

Diplomarbeit

**„End-of-life decisions“
Therapiezieländerung auf der Intensivstation**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt an der

Univ.-Klinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker

eingereicht von

Maria Bangerl

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Maria Bangerl, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

Englische Fassung:

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Maria Bangerl, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	4
2. Abstract	5
3. Eigenleistung	6
4. Einleitung	7
4.1 Zustandekommen eines Behandlungsvertrags	7
4.2 Die/der einsichts – und urteilsfähige PatientIn	8
4.3 Die Patientenverfügung und Möglichkeiten der Vertretung durch eine andere Person	8
4.4 Modelle der Entscheidungsfindung	10
4.5 Handeln im besten Interesse der/s PatientIn vs. „Leben um jeden Preis“	11
4.6 Intensive Care Unit (kurz ICU) im Wandel der Zeit	11
4.7 Primum nil nocere ?	12
4.8 Tabuthema Tod	13
4.9 „Die Älteren“ auf der ICU	14
4.10 Therapiezieländerung	14
4.11 Sorgfältige Dokumentation	15
4.12 Die ETHICUS-Studie	15
4.13 Einführung eines Dokumentationsblatts auf der ACI	16
4.14 Begriffe der Therapiezieländerung	16
4.15 Die Beteiligten im Entscheidungsprozess	18
4.16 Widerrufung einer Therapiezieländerung	18
4.17 Woran erkennt man den Beginn des Sterbeprozesses?	19
4.18 „Richtigkeit“ der Prognoseeinschätzung bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende	19
4.19 Eigene Fragestellung und Zielsetzung	20
5. Material und Methoden	22
5.1 Ethikkommissionserklärung und Studiendesign	22
5.2 Beschreibung des Landeskrankenhauses Innsbruck –Universitätskliniken	22
5.3 SAPS, TISS, ASA und MODS-Scoring	22
5.4 Gruppierung der PatientInnen	23
5.5 Primäre und sekundäre Endpunkte	24
5.6 Statistische Methoden und Datenanalyse	24
6. Ergebnisse	26
6.1 PatientInnencharakteristika	26
6.2 Verlauf auf der ICU	29
6.3 Gründe für eine Therapiezieländerung	31
6.4 Aufschlüsselung der Therapiezieländerung	33
6.5 Kommunikation und Dokumentation der Entscheidung	34
7. Diskussion	37
7.1 Komorbiditäten bei Aufnahme	37
7.2 Rolle der Aufnahmemodalität	37
7.3 Aufenthaltsdauer und Komplikationen	38
7.4 Sterben auf der ACI	38
7.5 ACI – wo geht es hin?	39
7.6 Begründung einer TZÄ	39
7.7 Kommunikation und Dokumentation	41
7.8 Kritikpunkte	42
8. Konklusion	42
8.1 Abschlussgedanken	43
9. Literatur	45
10. Danksagung	47
11. Anhang	48
11.1 Dokumentationsblatt „Therapiezieländerung“	48
11.2 Dokumentationsblatt „MODS“	49
11.3 Stellungnahme auf Anfrage der ÖGARI von Hrn. Priv.-Doz. Dr. Wallner Jürgen, MBA	49

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Moderne Intensivmedizin macht es uns heute oft schwer, angesichts schier unbegrenzter medizinisch/technischer Möglichkeiten eine menschlich sinnvolle Medizin bei schwerst kranken PatientInnen zu praktizieren. Es ist oft nicht leicht, den Punkt zu erkennen, ab dem wir nur mehr Leiden verlängern und Sterben hinauszögern. Wenn das primäre Therapieziel, die/den PatientIn zu heilen beziehungsweise in ein gutes, selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zurückzubringen, realistischer Weise nicht mehr erreicht werden kann, ist es unsere ärztliche Aufgabe das Therapieziel zu ändern und die/den PatientIn im Rahmen einer guten palliativmedizinischen Komforttherapie (d.h. ohne Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot) ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

Material und Methoden

Im Zuge dieser retrospektiven Studie wurden Daten von 260 stationär aufgenommenen PatientInnen zwischen März und Dezember 2014 an der Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin (ACI) analysiert. Diese wurden in zwei Gruppen unterteilt: PatientInnen mit (n=47) und ohne (n=213) eine Therapiezieländerung (TZÄ). Verglichen wurde: Alter und Komorbiditäten bei Aufnahme, Aufnahmemodus, Aufenthaltsdauer, Ableben während des Aufenthalts, Begründung, Kommunikation und Dokumentation einer TZÄ.

Ergebnisse

PatientInnen, welche im Verlauf eine TZÄ erhielten waren bei Aufnahme rund 8 Jahre älter, als jene PatientInnen ohne (72,4 vs. 64,6 Jahre; $p=0,001$). Sie haben einen höheren SAPS 3-Wert (57,9 vs. 78,2 Punkte), ein schlechterer ASA (3,7 vs. 4,2) und MODS (6,4 vs. 8,6) ($p<0,001$). Bei notfallmäßiger Aufnahme auf die Station erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für eine TZÄ um das 5-fache im Vergleich zur elektiven Aufnahme.

Im Zuge eines Aufenthalts von mehr als 21 Tagen steigt die Wahrscheinlichkeit für eine TZÄ um das 2-fache, bei mehr als 30 Tagen um das 3,5-fache, nach 50 Tagen sogar auf das 12-fache ($p<0,001$).

Im Beobachtungszeitraum verstarben insgesamt 35 PatientInnen, davon 32 mit TZÄ.

Häufige Begründungen für eine TZÄ sind das Vorliegen eines Multiorgandysfunktionssyndroms (50 %), einer schweren chronischen Erkrankung (48 %) und die Ausschöpfung der Maximaltherapie (33 %).

Konklusion

Eine gut dokumentierte Therapiezieländerung ist bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende ein hilfreiches und unersetzliches Instrument für die palliativmedizinische Betreuung eines schwerstkranken Menschen. Eine Therapiezieländerung kann bei weit fortgeschrittenen, terminalen Krankheitsbildern ein Hinauszögern von Leid verhindern und den Weg für einen Sterbeprozess in Würde ebnen.

2. Abstract

Background

In modern Intensive Care Units (ICU), with advanced technical possibilities in life sustaining treatment, doctors have to face ethical dilemmas in end-of-life decisions. We have the challenging task to recognize the point where we just prolong suffering and the process of dying in chronically ill patients. If the primary therapeutic goal of curing the patient and enabling them to return to a self-determined and independent life is no longer feasible, it is the doctor's task to redefine the goal of therapy towards palliation and Comfort Terminal Care (i.e. dying without fear, distress, pain and dyspnea) and allow a dignified end of life. The aim of this study is giving insight on the prevalence of treatment limitation and identifying medical indicators that coincide with treatment limitations.

Material and Methods

In this retrospective data analysis, a sample of 260 patients, who were admitted to the General Surgical Intensive Care Unit from March to December 2014, were included. They were divided into two subgroups: patients with limitation of life sustaining treatment. (n=47) and without limitation (n=213). The variables compared between the subgroups comprise age, comorbidities at admission, emergency or elective admission, length of stay, death during stay and reasons, communication and documentation of end-of-life decisions.

Results

Patients who had a limitation of treatment were about 8 years older (72,4 vs. 64,6 years; $p=0,001$). They had a higher SAPS 3-Score (57,9 vs. 78,2 points), a higher ASA (3,7 vs. 4,2) and MODS-Score (6,4 vs. 8,6) ($p<0,001$). Emergency admission increased the probability to get a limitation of treatment during the stay by the factor of 5 compared to an elective admission. If the patient stayed longer than 21 days the probability to get a limitation of treatment increased by a factor of 2, longer than 30 days by a factor of 3.5 and longer than 50 days even by a factor of 12 ($p<0,001$).

