsorge ist kaum vorstellbar
 - „minimal handling“
 - Fortführen der medizinischen Therapie
 - Rituale
 - Selbstzweck
 - **Ressourcennutzung**
-

Pflege ohne Nutzung von Patientenressourcen

- Aktivitäten des täglichen Lebens – Unterstützung vs. Übernahme
- Zeit- und Personalmangel

Überpflege!

- Einfluss auf den Genesungsprozess -> weitere Komplikationen
- **weniger** übertriebene Fürsorge, unreflektiertem Handeln, Rituale
- **mehr** Selbstvertrauen, Selbstreflexion, individualisierte Pflege

Intensivbereich

- schwer kranke, vital bedrohte Patient*innen
- Grenzen pflegerischen und ärztlichen Handelns verschwimmen
- Therapiebeschränkungen von lebenserhaltenden Maßnahmen gehen Sterbefällen voraus
- 25% befragter ITS-Mitarbeiter nehmen nicht angemessene Therapien wahr

Intensive Care – Palliative Care

- Bekämpfung lebensbedrohlicher Entwicklungen vs. Annahme einer lebensbegrenzenden Krankheitssituation
- 10 bis 20% der im Krankenhaus verstorbenen Patienten lagen zuletzt auf einer Intensivstation (ITS)
- Zunehmend Aufnahme von multimorbiden, älteren Patient*innen

Intensive Care - Palliative Care

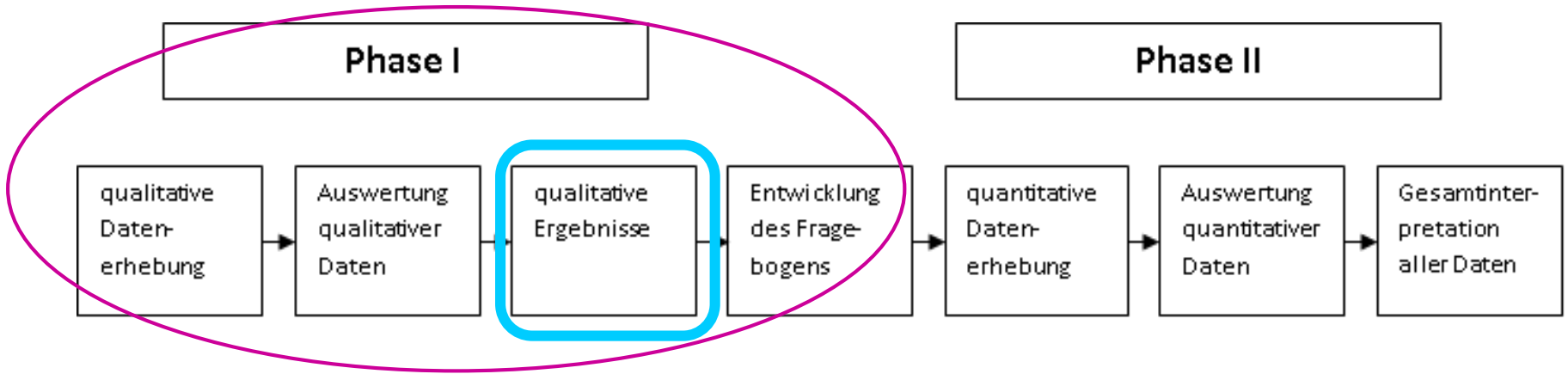
... ein Beitrag zur Vermeidung von Übertherapie am Lebensende?

