



Ethische Herausforderungen bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz

Sonja Fruhwald
Klinische Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin 2
LKH Universitätsklinikum Graz
sonja.fruhwald@medunigraz.at



Interessenskonflikte



- ▶ Keine kommerziellen!
- ▶ Aufgrund meiner Tätigkeit als Leiterin des Klinischen Ethikkomitees des LKH Universitätsklinikum Graz bin ich allerdings gebiased was die Bedeutung der Ethik in der klinischen Tätigkeit betrifft.

„Volkskrankheit“ Herzinsuffizienz

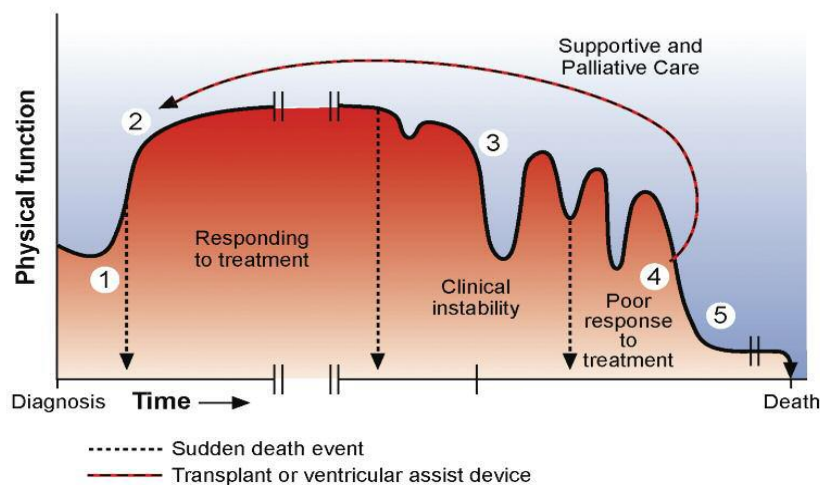


- ▶ Die Herzinsuffizienz ist der häufigste Grund für KH Aufnahmen
- ▶ Zwischen 2000 und 2019 nahm die Anzahl der Patient*innen um 40% zu
- ▶ Anzahl der Todesfälle sinkt – Herzkreislauferkrankungen machen 35,7% aus
- ▶ Krankenhausaufenthalte
 - ▶ 2019 -> 487.247 Krankenhausaufenthalte wegen Herzinsuffizienz (Deutschland)
 - ▶ 2020 -> 24 000 Hospitalisierungen (Österreich)
- ▶ ICU Aufnahmen steigen – generell um 3%/Jahr
- ▶ Zahl der > 65 jährigen die eine ICU Therapie brauchen stieg 3x so schnell wie die Zahl der KH-Todesfälle

<https://www.vorsorge-online.de/herzbericht-2020-mehr-erkrankte-geringere-sterblichkeit>

McDonagh TA et al. ESC Guidelines diagnosis and treatment of acute and chronic HF.. Eur J Heart Fail 2022

Herzinsuffizienztherapie ≠ Heilung



Modified from Goodlin SJ10, JACC 2009

Nur ca. 7% der Patient*innen mit HI versterben unter Einbindung der Palliativmedizin – im Vergleich dazu sind es ca. 50% der onkologischen Patienten



- ▶ **Problem 1:** falsche Definition des Begriffes
- ▶ Palliativmedizin hat das Ziel Patient*innen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen mit einer symptomorientierten Therapie zu versorgen.
- ▶ Mit Unterstützung eines multidisziplinären Team gelingt es die medizinischen, sozialen, psychischen und spirituellen Probleme/Bedürfnisse der Patient*innen und ihrer Angehörigen am „Lebensende“ zu lindern.
- ▶ Um dieses Problem zu umgehen wird zunehmend von einer supportiven Therapie gesprochen und erst in den letzten Phase des Lebens von einer Palliativtherapie

Allen L et al. Palliative care for pts with advanced HF: Indication and systems of care. Up to date 2022