During the investigation period 35 patients died, 32 with a limitation of treatment. Frequently given reasons for limitation of treatment were Multi Organ Dysfunction Syndrome (50 %), severe, chronic illness (48 %) and non-responsiveness to maximal therapy (33 %).

Conclusion

Patients in modern Intensive Care Units don't die unless they are "allowed to". Risk factors leading to a prolonged stay and hence increased mortality are advanced age in combination with a high SAPS, ASA and MODS – score as well as emergency admission. A well documented and executed limitation of treatment is a useful and irreplaceable tool in palliative care of terminally ill patients, as it can prevent prolonged suffering and allow a terminally ill patient to die in dignity (i.e. without pain, stress, fear, breathlessness and not alone).

3. Eigenleistung

Folgende Punkte wurden im Zuge dieser Diplomarbeit selbstständig erarbeitet:

- Recherche der einschlägigen Literatur
- Verfassen des Ethikkommissionsantrags
- Erstellen der Case Report Forms
- Eintragen der PatientInnendaten in die Case Report Forms
- Statistische Auswertung der erhobenen Daten im SPSS und Besuch des freien Wahlfachs „Statistik für DiplomandInnen“
- Erstellen der Ergebnistabellen und Grafiken
- Verfassen der Diplomarbeit

4. Einleitung

Moderne Intensivmedizin macht es uns heute oft schwer, angesichts schier unbegrenzter medizinisch/technischer Möglichkeiten eine menschlich sinnvolle Medizin bei schwerst kranken PatientInnen zu praktizieren. Es ist oft nicht leicht, den Punkt zu erkennen, ab dem wir unter Ausschöpfung aller technischen Möglichkeiten nur mehr Leiden verlängern und Sterben hinauszögern, weil wir zwar oft über lange Zeit Leben erhalten können, aber dann doch nicht in der Lage sind die/den PatientIn in ein gutes, selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zurückzubringen. Das Therapieziel, das es für jede/n einzelne/n PatientIn zu definieren gilt, ist Basis jeglicher medizinischen Indikation und Grundvoraussetzung dafür, dass es im gegenseitigen Einvernehmen zwischen der ÄrztIn/dem Arzt und der/dem PatientIn zu einem Behandlungsvertrag und letztendlich zu einer Behandlung kommt. Primäres Ziel ist es natürlich die/den PatientIn zu heilen und zurück in ihr/sein vorheriges Leben zu bringen. Sollte dies nicht möglich sein, ist es umgekehrt auch unsere ethische Verpflichtung und zutiefst ärztliche Aufgabe Leiden nicht zu verlängern und Sterben nicht hinauszögern. Im Gegenteil - ebenso wie Heilung zu erzielen - ist es auch unsere Aufgabe rechtzeitig zu erkennen, wann dies nicht mehr möglich ist, das Therapieziel zu ändern und die/den PatientIn im Rahmen einer guten palliativmedizinischen Komforttherapie (d.h. ohne Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot) ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Im Rahmen dieser Diplomarbeit untersucht eine retrospektive Datenanalyse aus dem Jahr 2014, wie auf einer großen, anästhesiologisch geführten, chirurgischen 12-Betten Intensivstation kurz nach Vorstellung eines Therapiezieländerungsformulars durch die ARGE Ethik der ÖGARI (Arbeitsgruppe „Ethik in der Intensivmedizin“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) mit Tod und Sterben umgegangen wird, wie gut Therapiezieländerungen dokumentiert sind und wie getroffene Entscheidungen kommuniziert werden.

4.1 Zustandekommen eines Behandlungsvertrags

Das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages zwischen der Ärztin/dem Arzt und der/dem PatientIn basiert im Wesentlichen auf zwei Säulen: Der medizinischen Indikation, welche die Ärztin/der Arzt stellt, und der Einwilligung der/s einsichts- und urteilsfähigen PatientIn. Dies ermöglicht einerseits PatientIn das Recht auf Selbstbestimmung und damit auch das Recht medizinische Behandlungen gänzlich oder teilweise abzulehnen(1), andererseits wird aber dieser Wille bzw. die Forderung von PatientIn auf Behandlung nichtig, wenn es keine medizinische Indikation mehr gibt.(2) Nur wenn es den Wunsch von der/dem PatientIn auf Behandlung und auch gleichzeitig eine medizinische Indikation gibt, wird ein gemeinsames Therapieziel definiert, welches zunächst ganz allgemein dem Prinzip, Leben zu

erhalten und Gesundheit wiederherzustellen, folgt. Unter diesen Voraussetzungen findet die Behandlung statt. Kann das angestrebte Therapieziel (z.B. vollständige Genesung) nicht erreicht werden (z.B. die/der PatientIn ist entgegen primärer Annahme nicht heilbar - weswegen ab einem bestimmten Zeitpunkt damit auch die Indikation für die Fortführung einer Therapie wegfällt) oder die/der PatientIn hat die Meinung geändert und wünscht keine Fortsetzung einer z.B. sehr belastenden Therapie, so wird im Rahmen einer Therapiezieländerung das ursprüngliche Therapieziel umdefiniert und es steht die Palliation (möglichst großer PatientInnenkomfort und Symptomlinderung mit guter, menschlicher Begleitung) im Vordergrund ärztlicher Bemühungen. Letztendlich ist im Rahmen einer Komforttherapie (Comfort Terminal Care; CTC) die Ermöglichung eines „guten Sterbens“, eines „Sterbens in Würde“ (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und nicht alleine) unsere zutiefst ärztliche Aufgabe.

4.2 Die/der einsichts – und urteilsfähige PatientIn

Laut Definition im österreichischen Gesetzestext gelten folgende Personen als einsichts- und urteilsfähig und somit zur Einwilligung in eine medizinische Heilbehandlung berechtigt: „Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist die Fähigkeit, Grund, Bedeutung und Tragweite einer Heilbehandlung zu verstehen und den eigenen Willen danach zu bestimmen. Das bedeutet, dass auch die Folgen der Zustimmung zu einer Heilbehandlung oder deren Weigerung der Heilbehandlung abgeschätzt werden können.“(3)

Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit einer/s PatientIn ist von den behandelnden ÄrztInnen im Einzelfall zu beurteilen. Hierbei sind Faktoren wie Persönlichkeit, Gesundheitszustand, Alter und geistige Reife jedenfalls zu berücksichtigen. Das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit wird ab dem vollendeten 14. Lebensjahr gesetzlich angenommen.(3)

In der Medizin finden sich jedoch immer wieder Szenarien, in denen die/der PatientIn nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu sprechen: In der Notfallsituation und auf Intensivstationen zum Beispiel, trifft dies auf bewusstlose, analgosedierte, delirante oder verwirrte (insbesondere im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenz) PatientInnen zu, sie können ihren Willen nicht mehr frei äußern.

4.3 Die Patientenverfügung und Möglichkeiten der Vertretung durch eine andere Person

Für die Zustimmung in eine medizinische Behandlung hat der Gesetzgeber daher verschiedene Möglichkeiten errichtet, welche einer Art Stufenbau folgen.

Erste (=höchste) Stufe: Oberste Priorität hat demnach der aktuelle Wille einer/s PatientIn, welche/r Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt und ihren/seinen Willen frei äußern kann.

