

## TLT -Fallbeispiel Chirurgie

<p><b>Knappe Beschreibung der individuellen Ausgangssituation</b>, Anlass, Beteiligte (interdisziplinär, interprofessionell, patientenseitig)</p>	<p>Patientin mit nekrotisierender Pankreatitis, multiple bislang kompensierte kardiale Vorerkrankungen Zwei Monate intensivmedizinische Behandlung mit rezidivierenden septischen Schüben Phasen der TAA, Kardioversion, Implantation eines passageren externen Schrittmachers Prolongiertes Beatmungswaning – Tracheotomie Offene Bauchbehandlung bei multiplen Darm-, Pankreas-Fisteln, Parenterale Ernährung, nach Etablierung eines stabilen Fistelsystems wäre nach erfolgter Genesung ein plastisch-rekonstruktiver Bauchdeckenverschluss notwendig akut auf chronisches Nierenversagen – umtägige Dialyse Erhöhte Transaminasen, Bilirubin 15mg/dl - undulierend, Gerinnung mäßig eingeschränkt Thrombosen in V. jugularis interna beidseits, ZVK/Shaldon -Anlagen gestalten sich zunehmend schwierig <b>Aktuell:</b> Erneuter septischer Schub mit weiteren Nekrosestraßen (CT), erneute Vigilanzminderung, erneute kardiale Dekompensation</p>
<p><b>Begründung für das TLT</b>, (ggf. Verweis auf ethische Fallbesprechung)</p>	<p>Im Gesamtkontext nahezu aussichtslose Situation</p>
<p><b>Festlegen der Kriterien</b>, an denen der Erfolg/Misserfolg des TLT im individuellen Fall bemessen wird</p>	<p>kardiale Rekompensation, Katecholaminbedarf, Verlauf Infektparameter, Verlauf Leberwerte- Gerinnung, Laktatverlauf</p>
<p><b>Dauer des TLT</b></p>	<p>5 Tage</p>
<p><b>Festlegen des Zeitpunktes für ein erneutes strukturiertes Angehörigengespräch</b></p>	<p>In 5 Tagen</p>
<p><b>Behandlungsoptionen</b></p> <p><b>geltende Therapiebegrenzungen</b>,</p> <p><b>Einbindung von palliativmedizinischen Teams</b></p>	<p>Da eine erneute interventionelle Drainage technisch unmöglich ist, nach kardialer Stabilisierung chirurgische Nekrosektomie als Ultima Ratio, ggf. Umstellung der Antibiose nach Befund, differenzierte Volumen- und Katecholamintherapie für den Zeitraum des TLT.</p> <p>Keine ECMO, Keine CPR</p> <p>Beginn palliativmedizinische Mitbehandlung</p>
<p><b>Tägliche Re-Evaluation</b> der Situation</p>	
<p><b>Entscheidung</b> im Verlauf oder zum vereinbarten Ende des TLT im Team-Konsens</p>	<p><b>Verbesserung:</b> → Therapie fortführen <b>Keine Änderung/Verschlechterung</b> der klinischen Situation: →Therapiezieländerung</p>

## Fallbeispiel Innere Medizin

<p><b>Knappe Beschreibung der individuellen Ausgangssituation</b>, Anlass, Beteiligte (interdisziplinär, interprofessionell, patientenseitig)</p>	<p>Patient mit Rezidiv einer malignen hämatologischen Erkrankung, Knochenkarzinose, palliative Situation mit unklarer Lebenszeit unter erneuter Chemotherapie</p> <p><b>Intensivstation:</b> Intubiert, invasiv beatmet, bei enoraler Blutung, Sedierte, presst, mehrfach kurze Reanimation im Rahmen von Hypoxiephasen hochdosiert Katecholamine, Sepsis, ANV, Leberversagen</p> <p>aktuell ist eine Chemotherapie als palliative Behandlung der Grunderkrankung nicht möglich</p> <p><b>aktuell:</b> erneute Sepsis bei Pneumonie, Verschlechterung der Beatmungssituation Panzytopenie</p>
<p><b>Begründung für das TLT</b>, (ggf. Verweis auf ethische Fallbesprechung)</p>	<p>Nahezu Aussichtslosigkeit auf Heilung</p> <p>Eine Therapie der Grunderkrankung ist nicht möglich ggf. falls Stabilisierung ist eine Chemotherapie möglich, aber weiterhin schlechte Prognose mit unklarer Lebenszeit, mit Risiko der erneuten Immunsuppression und Sepsis</p>
<p><b>Festlegen der Kriterien</b>, an denen der Erfolg/Misserfolg des TLT im individuellen Fall bemessen wird</p>	<p>Verlauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Katecholaminbedarf,</li> <li>- Infektparameter,</li> <li>- Leberwerte- Gerinnung,</li> <li>- Laktatverlauf</li> </ul>
<p><b>Dauer des TLT</b></p>	<p>5 Tage</p>
<p><b>Festlegen des Zeitpunktes für ein erneutes strukturiertes Angehörigengespräch</b></p>	<p>In 5 Tagen</p>
<p><b>Behandlungsoptionen</b>,</p> <p><b>geltende Therapiebegrenzungen</b>,</p> <p><b>Einbindung von palliativmedizinischen Teams</b></p>	<p>Eskalation Antibiotikatherapie Invasive Beatmung, Lagerung,</p> <p>Transfusion, Granulozyten stimulierender Faktor (GCSF)</p> <p>keine ECMO, keine Reanimation</p> <p>Beginn palliativmedizinische Mitbehandlung</p>
<p><b>Tägliche Re-Evaluation</b> der Situation</p>	
<p><b>Entscheidung</b> im Verlauf oder zum vereinbarten Ende des TLT im Team-Konsens</p>	<p><b>Verbesserung:</b> → Therapie fortführen</p> <p><b>Keine Änderung/Verschlechterung</b> der klinischen Situation: → Therapiezieländerung</p>

TAA: Tachyarrhythmia absoluta

CT: Computertomografie

ECMO: Extracorporale Membranoxygenierung