WHO 2002

Lebensende ≠ Sterbephase



- ▶ **Rehabilitationsphase:** Die Erkrankung schreitet fort, die Patient*innen können jedoch weitgehend normal am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Die Lebenszeit Monate - Jahre.
- ▶ **Präterminalphase:** Lebenszeit Wochen – Monate. Das Fortschreiten der Erkrankung ist nicht mehr aufzuhalten. Symptomkontrolle, Unterstützungsbedarf steigt, körperliche Aktivität nimmt ab. „Jetzt brennt der Hut“
- ▶ **Terminalphase:** Tage-Wochen. Handlungsfähigkeit stark beeinträchtigt. Sowohl Phasen des Rückzuges, aber auch der Ruhelosigkeit werden beobachtet.
- ▶ **Final- oder Sterbephase:** ist der eigentliche Sterbeprozess, beginnt Stunden bis Tage vor dem Tod.

Jonen-Thielemann I. Zeitschrift für Palliativmedizin S1, 1. Jg., Sept 2000, S21; M1.1

Problem 2: Die Angst mit leeren Händen da zu stehen



Fehleinschätzung



Wissensdefizit

Fehleinschätzung führt häufig zur Übertherapie



- ▶ Leben retten/erhalten nicht um jeden Preis: bei fehlender Indikation ist das aber ethisch und juristisch nicht gerechtfertigt → Folge Übertherapie
- ▶ Prognose schön reden → Übertherapie
- ▶ **Sunk cost effect:** eine einmal getroffene Therapieentscheidung wird beibehalten
 - ▶ „weil sonst alles umsonst gewesen wäre“
 - ▶ „aus Respekt vor dem Arzt/Ärztin der/die sich so viel Mühe gemacht hat“
 - ▶ „zum Wohle des Patienten anstatt des Patientenwohl – die für den Patienten bestmögliche Therapie anzubieten“
- ▶ **Omission bias:**
 - ▶ Stirbt ein Patient nachdem Therapie limitiert wurde erscheint das subjektiv schlimmer (withhold/withdraw)
 - ▶ Sorge angreifbar zu sein

Wissensdefizit verursacht Übertherapie



- ▶ Es gibt zwar einige Paper zur Einbindung der Palliativmedizin in die Kardiologische Patientenversorgung, aber
- ▶ Ethische Informationen fehlen
- ▶ es wird ein potentiell bestehendes Wissensdefizit in Kauf genommen oder
- ▶ durch Aussagen wie die folgende sogar verstärkt: "Wenn die Bitte eines Patienten, den ICD zu deaktivieren, mit der Vorstellung des Klinikers von Fürsorge und Nichtschaden kollidiert, sollte der Kliniker dieses ethische Dilemma lösen."

Allen L et al. Palliative care for pts with advanced HF: Indication and systems of care. Up to date 2022

Sobanski PZ et al. Cardiovascular Research 2020

Basiswissen ethischen Verpflichtungen

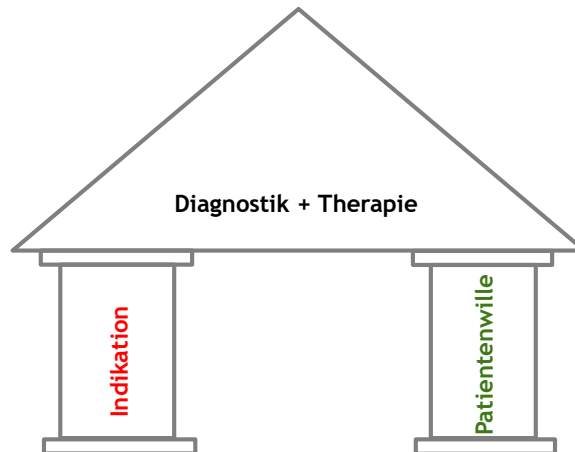


- ▶ Im Sinne der **Schadensvermeidung** ist unsere ethische Verpflichtung eine nicht zielführende Therapie zu beenden, bzw sie gar nicht zu beginnen (klare Kosten/Nutzenrechnung)
- ▶ Im Sinne der **Fürsorge** sind wir verpflichtet die Bedürfnisse des Patienten (Patientenwohl) zu evaluieren
- ▶ Der **Respekt vor der Autonomie** verpflichtet uns mit unseren Patienten End of Life Gespräche zu führen und die Patienten in die Therapieentscheidungen einzubinden
- ▶ Die **Gerechtigkeit** gebietet die vorhandenen Ressourcen gerecht zu verteilen