Zweite Stufe: In Situationen, in denen man nicht mehr selbst entscheiden und/oder kommunizieren kann, sieht die Rechtsordnung zwei Instrumente vor: Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht. In der Patientenverfügung wird der Wille der/s PatientIn im Gespräch mit einer ÄrztIn/einem Arzt schriftlich festgehalten, die abgelehnten Maßnahmen werden fallbezogen so konkret wie möglich definiert und die Verfügung anschließend notariell oder vom PatientInnenanwalt beglaubigt. In dieser Form ist die Patientenverfügung für alle Beteiligten verbindlich und für 5 Jahre gültig. Wenn die Verbindlichkeitskriterien nicht oder nur teilweise erfüllt sind, spricht man von einer „beachtlichen Patientenverfügung“, welche der ÄrztIn/dem Arzt bei der Erkundung des Patientenwillens sehr hilfreich sein kann, aber nicht verpflichtend einzuhalten ist. (§§ 4 bis 9 Patientenverfügungs-Gesetz, kurz PatVG)

Im Jahr 2014 gaben nur 4,1 % der in Österreich lebenden Bevölkerung an, eine Patientenverfügung errichtet zu haben, das sind in absoluten Zahlen rund 350.000 Personen. Im Vergleich dazu waren es 2009 knapp unter 4 %. Vierzig Prozent der Befragten gaben an, sich darüber informiert zu haben, 32 Prozent wissen nicht genau, was eine Patientenverfügung ist und knapp ein Viertel der Befragten gab an, noch nie davon gehört zu haben.(4)

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht kann die/der PatientIn eine Person bestimmen, welche für sie/ihn in medizinische Behandlungen einwilligen oder diese ablehnen kann. Die Entscheidung der/s Vorsorgebevollmächtigten hat die gleiche Gültigkeit, wie die der/s PatientIn selbst. (§§ 284f bis 284h Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, kurz ABGB)

Falls die/der PatientIn ihre/seine Selbstständigkeit /Selbstbestimmtheit durch schwere Erkrankung nicht wiedererlangt, ist eine PatientInnenverfügung/Vorsorgevollmacht unbegrenzt gültig (z.B: im Falle von Demenz oder schwerer Hirnschädigung).

Gesetzlich verpflichtend (Dritte Stufe) ist die Bestellung einer/s SachwahrterIn für eine/n nicht einwilligungsfähige/n PatientIn, was bedeutet, dass im Grunde z.B: jede/r IntensivpatientIn medizinisch besachwaltet sein müsste. Dies ist in weiten Teilen Österreichs weder gängige noch geübte Rechtspraxis und daher derzeit auch auf Intensivstationen nicht umsetzbar. Wenn bereits eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht errichtet wurde, ist eine Besachwalterung nicht möglich und rechtlich unzulässig. Der Unterschied zur Vorsorgevollmacht besteht darin, dass die/der SachwahrterIn einer gerichtlichen Kontrolle unterliegt. Bei Entscheidungen, die schwerwiegende Behandlungen betreffen, muss unter Hinzuziehen einer zweiten ÄrztIn/eines zweiten Arzt zusätzlich ein unabhängiges ärztliches Gutachten erstellt werden. (§ 283 Abs. 2 ABGB)

Vierte und somit am wenigsten tragfähige Stufe bildet die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger. Wenn nun oben genannte Möglichkeiten bei einer/m nicht urteilsfähiger/n PatientIn nicht angewendet werden können, sind nahestehende Angehörige dazu berechtigt, in eine Behandlung einzuwilligen. Dies gilt jedoch nur für eine Behandlung, welche „nicht gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen

Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist.“ (§ 284b Abs. 3 ABGB) Für medizinische Entscheidungen am Lebensende (im folgenden kurz MEL), zum Beispiel für oder gegen eine Therapiezieländerung, haben also Angehörige, sofern sie nicht zugleich Vorsorgebevollmächtigte/r sind, kein Entscheidungsrecht. Im Sinne des größtmöglichen PatientInnenwohls und der Vermeidung unnötiger rechtlicher Konsequenzen ist aber immer durch eine ausführliche ärztliche Aufklärung der Angehörigen eine Entscheidung im Konsens zwischen BehandlerInnen und Angehörigen anzustreben. (nach Wallner J. Stellungnahme auf Anfrage der ÖGARI. siehe Anhang)

4.4 Modelle der Entscheidungsfindung

Es gibt drei Modelle, auf welche Weise medizinische Entscheidungen getroffen werden können:

„**Paternalismus**“: Die Entscheidung wird allein vom Behandlungsteam getroffen.

„**Informed consent**“: Nach ausführlicher Aufklärung über die medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten und deren Konsequenzen durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt kommt die Entscheidungslast der/m PatientIn (oder der/dem gesetzlichen VertreterIn) alleine zu.

Beide Modelle haben sich in Situationen bewährt, in denen keine schwerwiegenden Entscheidungen getroffen werden müssen, beziehungsweise wenn eine klare medizinische Indikation oder eine Kontraindikation ohne Alternativen besteht.(5)

In der rezenten Literatur wird gerade in Bezug auf MEL das Modell des „**shared-decision-making**“ favorisiert.(6) Hierbei sind sowohl das Behandlungsteam, als auch die/der PatientIn und deren/dessen Angehörige in den Entscheidungsprozess involviert. Die Führung durch den Prozess übernehmen die behandelnden ÄrztInnen, es ist aber auch das Engagement der/des PatientIn (sofern möglich) und der Angehörigen mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nötig.(7) Besonders betont wird, den Betroffenen die Möglichkeit einzuräumen, ihre Sichtweise auszudrücken und Fragen zu stellen. Dies gilt nicht nur für die fachliche medizinische Information, sondern vielmehr noch für die Äußerung von Emotionen, Wünschen und Befürchtungen. Um eine gute Kommunikationsbasis zwischen den Beteiligten herzustellen, ist es hilfreich, wenn die ÄrztIn/der Arzt im persönlichen Gespräch Respekt und Empathie gegenüber der/dem PatientIn und deren/dessen Angehörigen zeigt.(5)

Letztendlich liegt die Entscheidungsverantwortung, außer im Falle einer vorliegenden Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht, dann doch bei der/dem behandelnden Ärztin/Arzt. Die/der PatientIn hat selbst dafür Sorge zu tragen, dass eine Patientenverfügung im Krankenhaus zur Kenntnis gebracht wird. Die Ärztin/der Arzt muss demnach nicht nach einer Patientenverfügung suchen, speziell im Notfall, wenn es zu keiner Verzögerung in der Behandlung der/s PatientIn kommen darf, muss die Ärztin/der Arzt im besten Interesse der/des

Patienten entscheiden und handeln. Hierbei ist es „die Kunst [...], die Welt mit den Augen des Patienten zu betrachten und damit vorherzusagen, wie eine Persönlichkeit für sich selbst Entscheidungen in der jeweiligen, sehr spezifischen Krankheitssituation treffen würde“. (übersetzt aus dem Englischen 8, S. 1110)

4.5 Handeln im besten Interesse der/s PatientIn vs. „Leben um jeden Preis“

Das „beste Interesse“ für eine Person, die nicht für sich selbst sprechen kann, wird von den Angehörigen und dem medizinischen Personal sehr individuell und situationsbezogen interpretiert, da die Einschätzung geprägt ist von eigenen Erfahrungen, Wünschen und Emotionen. Es konnte in einer Studie gezeigt werden, dass ÄrztInnen und Pflegepersonen die Lebensqualität einer/s schwerst erkrankten/beeinträchtigten PatientIn eher schlechter als die/der entsprechende PatientIn selbst beurteilen würden.(9) Es kann jedoch schon davon ausgegangen werden, dass PatientIn sich nicht ein „(Über-)Leben um jeden Preis“ wünscht und niemand „ein schwerer Pflegefall“ werden will. Die Wiedererlangung einer gewissen Selbstständigkeit und vor allem Selbstbestimmtheit als wünschenswertes Ziel kann also für unsere PatientInnen angenommen werden. Zumindest sollte die Wahrscheinlichkeit, eine dem vorherigen Leben vergleichbare Lebensqualität nach einer Therapie wieder erreichen zu können, groß sein, vor allem wenn die/der PatientIn vorher schon schwerst beeinträchtigt war und eine weitere Verschlechterung in vollkommene Abhängigkeit und Unselbstständigkeit führen würde.