Intensive Care - Palliative Care

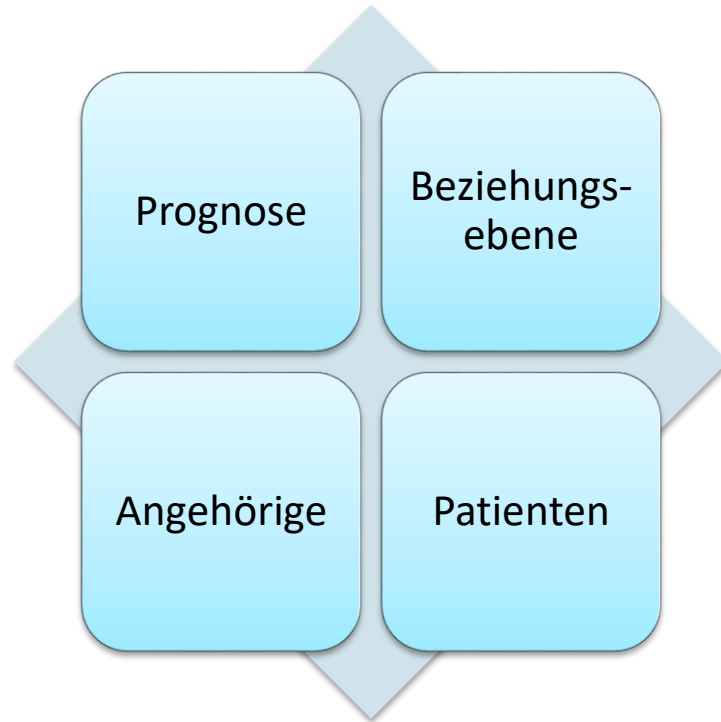
Fragestellung:

Welche Eigenschaften von Patienten auf einer Intensivstation können zu einer Palliativkonsultation durch betreuende Pflegekräfte führen und in wie weit werden die benannten Eigenschaften als Triggerfaktoren anerkannt?

Intensive Care - Palliative Care



Intensive Care - Palliative Care



Intensive Care - Palliative Care

„In der Akutmedizin gibt es kein Platz für Sterbende“

„manchmal haben wir 100 % Beatmung“

„Ich habe noch keinen Patienten erlebt, der [...] im kritischen Zustand hier [her kam], wo in irgendeinem Satz erwähnt wurde, wollen Sie das“

„Dies wollte er nicht mehr und wir [Angehörige] auch nicht mehr. Und dann hat man aber leider [alles] schon in Bewegung gebracht und der Rückzug ist dann umso schwerer“

Maximal-/ (Über-) therapie

„In der Akutmedizin gibt es kein Platz für Sterbende“

„manchmal haben wir 100 % Beatmung“

„Ich habe noch keinen Patienten erlebt, der [...] im kritischen Zustand hier [her kam], wo in irgendeinem Satz erwähnt wurde, wollen Sie das“

„Dies wollte er nicht mehr und wir [Angehörige] auch nicht mehr. Und dann hat man aber leider [alles] schon in Bewegung gebracht und der Rückzug ist dann umso schwerer“

Intensive Care - Palliative Care

„Und ne Woche später [...] wieder Maximaltherapie und fangen von vorne an“

„Pflege in der Regel konsequenter ist zu sagen, wo die Grenzen sind [...] die sind, die dann [...] die Sterbebegleitung mit den Angehörigen und mit dem Patienten selber leisten“
„einfach selber an seine ethischen Grenzen kommt“

Inkonsequenz

„Und ne Woche später [...] wieder Maximaltherapie und fangen von vorne an“

„Pflege in der Regel konsequenter ist zu sagen, wo die Grenzen sind [...] die sind, die dann [...] die Sterbebegleitung mit den Angehörigen und mit dem Patienten selber leisten“
„einfach selber an seine ethischen Grenzen kommt“

Intensive Care - Palliative Care

„sind [früher] nicht so weit in der Medizin gegangen und es hatte alles noch ein etwas natürlicheres Ende“

„wenn ich jetzt die Entscheidung treffen müsste, denke ich mir, so einfach ist das nicht“