Georgetown Mantra 4 Prinzipien, Principles of Biomedical Ethics 1977

Basiswissen medizinische Überlegungen

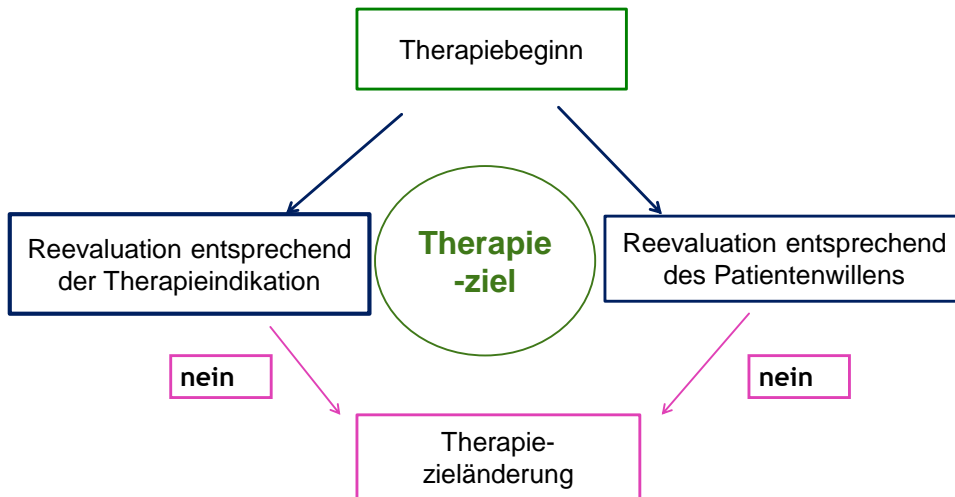


Therapieziele



- ▶ **Kurativ:**
 - ▶ Heilung oder das Erreichen einer guten Lebensqualität ohne wesentliche Einschränkungen
- ▶ **Erhaltend:**
 - ▶ Erreichen eines den Patientenvorstellungen entsprechenden Status (Definition der erforderlichen Lebensqualität und der tolerablen Einschränkungen durch den Patienten) – zB durch LVAD Implantation
- ▶ **Verzögernd:**
 - ▶ Der Tod des Patienten wird für eine gewisse Zeit hinausgezögert, zB Dialyse zur Verabschiedung oder um letzte Belange zu regeln
- ▶ **Rein palliativ:**
 - ▶ Der Tod wird zugelassen, Sterbebegleitung durch optimierte Symptomkontrolle

Keine Therapie ohne Reevaluation



Herr M. geb. 1961



- ▶ Bekannte Kardiomyopathie mit progredienter Verschlechterung trotz optimaler medikamentöser Therapie, ICD/CRT Implantation
- ▶ HTX non poss
- ▶ 5.2016 LVAD Implantation bei terminaler Herzinsuffizienz als Destinationtherapie
- ▶ Die erhoffte Besserung tritt nicht ein - mehrfache stationäre Aufnahmen wegen rez. GI Blutungen, CKD 4...
- ▶ Bei der Kontrolle am 22.1.2018 ist er sehr verzweifelt, sein „Zustand“ ist nicht mehr lebenswert..