4.6 Intensive Care Unit (kurz ICU) im Wandel der Zeit

Therapieentscheidungen auf der Intensivstation sind angesichts der Tatsachen, dass die technischen Möglichkeiten der Intensivmedizin über die letzten Jahrzehnte schier unbegrenzt geworden sind und sich das Patientengut auf Intensivstationen verändert hat, sehr viel komplexer geworden: Die Lebenserwartung steigt stetig, mit ihr auch die Multimorbidität der PatientInnen. Hinzu kommt, dass immer größere chirurgische Eingriffe bei immer älteren beziehungsweise komorbideren PatientInnen durchgeführt werden. 43 Prozent der PatientInnen aus 73 ICUs waren im Jahr 2010 über 70 Jahre alt.(10) Daher sollte unbedingt bei jeder/m PatientIn reflektiert werden: Welche Therapie ist für diese/n PatientIn sinnvoll? Ist überhaupt eine Intensivtherapie sinnvoll? Da die Aufnahme an eine Intensivstation an eine vorhandene medizinische Indikation und an eine potentiell positive Prognose gebunden ist, sollte die/der PatientIn nach erfolgter Therapie die ICU wieder verlassen und wieder in ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben mit „akzeptabler“ Lebensqualität zurückkehren.(11) (d.h. bei kritischer Ausgangssituation einer Lebensqualität, die zumindest vergleichbar mit der Lebensqualität vor der kritischen Erkrankung ist). Bestimmend für das Outcome nach

Intensivtherapie sind im Wesentlichen die Komorbiditäten und die Anzahl der versagenden Organe, und viel weniger alleinige Faktoren wie Alter oder Tumorerkrankung einer/s PatientIn.(12,13)

Die fast grenzenlosen technischen Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin, die hohen Ansprüche der Gesellschaft in jedem Alter alles „richten zu wollen“ und auch eine sehr unkritische Aufnahmepolitik an unseren Intensivstationen sowie die Angst der ÄrztInnen davor, sich im Rahmen einer Therapiezieländerung rechtzeitig aus intensivmedizinischen Maßnahmen zurückzuziehen, führen dazu, dass viele der PatientInnen sehr lange auf Intensivstationen liegen und trotzdem nicht mehr gesund werden bzw. in einen ihrem vorherigen Leben entsprechenden Zustand zurückkommen. Es wurde iatrogen ein neues, Krankheitsbild geschaffen – die sogenannte „chronic critical illness“ (CCI).

Dieser Begriff beschreibt den Zustand einer/s PatientIn, welche/r eine akut lebensbedrohliche Erkrankung oder einen schweren chirurgischen Eingriff zwar überlebt hat, dann jedoch nicht gesund wird und über einen längeren Zeitraum (definiert mit 21 Tagen) intensivpflichtig bleibt und zum Beispiel mechanische Beatmung benötigt. Diese PatientInnen haben vermehrt rezidivierende Infektionen, Organdysfunktionen und delirante Zustände. Nach einem Jahr beträgt die Mortalität 50 %, nur 12 % führen ein Jahr nach der akuten Erkrankung ein selbstbestimmtes Leben.(14) Die Kosten für das Gesundheitssystem sind hoch, in den USA beträgt die jährliche Summe 20 Milliarden US Dollar – Tendenz steigend.(15) Neben dem ethischen Anspruch, PatientInnen nur einer Therapie zu unterziehen, die diesen auch „Nutzen“ bringt, ist auch im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit ein kritischer und verantwortungsvoller Umgang mit den vorhandenen medizinischen Ressourcen durch uns ÄrztInnen notwendig. Vor allem, wenn wir eine Fremdbestimmung in unseren therapeutischen Entscheidungen durch VertreterInnen der Wirtschaft ohne medizinische Fachkenntnisse verhindern wollen.

4.7 Primum nil nocere ?

Nach der Indikationsstellung einer Therapie durch die Ärztin/dem Arzt und der Einwilligung durch die/den PatientIn (= abgeschlossener Behandlungsvertrag) folgt die Durchführung der Therapie. Eine Therapie ist nur dann indiziert, und darf auch nur dann durchgeführt werden, wenn sie PatientIn im ethischen Sinne „nützt“. Dieser Nutzen muss einem eventuell durch die Therapie entstehenden Schaden (z.B. Nebenwirkung eines Medikaments) klar überlegen sein. Ein Beispiel: Ein/e PatientIn mit chronischem Vorhofflimmern soll nach Berücksichtigung weiterer Faktoren eine orale Antikoagulation erhalten (Indikationsstellung), um das embolische Schlaganfallsrisiko zu minimieren (Nutzen). Das Risiko einer fatalen Blutung (Schaden) wird

dabei in Kauf genommen, da nach Stand der Wissenschaft der Nutzen für die/den PatientIn durch die Therapie überwiegt.

In Szenarien, in denen die Krankheitssituation komplex, die wissenschaftliche Evidenz gering und die Indikationsstellung nicht ganz klar ist, ist der Faktor Zeit entscheidend. Muss im Notfall eine Entscheidung getroffen werden, gilt das Prinzip „in dubio pro vita“ bis sich der Weg der PatientIn klar herauskristallisiert (entweder Richtung Heilung oder Richtung Palliation/Komforttherapie und Sterben); damit wird auch Zeit für eine Entscheidung im Behandlungsteam gewonnen. In der heutigen Zeit, in der Evidenz-basierte Medizin zum Maß aller Dinge zu werden „droht“ (obwohl es in vielen Bereichen keine gute, d.h. la Evidenz gibt) stellt K. Wegscheider(16) die Frage nach der Evidenz für medizinische Aussichtslosigkeit und kam zu folgendem Schluss: „Zur Beurteilung der Aussichtslosigkeit medizinischer Interventionen im Endstadium des Lebens liegt keine praktisch brauchbare Evidenz vor. Die Wahl des Zeitpunkts des Verzichts auf lebensrettende Maßnahmen bleibt eine Entscheidung, die der Arzt nicht zuerst nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten, sondern geleitet vom Patientenwillen nach humanitären Gesichtspunkten treffen sollte.“(16, S. 669)

Eine Therapie ohne Indikation oder sogar gegen den Willen der/des PatientIn durchzuführen, ist nicht erlaubt und kann eine Körperverletzung darstellen.(11) Wenn der Nutzen einer Therapie primär nicht vorhanden ist oder sekundär wegfällt, muss auf eine Therapie verzichtet werden beziehungsweise eine laufende Therapie abgebrochen werden.(11)

Eine Therapiezieländerung Richtung Komforttherapie kann ganz klar zur aktiven Euthanasie abgegrenzt werden: Ein Therapieverzicht/-abbruch ist eine Nicht-Durchführung beziehungsweise eine Nicht-Weiterführung einer für die/den PatientIn nutzlos gewordenen Therapie. Das ist erlaubt und sogar ethisch gefordert.

Die „aktive Euthanasie“ ist dem gegenüber eine Handlung, bei der eine aktiv das Leben verkürzende/beendende Maßnahme gesetzt wird (= aktive Tötung; z.B. letale Dosis von Kaliumchlorid, Propofol, Muskelrelaxantien, Insulin, etc.).

Der Zeitpunkt/die Geschwindigkeit des Eintritts des Todes als Folge des Rückzugs aus einer laufenden Therapie im Rahmen einer Komforttherapie hat dabei keine Bedeutung.