„um einfach jemanden anderen auch mal mit ins Boot reinzuholen“

„sich zumindest zu reflektieren, was sie da tun“

„Die Frage wo hören wir auf ist immer so lapidar gestellt.“

Unterstützung

„sind [früher] nicht so weit in der Medizin gegangen und es hatte alles noch ein etwas natürlicheres Ende“

„wenn ich jetzt die Entscheidung treffen müsste, denke ich mir, so einfach ist das nicht“

„um einfach jemanden anderen auch mal mit ins Boot reinzuholen“

„sich zumindest zu reflektieren, was sie da tun“

„Die Frage wo hören wir auf ist immer so lapidar gestellt.“

Intensive Care - Palliative Care

- Pflegevisite (kollegiale Beratung)
 - Multiplikatoren unter den ITS Pflegekräften
 - Pflege als Triggerfaktor
-

Onkologie

- belastende Tumortherapien trotz weit fortgeschrittenem Krankheitsverlauf
- Hoffnung – Realität – Auseinandersetzung
- stärkere Symptombelastung – schlechtere Lebensqualität

Onkologie- Palliative Care

... ein Beitrag zur Vermeidung von Übertherapie am Lebensende?

Onkologie- Palliative Care

- „early integration“
- offene und ehrliche Kommunikation
- Absprache von Therapiezielen -> Therapiebegrenzungen
- „klug entscheiden“

Unterversorgung

v.a. in der letzten Lebensphase -> nicht alle belastenden Symptome werden erfasst und indizierte Maßnahmen zur Linderung fehlen

„klug entscheiden“ - Positivempfehlungen

1. **Erfassung von Bedürfnissen und Belastungen:** körperliche, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse und Bedarfe sowie Informationsbedürfnisse von Patienten und Angehörigen sollen wiederholt erfasst werden
2. **Informationen und Unterstützungsangebote:** Patienten sollen bei Diagnose einer inkurablen Grunderkrankung Informationen über palliative Behandlungskonzepte erhalten und bei Bedarf entsprechend angeboten bekommen
3. **Vorausschauende Versorgungsplanung:** Patienten sollen frühzeitig das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten; bei Veränderungen im Verlauf sollen wiederholte Gesprächsangebote stattfinden.
4. **opioibedingte Obstipation:** Laxanzien sollen routinemäßig zur Behandlung oder Vorbeugung opioibedingter Obstipation verordnet werden
5. **Belastungen in der Sterbephase:** Angst soll regelmäßig evaluiert werden, hierbei soll auf verbale und nonverbale Hinweise wie Unruhe, Schwitzen, Mimik oder Abwehrreaktion geachtet werden; bei Unruhe sollen mögliche Ursachen wie z.B. Schmerz, Obstipation, Harnverhalt, Atemnot, Angst, Delir bestimmt werden

„klug entscheiden“ - Negativempfehlung

Therapiebegrenzung in der Sterbephase: alle medizinische, pflegerische und physiotherapeutische Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet werden

Literatur

Alt-Epping B. Klug entscheiden am Lebensende : Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). *Der Internist* 2017; 58 (6), S. 575–579.

Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schröder S, Michalsen A, Dey K, Riessen R, Jaschinski U, Ragaller M, Bercker S, Briegel J, Spies C, Schwarzkopf D. Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life care“. *Der Anaesthesist* 2018

Mueller-Busch C. Palliativmedizin und Sterben auf der Intensivstation - kein Widerspruch. *DIVI* 2013; 4(1), 22–27.

Polit DF, Beck CT. Nursing Research. 9. ed., Internat. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Thöns M, Sitte T. Übertherapie am Lebensende. In: *Intensiv: Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie* 2019; (4), S. 208–214.

van Oorschot, B. Krebs im Endstadium. Überengagierte Versorgung am Lebensende. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2018;(2).

Wohlmannstetter M. Überpflege – gibt es das auch?. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2019; 114: 202-206

**Vielen Dank fürs
Zuhören!**

Haben Sie Fragen?



manuela.schallenburger@med.uni-
duesseldorf.de