Herr M. geb. 1961



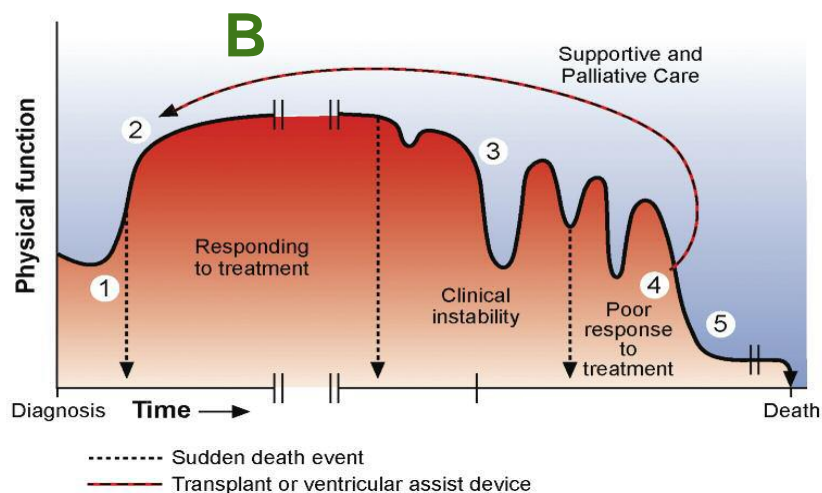
- ▶ Am 23.1.2018 am Nachmittag von einer Nachbarin aufgefunden – LVAD Alarm
- ▶ Patient lag in seiner Wohnung am Sofa. Alarm: LVAD Diskonnektion

- ▶ Rekonnektion, Rettungskette – Laienreanimation, Reanimation durch den Notarzt, nach ca. 20 min ROSC – als ROSC wurde der CO₂ Nachweis gewertet

- ▶ Was war der Grund für die Diskonnektion?

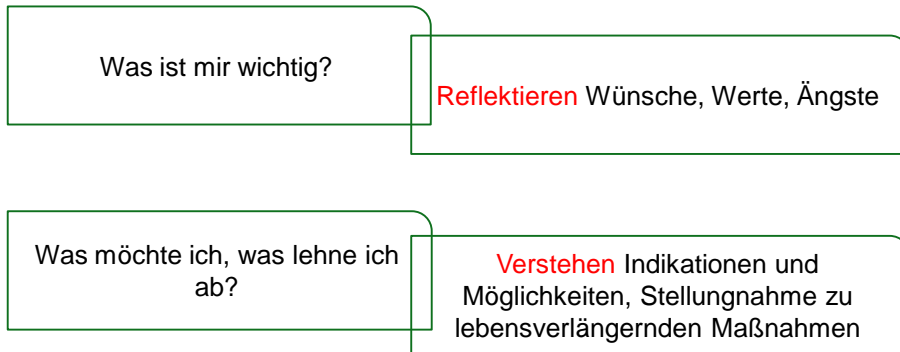
- ▶ Frailty – Chronic Critical Illness – Verzweiflung/Hilflosigkeit – Diskonnektion des VAD in suizidaler Absicht

Wie kann die Empfehlung der Guidelines funktionieren?



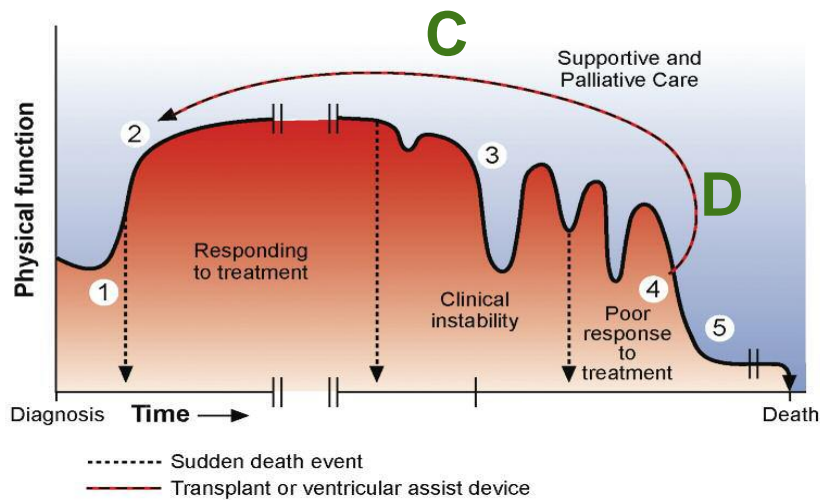
Modified from Goodlin SJ10, JACC 2009

Advance Care Planning (ACP)



Nach: In der Schmitt & Marckmann 2015a: 84

Wie kann die Empfehlung der Guidelines funktionieren?



m Goodlin SJ10, JACC 2009

ACP Teil 2



Kenne ich alle Möglichkeiten und habe ich sie verstanden?