4.8 Tabuthema Tod

Über das Sterben wird in unserer Gesellschaft kaum geredet, meist erst wenn man selbst –im Familien oder Freundeskreis - davon betroffen ist. Weder ÄrztInnen noch PatientInnen und deren Angehörigen wollen sich eigentlich mit diesem Thema auseinandersetzen. In unserer Gesellschaft ist deshalb Sterben nicht mehr ein zu Hause betreutes Phänomen. Immer mehr Menschen versterben im Krankenhaus – der Tod wird institutionalisiert. Eine Befragung 2011 in Deutschland von Angehörigen zuvor Verstorbener ergab, dass 94 Prozent der Verstorbenen zu Hause sterben möchten, während nur 38 Prozent tatsächlich zu Hause verstarben.

Vierzig Prozent der Befragten verstarben im Krankenhaus, obwohl dies nur 3 Prozent für sich selbst so wollten.(17) Gründe für das ungewollte Versterben im Krankenhaus waren ein unerwartet eintretender Tod, medizinische Gründe und Hoffnung auf Besserung des Zustandes bis zum Ende.(18)

ÄrztInnen empfinden den Tod einer/s betreuten PatientIn immer noch als Versagen ärztlicher Heilkunst und persönliche Niederlage und nicht als einen letzten und natürlichen Prozess am Ende eines jeden Lebens. Kompetente und gute Begleitung/Betreuung einer/s sterbenden PatientIn kann jedoch ein sehr erfüllender Teil der ärztlichen Tätigkeit sein.

4.9 „Die Älteren“ auf der ICU

PatientInnen werden immer älter. Alter alleine besitzt zwar keine gute Aussagekraft bezüglich des Outcomes, Alter wird jedoch als Mortalitätskriterium in der Kombination mit schweren Komorbiditäten und anderen Risikofaktoren sehr relevant.(12) Die höchste Mortalität (64 %) besitzt die Altersgruppe über 65, welche länger als 7 Tage mechanische Beatmung benötigte.(19) Ebenso steigt die Inzidenz und Mortalität der schweren Sepsis stetig mit dem Alter.(20)

PatientInnen zwischen 60 und 99 Jahren wurden befragt, was Sie sich in Bezug auf intensivmedizinische Maßnahmen für sich wünschen. Zirka 88 Prozent dieser PatientInnen gaben an, mit einer Kurzzeitbeatmung einverstanden zu sein, nur 3,5 % würden in eine Langzeitbeatmung einwilligen. Rund 95 % der PatientInnen lehnen auch eine Langzeiternährung über eine Sonde für sich selbst strikt ab.(21) Langzeitbeatmung und Langzeiternährung implizieren ein hohes Maß an Abhängigkeit von fremder Versorgung und damit auch Verlust von Selbstständigkeit und unter Umständen auch Selbstbestimmtheit -das lehnen die meisten Befragten strikt ab.

4.10 Therapiezieländerung

Wenn unter Ausschöpfung maximaler Intensivtherapie keine Aussicht auf Besserung des Zustandes einer/s PatientIn zu erwarten ist und durch eine Fortführung der Therapie das Leiden verlängert wird, muss die/der behandelnde Ärztin/Arzt über eine Änderung des Therapieziels nachdenken. Neben der primären, kurativen Behandlungsstrategie rückt der palliative Gedanke immer mehr in den Vordergrund. Im Gegensatz zur klassischen Sichtweise, bei der die Palliativmedizin sukzessiv erst nach Ausschöpfen aller kurativen Möglichkeiten zum Tragen kommt, schlägt Valentin eine „gleichzeitige Anwendung von palliativen und kurativen Elementen in der Therapie einer kritischen Erkrankung“ vor, individuell abgestimmt nach PatientInnenbedürfnis.(22)

Die Ärztin/der Arzt kann eine durch Angehörige oder PatientInnen geforderte Therapie, („Sie müssen weitermachen!“ „Sie können mein Kind nicht sterben lassen!“) ablehnen, wenn es keine Indikation für den Beginn oder die Fortführung einer Therapie gibt. Wenn es also kein kuratives Therapieziel mehr gibt, das realistischere erreicht werden kann, muss das Therapieziel folglich in Richtung Comfort Terminal Care geändert werden.

4.11 Sorgfältige Dokumentation

Im österreichischen Gesetzestext ist die Dokumentation über alle erbrachten medizinischen Leistungen und Maßnahmen verankert. (§ 10 Abs 2 Kranken- und Kuranstaltengesetz, kurz KAKuG und §51 Abs 1 Ärztegesetz, kurz ÄrzteG) Dies gilt nicht nur für durchgeführte Therapien, sondern ebenso für den Entscheid zur Therapiezieländerung. Das bedeutet, dass „alles was man nicht (mehr) macht, genauso gut dokumentiert sein muss, wie Therapien, die man macht.“ Je genauer und sorgfältiger die Dokumentation besonders in Bezug auf MEL erfolgt, desto eher sichert sich die ÄrztIn/der Arzt im Falle einer gerichtlichen Verfolgung ab - insbesondere, wenn die Begründung zur Entscheidungsfindung klar und nachvollziehbar notiert wurde.

Bei schwerstkranken PatientInnen befindet sich die Ärztin/der Arzt oft auf einer Gratwanderung „zu viel oder zu wenig“ für diese/n PatientIn zu tun. Der Gedanke „immer alles zu tun“ um damit nie zu wenig zu machen, wiegt die ÄrztIn/den Arzt in falscher Sicherheit. Eine Therapie fortzusetzen, wenn die/der PatientIn davon keinen Nutzen mehr hat, oder wenn sie/er diese nicht (mehr) will, bedeutet im juristischen Sinn eine „Heilbehandlung ohne Auftrag“ (§110 Strafgesetzbuch, kurz StGB) und stellt eine Körperverletzung dar. Eine notwendige Therapie zu unterlassen, bedeutet auf der anderen Seite den Tatbestand der „fahrlässigen Tötung“ (§81 StGB).

4.12 Die ETHICUS-Studie

Die Ethicus-Studie wurde als prospektive Multicenterstudie zwischen 1999 und 2000 an 37 ICU in 17 europäischen Ländern durchgeführt. Teilnehmer unter anderem war die Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin (im folgenden kurz ACI) und die Traumatologische Intensivstation der Medizinischen Universität Innsbruck. Unter der Leitung von Charles L. Sprung, MD wurden die Gründe, Abwägungen und Schwierigkeiten im Entscheidungsprozess rund um das Lebensende und letztendlich die Dokumentation des Umgangs mit Therapiezieländerungen in Nord-, Zentral-, und Südeuropa verglichen.(23) Aufgrund der Studien-Prüfbögen wurde für die Zeit der Studie auf der ACI eine sehr genaue Dokumentation der Therapiezieländerungen schriftlich durchgeführt, welche nach Ende der

Datenerhebung und Abschluss der Studie im weiteren Verlauf in dieser Ausführlichkeit nicht konsequent weitergeführt wurde.

4.13 Einführung eines Dokumentationsblatts auf der ACI

Im Anschluss an die Publikation des Papers „Therapiezieländerung auf der Intensivstation“ der Arbeitsgruppe Ethik der ÖGARI in der Fachzeitschrift AINS (Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)(1) wurde das dort vorgestellte Dokumentationsblatt im Jahr 2013 für die ACI adaptiert (Blatt im Anhang), mit dem Ziel wieder eine ausführliche und einheitliche, schriftliche Dokumentation einzuführen. Im Vergleich zur ETHICUS Studie findet sich in dieser Publikation ein neuer Begriff, die sog. „CTC“ (Comfort Terminal Care), der die therapeutischen Handlungen und die Begleitung von PatientInnen im Rahmen einer Komforttherapie beschreibt. Den ethischen Grundsatz zu berücksichtigen, dass „jegliche Form des Nicht-Tuns“ im Rahmen der CTC ethisch als gleichwertig anzusehen ist, ist für manche schwierigen Entscheidungen am Lebensende sehr hilfreich. Dabei ist es ganz wichtig zu verstehen, dass die Geschwindigkeit des Eintritts des Todes nach Beendigung einer therapeutischen Maßnahme ethisch nicht relevant ist und ein rascher Todeseintritt nichts mit aktiver Euthanasie zu tun hat. Dies ist lediglich eine Nicht-Durchführung oder Nicht-Weiterführung einer das Leben künstlich verlängernden und damit das Sterben hinauszögernden therapeutischen Handlung.

4.14 Begriffe der Therapiezieländerung

Die ARGE Ethik der ÖGARI empfiehlt Begrifflichkeiten wie direkte/indirekte oder passive Sterbehilfe nicht mehr zu verwenden, da sie wenig hilfreich sind und für Verwirrung sorgen. Lediglich der Begriff der aktiven Euthanasie bleibt bestehen, weil dies in Österreich das einzige ist, das in Zusammenhang mit Entscheidungen am Lebensende eindeutig gesetzlich verboten ist.

Für die Therapiezieländerung wurden Begriffe aus der englischen Literatur übernommen, welche in folgender Tabelle erklärt werden:

Tabelle 4.1: Begriffe der Therapiezieländerung	
DNR	Do Not Resuscitate: Im Falle eines Herzkreislaufstillstands wird keine kardiopulmonale Reanimation (mechanisch, medikamentös oder elektrisch) durchgeführt. Dies kann einzeln festgelegt werden.
DNE	Do Not Escalate: Eine bestimmte, bereits laufende Therapie wird nicht mehr gesteigert (z.B. Vasokonstriktoren, Beatmungsinvasivität, Antibiose etc...).

WH	Withhold: Eine bestimmte Therapie wird nicht neu begonnen (z.B: Beatmung (Intubation), Nierenwäsche, Herzlungenmaschine, Aufnahme auf Intensivstation)
WD	Withdraw: Eine laufende Therapie wird beendet (Katecholamine, Antibiose, Ernährungstherapie, Flüssigkeitstherapie, Gerinnungstherapie, Nierenwäsche, Beatmung, Herz-Lungenmaschine etc...)
CTC	<p>Comfort Terminal Care: Kann die/der PatientIn nicht mehr geheilt werden und ist das Sterben unausweichlich, so wird einerseits jegliche lebensverlängernde Therapie beendet, da sie Leiden verlängern und Sterben hinauszögern würde. Andererseits ist dafür Sorge zu tragen, dass die/der PatientIn gleichzeitig eine gute palliativmedizinische Begleitung erhält - d.h. es wird eine gute symptomorientierte, palliativmedizinische Therapie gemacht, um ein Sterben in Würde zu ermöglichen (angstfrei, stressfrei, ohne Schmerzen ohne Atemnot und nicht alleine).</p> <p><u>Aufgabe von der Ärztin/des Arzt im Rahmen der CTC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterbende/n PatientIn weiterhin visitieren. • Im Team der behandelnden Personen als TeamleiterIn die medikamentöse Therapie vorschreiben, die eine gute Symptomkontrolle möglich macht: <ul style="list-style-type: none"> • Atemnot verringern (Opioide), • Angst und Stress nehmen (Benzodiazepine), • Schmerzen lindern (Opioide, diverse Co-Analgetica)(24) <p>Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnenteam und Pflege ist bei der Betreuung Sterbender im Rahmen der CTC äußerst wichtig.</p> <p><u>Aufgabe der Pflege ist es</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • die ärztlich definierte medikamentöse Therapie umzusetzen • sterbende/n PatientIn und die Angehörigen mitfühlend begleiten • ein friedliches und ruhiges Sterbeumfeld bereiten • auf Routine-Pflegehandlungen darf verzichtet werden • auf Wunsch seelsorgerische Begleitung organisieren • Paravents und Stühle, Taschentücher, Getränke bereitstellen, Salzlampe, elektrische Kerze aufstellen
AND	Allow Natural Death: Dieser Begriff sollte eher Verwendung auf Normalstationen oder einem Hospiz finden, da im hochtechnisierten Bereich einer Intensivstation das Wort „natural“ – natürlich – nicht zutreffend ist. Es muss gleichermaßen auch im Rahmen einer AND genau definiert werden, was im Rahmen der Symptomkontrolle alles gemacht (z.B. Linderung Symptome/Schmerzen) und was abgelehnt wird. (z.B. kardiopulmonale Reanimation)(25)

Beispiele für die Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen im Rahmen einer Therapiezieländerung:(11)

- Withhold invasiver Maßnahmen: Intubation, Reanimation, Beatmung, Hämodialyse/-filtration
- Beendigung von Antibiose,
- Beendigung der Flüssigkeitszufuhr, Katecholamintherapie
- Beendigung einer Therapie mit Blut-, und Gerinnungsprodukten
- Reduktion der Beatmungsinvasivität (0.21 FiO₂, kein PEEP) / Beendigung der Beatmung / terminale Extubation
- Beendigung der Ernährung (parenteral/enteral)
- Beendigung der Hämofiltration, Herzlungenmaschine etc...

Anmerkung zur Beendigung von Beatmung: Es ist im österreichischem Rechtssystem möglich, die Beatmung auch bei einer/m nicht-atmender/n PatientIn zu beenden. Auch die terminale Extubation ist eine legitime Handlung im Rahmen der Therapiezieländerung und Komforttherapie, wenn Beatmung Leiden verlängern und Sterben hinauszögern würde.

4.15 Die Beteiligten im Entscheidungsprozess

Es ist unbedingt notwendig, Entscheidungen zur Therapiezieländerung im Team aller in die Behandlung involvierten ÄrztInnen zu treffen. Auch die Pflegepersonen sind unbedingt mit Ihrer Meinung anzuhören. Die endgültige Entscheidungsverantwortung liegt zwar immer bei der/dem stationsführende/n Oberärztin/-arzt der Station, auf der PatientIn liegt (z.B. Intensivstation). Wichtig ist, dass die getroffene Entscheidung vom gesamten Team getragen wird. Bei besonders schwierigen Entscheidungen, Uneinigkeit im Team der Behandelnden, schwierige Angehörige etc. kann, falls vorhanden, ein klinisches Ethikkomitee oder ein Palliativmediziner zur Erleichterung der Entscheidungsfindung herangezogen werden. Angehörige können im Sinne des „shared decision making“ Modells miteingebunden werden, es muss jedoch respektiert werden, wenn diese eine eher passive Rolle einnehmen möchten.(7)

4.16 Widerrufung einer Therapiezieländerung

Entscheidungen für eine Therapiezieländerung sind nicht in Stein gemeißelt - ganz im Gegenteil – sie sollten, wie jede andere Therapievorschreibung auch, täglich neu evaluiert, auf ihre weitere Gültigkeit überprüft und auf der Fieberkurve vermerkt werden. Sollte die

Entscheidung zur Therapiezieländerung revidiert werden müssen, muss die Begründung des Widerrufs ebenfalls dokumentiert werden. Dafür findet sich auf dem Therapiezieländerungsblatt der ACI ein eigener Abschnitt.

4.17 Woran erkennt man den Beginn des Sterbeprozesses?

Auf diese Frage gibt es keine allgemein gültige Antwort. Wenn der Tod nicht plötzlich eintritt, ist es weniger ein klar definierter Zeitpunkt, sondern eher ein fließender Übergang. Es findet sich auch in der Wissenschaft keine wirkliche Evidenz für medizinische Aussichtslosigkeit.(16) Es gibt jedoch typische Symptomkonstellationen, welche in Zusammenschau mit der sonstigen Gesamtsituation der/s PatientIn einen begonnenen, irreversiblen Sterbeprozess vermuten lassen: Mundtrockenheit, Probleme des Ernährungs- und Verdauungszustands, Lungenödem, Nierenversagen (Oligo-, Anurie), Angst, Erschöpfung und delirante Zustände.(26) Alle diese Symptome können natürlich auch bei nicht-terminalen Konditionen auftreten.