Unklarheiten ausräumen und diskutieren mit den Personen die den Plan ausführen/mittragen müssen

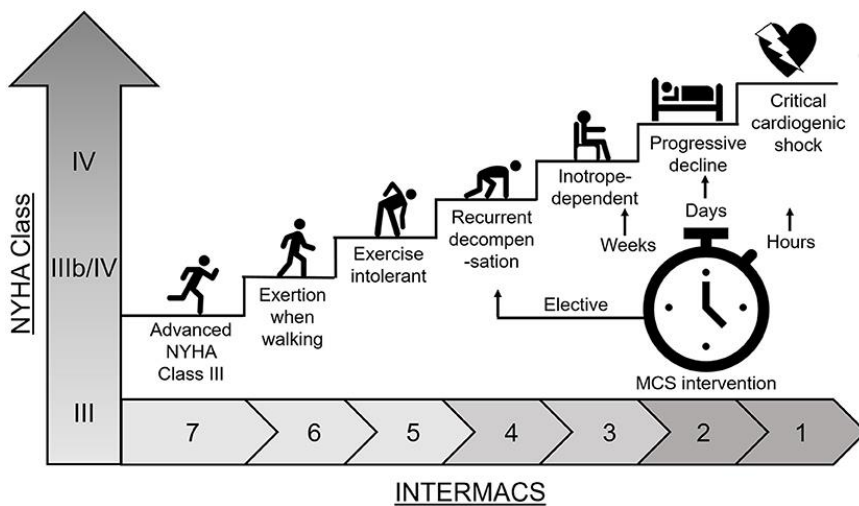
Wer spricht für mich?

Festlegen Bestimmung einer vertretungsberechtigten Person bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit

Nach: In der Schmitten & Marckmann 2015a: 84

Therapieziele:

kurativ/erhaltend → verzögernd → palliativ



Stadium D: Terminale Herzinsuffizienz



- ▶ Das Therapieziel ist palliativ, das ACP ist abgeschlossen
 - ▶ ein für alle Beteiligten akzeptabler Plan sollte erstellt sein
 - ▶ Hürden in der Umsetzung sollten ausgeräumt sein

- ▶ Mit Dauer der Erkrankung sinkt häufig der Wunsch nach einer aggressiven Therapie

- ▶ Die Patienten sind bereit mehr oder weniger Lebenszeit „herzugeben“ für den Erhalt von Lebensqualität

- ▶ Die Symptomkontrolle bekommt immer mehr Bedeutung - Comfort Terminal Care

Auriemma CL et al. JAMA 2014

Comfort Terminal Care



- ▶ Eine Verlängerung der Sterbephase ist nicht zulässig
 - ▶ ICD deaktivieren
 - ▶ ECMO/VAD terminales Weaning

- ▶ Festlegen der erlaubten/notwendigen Maßnahmen
 - ▶ Opioide als Analgesie, Therapie der Atemnot
 - ▶ Sedierungsmanagement bis hin zur palliativen Sedierung
 - ▶ Reduktion der Flüssigkeitszufuhr bei resp. Insuffizienz
 - ▶ kein Sauerstoff (verbessert nicht die Atemnot, verstärkt das Durstgefühl)
 - ▶ keine Laborkontrollen, kein Routinemonitoring

- ▶ Psychologische Betreuung der Angehörigen

Take Home: Übertherapie erkennen/vermeiden



- T** formuliere ein **Therapieziel**
- R** **Reevaluiere** das Therapieziel in regelmäßigen Abständen
- I** Die **Indikation** muss stimmen – Therapieziel muss erreichbar sein
- K** **Konsequenz** – jede Diagnostik/Therapie muss eine Konsequenz haben die uns dem Therapieziel näher bringt
- K** **Konsens** – stelle den Konsens mit der Patient*in sicher (aktueller/vorverfügter/mutmaßlicher Patientenwille)

Michalsen A et al: Positionspapier DIVI Überversorgung: Med Klin Intensivmed Notfallmed 2021

Take Home: Wenn Anpassungen des Therapieziels und begleitende Maßnahmen von Anfang an Hand in Hand gehen sind ihre Hände niemals leer



Danke für die Aufmerksamkeit



Nikon D 500, 9.2018