4.18 "Richtigkeit" der Prognoseeinschätzung bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende

Meadow et al.(27) haben die Richtigkeit der Prognoseeinschätzung durch das Behandlungsteam auf internistischen Intensivstationen untersucht. Sämtliche ÄrztInnen und das Pflegepersonal der ICU wurden täglich zu ihrer Einschätzung, ob die/der jeweilige PatientIn den Spitalsaufenthalt überlebt, einzeln befragt. Nur 52 % der PatientInnen, welche zumindest einmal von einer Person die Prognose „Tod im Krankenhaus“ erhielten, verstarben wirklich im Krankenhaus. Die Genauigkeit der Prognose stieg auf 84 %, wenn zumindest an einem Tag Einstimmigkeit unter allen Behandelnden über den Tod im Krankenhaus herrschte. Weiters wurde gezeigt, dass mit jedem Tag auf der ICU die Wahrscheinlichkeit fiel, lebend entlassen zu werden. Je mehr Zeit verging, desto eher waren sich die Behandelnden uneinig bezüglich der Prognose. Der Weg der/s PatientIn wurde also für das Team immer unklarer, je länger diese/r auf der ICU lag.(27) Man kann also sagen, dass die Einschätzung, ob die/der PatientIn lebend aus einer ICU entlassen wird, durchaus schwierig ist, weil der/die PatientIn durch exzellente, moderne Intensivmedizin offensichtlich häufiger überlebt als ursprünglich eingeschätzt. Wenn man nur diese Studie sieht, dürfte die ÄrztIn/der Arzt also die Entscheidung zur Therapiezieländerung eigentlich nicht treffen, da die Treffgenauigkeit bei der Frage der Wahrscheinlichkeit auf der ICU zu sterben in dieser Studie nicht besser als ein Münzwurf war.

Da dieses Ergebnis für die AutorInnen sehr unbefriedigend war, wurde in der Folgestudie von den gleichen AutorInnen die Frage anders gestellt und das Outcome sechs Monate nach

Spitalsentlassung mitberücksichtigt. Hier lag die Richtigkeit der Einschätzung bei 92 %. Nur 8 % der PatientInnen, welche zumindest einmalig die Prognose „Tod vor Entlassung“ bekamen, waren ein halbes Jahr nach Entlassung noch am Leben, und nur 4 Prozent hatten einen Barthel Score über 70.(28,29) Das heißt, die Mehrzahl der Überlebenden hatten eine sehr schlechte Lebensqualität. Diese Folgestudie zeigt nun sehr deutlich, dass ÄrztInnen doch sehr gut einschätzen können, wie die Lebensqualität der PatientInnen nach Entlassung aus der Intensivstation sein wird. Und das ist der entscheidende Punkt: Denn nur die Intensivstation zu überleben und somit eine schlechte Lebensqualität in Kauf zu nehmen, ist als Outcome einer so aufwendigen (und auch teuren) Therapie nicht gut genug, vor allem weil sich die meisten PatientInnen nicht wünschen, als Pflegefall zu leben.

Das heißt, dass wir uns als ÄrztInnen durchaus wieder zutrauen sollen und müssen, diese Entscheidungen am Lebensende im Sinne unserer PatientInnen zu treffen, auch wenn es praktisch keine medizinische Evidenz für die Beantwortung dieser Fragestellung gibt.(16) Wir müssen es wieder zulassen unserer ärztlichen Urteilsfähigkeit zu trauen und zum Besten unserer PatientInnen basierend auf einem guten ethischen Grundverständnis die „richtigen“ Entscheidungen am Lebensende zu treffen.

4.19 Eigene Fragestellung und Zielsetzung

Meine Betreuerin, Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker, Vorsitzende der ARGE Ethik der ÖGARI beschäftigt sich auf der ACI unter anderem auch mit ethischen Fragestellungen in der Intensivmedizin. Auch aus persönlichem Interesse konzentrierten wir uns auf das Thema „Therapiezieländerung“ und deren Umsetzung auf der Station.

Aufgrund der Teilnahme der ACI im Jahr 2000 an der ETHICUS-Studie(23) liegen in diesem Zeitraum sehr ausführliche Daten zur TZÄ vor, jedoch sind diese mit der damals ebenfalls teilnehmenden Traumatologischen Intensivstation zusammengefasst.

Um aktuelleres, aussagekräftiges Datenmaterial von der ACI zum Thema Therapiezieländerung zu erhalten, wurden die entsprechenden Daten im Rahmen dieser Diplomarbeit erhoben und anschließend ausgewertet. Hinzu kam, dass auf der ACI entsprechend dem AINS Artikel der ARGE Ethik der ÖGARI ein einheitliches Blatt zur Therapiezieländerung im Laufe des Jahres 2013 eingeführt wurde.(1) Das Dokumentationsblatt sollte ebenfalls im Rahmen dieser Studie ausgewertet werden.

Ziel war es, folgende Fragen zu beantworten:

- wieviele der PatientInnen mit Therapiezieländerungen verstarben
- ob das Dokumentationsblatt bei allen PatientInnen mit Therapiezieländerungen ausgefüllt wurde oder nur ein Vermerk im Kurvenblatt auf der Fieberkurve ohne ausführlich Begründung dokumentiert ist,

- welche Gründe für Therapiezieländerungen angegeben wurden,
- ob Patientenverfügungen dabei eine Rolle spielten,
- wer in den Entscheidungsfindungsprozess involviert wurde,
- ob die Entscheidung zur Therapiezieländerung im Team und nach Außen kommuniziert wurde.
- ob die tägliche Neuevaluierung durch die verantwortlichen OberärztInnen tgl. auf der Therapiekurve durchgeführt wurde

Die kritische Beurteilung des Dokumentationsverhaltens auf der ACI zum Thema Therapiezieländerung im Jahre 2014 soll zu einer weiteren Verbesserung der Dokumentation und damit zu einer Qualitätsverbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender auf der ACI sowie einer Verbesserung der rechtlichen Absicherung im Falle einer gerichtlicher Verfolgung führen.

5. Material und Methoden

5.1 Ethikkommissionserklärung und Studiendesign

Die Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck hat die Studie im April 2015 für unbedenklich erklärt und somit ihrer Durchführung zugestimmt. Es musste keine Einverständniserklärung von PatientInnen eingeholt werden, da es sich hier um eine retrospektive Analyse von PatientInnendaten handelt. Die erhobenen Daten stammen ausschließlich aus der jeweiligen Krankengeschichte, welche neben demographischen Eckpunkten, relevante Vorerkrankungen, die Aufenthaltsdauer auf der ACI, den Aufnahmegrund, den Verlauf und eine etwaige Verlegung in ein Hospiz beinhalten. Zusätzlich wurden bei den jeweiligen PatientInnen Daten zur Therapiezieländerung erhoben. Das einzige Einschlusskriterium war die Aufnahme an der ACI zwischen 1. März 2014 und 31. Dezember 2014, es gab keine Ausschlusskriterien. Es wurde bewusst der 1. März 2014 als Startzeitpunkt der Studie gewählt, da im Februar die Umstellung auf die neueren Scoringssysteme erfolgte (TISS-A anstelle von TISS-28; SAPS III folgte auf SAPS II). Somit wurden n = 260 PatientInnen in die Studie inkludiert.

5.2 Beschreibung des Landeskrankenhauses Innsbruck –Universitätskliniken

Das Landeskrankenhaus Innsbruck-Universitätskliniken ist ein Universitätskrankenhaus und das primäre Ausbildungskrankenhaus der Medizinischen Universität Innsbruck. Es zählt mit 1.600 Betten zu den größten Krankenhäusern Österreichs und ist in 12 Departments mit 38 Universitätskliniken aufgeteilt. Die Leitung des Krankenhauses erfolgt durch die Tirol Kliniken GmbH, der noch drei weitere Institutionen im Bundesland Tirol angehören.

Die Allgemeine und Chirurgische Intensivstation (ACI), an der die Studie durchgeführt wurde, gehört zur Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin (Department Operative Medizin). Es stehen 12 Betten zur Verfügung, 300 – 400 PatientInnen werden jährlich hier aufgenommen und intensivmedizinisch behandelt.

5.3 SAPS, TISS, ASA und MODS-Scoring

Der Simplified Acute Physiology Score (SAPS) wurde erstmals 1984 publiziert und beschreibt die Wahrscheinlichkeit der Krankenhausmortalität von PatientInnen auf Intensivstationen in einem numerischen Wert (mit steigender Zahl steigt auch die Wahrscheinlichkeit der Mortalität).(30) Dieses Aufnahme-Scoringssystem befindet sich nun in der dritten Generation (SAPS III) und setzt sich neben ausgewählten Vitalparametern (Systolischer Blutdruck, Herzfrequenz, etc.), Laborparametern und dem Aufnahmebefund (SAPS II(31)) aus weiteren

Informationen wie soziodemographische Daten zusammen. Der Wert wird innerhalb der ersten 24h nach ICU Aufnahme festgelegt und während des Aufenthalts nicht mehr wiederholt.(32) Eine weitere Neuerung des SAPS III ist, dass das zugrundeliegende Datenmaterial aus ICUs auf fünf Kontinenten stammt und nicht nur wie bisher aus Europa und Nordamerika.(33)

Das Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) stellt den Pflegeaufwand einer/s schwerkranken PatientIn als numerischen Wert dar. Je größer der Wert, desto invasiver ist die Behandlung und benötigt mehr pflegerischen Aufwand. Dieser Score wird von dem Pflegepersonal ermittelt und wurde ebenfalls seit seiner Publikation von Cullen et al. 1974 vereinfacht und weiterentwickelt.(34,35) Die aktuelle Version trägt den Namen TISS-A und wurde um folgende therapeutische Interventionen ergänzt: kardialer und pulmonaler Assist, therapeutischer Hypothermie, extrakorporalem Lebersupport und der kontinuierlichen i.v. antikonvulsiven Therapie. Dieser Score muss im Gegensatz zum SAPS III täglich neu evaluiert werden und wird auch für die Bemessung der finanziellen Vergütung herangezogen.

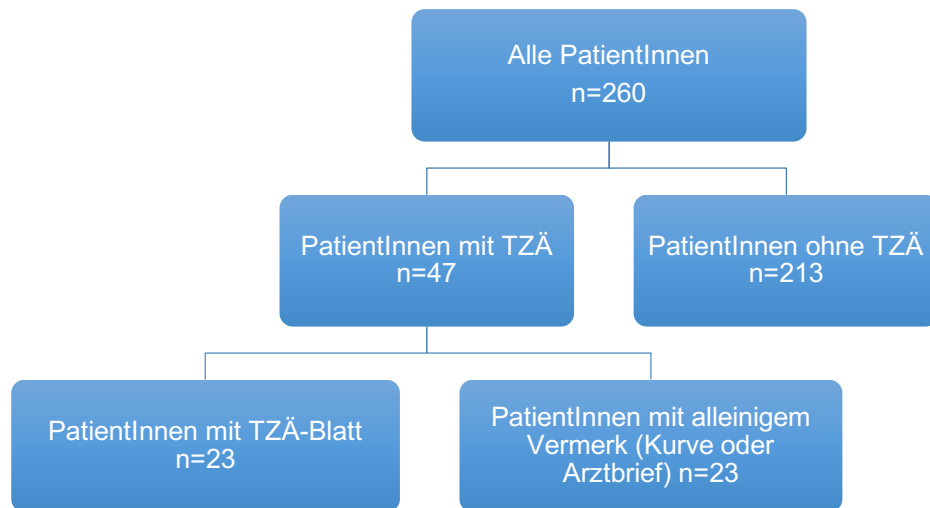
Die American Society of Anaesthesiologists physical status classification (ASA) wird seit 1963 zur Einschätzung des Narkoserisikos verwendet. Es ist eine subjektive Klassifikation, welche den Allgemeinzustand der/des PatientIn von I (vollkommene Gesundheit) bis V (ein/e moribunde/r PatientIn, welche/r die nächsten 24h mit oder ohne Operation wahrscheinlich nicht überlebt) beschreibt.(36)

Der Multi Organ Dysfunction Score (MODS) wurde von Marshall JC et al. etabliert und teilt den einzelnen Organfunktionen einen Punktwert zu, welche addiert den MODS Score ergeben. Die Organfunktionen (Lunge, Niere, Leber, Herz-Kreislauf, Blut und zentrales Nervensystem) werden mit 0 (Funktion im Normbereich) bis 4 (schwere Störung des Organsystems) bewertet.(37) Auf der ACI wird dieser Score in geringer Abwandlung verwendet, es wird zusätzlich das gastrointestinale System mitberücksichtigt, die Punktevergabe erfolgt von 0 (Funktion im Normbereich) bis 2 (schwere Störung des Organsystems). Im Vergleich zu den anderen Scores, welche Parameter zu einem gewissen Zeitpunkt evaluieren, beschreibt der MODS Score den schlechtesten Wert einer Organfunktion über den gesamten Aufenthalt hinweg.(siehe Anhang)

5.4 Gruppierung der PatientInnen

Insgesamt wurden die Daten von 260 PatientInnen ausgewertet, davon hatten 47 eine Therapiezieländerung (im folgendem kurz TZÄ) erhalten, 213 PatientInnen hatten keine Beschränkung der Intensivtherapie. Die Dokumentation einer TZÄ erfolgt auf der ACI entweder auf dem dafür vorgesehenen Blatt, als Notiz auf der Fieberkurve oder als Vermerk im Arztbrief. Alle PatientInnen, bei denen eine oder mehrere der drei genannten Dokumentationsformen vorhanden waren, wurden unter der Gruppe „Patientinnen mit TZÄ“ zusammengefasst und mit den PatientInnen ohne TZÄ verglichen. Die PatientInnen mit einer TZÄ wurden dann noch

einmal in eine Gruppe mit TZÄ-Blatt (n=23), und eine Gruppe, welche einen alleinigen Vermerk der TZÄ in der Kurve oder dem Arztbrief (n=23) erhalten haben, unterteilt. (1 TZÄ-Blatt fehlend)



*1 TZÄ-Blatt fehlend

Abbildung 5.1 Aufteilung der PatientInnen

5.5 Primäre und sekundäre Endpunkte

Primärer Endpunkt der Studie war die Anzahl der verstorbenen PatientInnen mit Therapiezieländerung in Bezug auf die Gesamtanzahl der verstorbenen PatientInnen zu erheben.

Sekundäre Endpunkte waren:

- Die Anzahl der PatientInnen, welche mit Therapiezieländerung überlebt haben und von der ICU entlassen werden konnten.
- Erfassung der häufigsten Gründe für eine Therapiezieländerung
- Vollständigkeit der Dokumentation von Therapiezieländerungen
- Dokumentation des Kommunikationsverhaltens im Team
- Rolle der verbindlichen/beachtlichen Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht

5.6 Statistische Methoden und Datenanalyse

Die Daten wurde anonymisiert in Excel (Microsoft) eingetragen und anschließend in IBM SPSS Statistics Version 23 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) analysiert. Für die deskriptive Statistik wurden Häufigkeitstabellen mit absoluten Zahlen und Prozentangaben angewandt. Für den Paarvergleich wurden Kreuztabellen erstellt und mittels χ^2 -Test, Exakttest nach Fisher und dem Odds Ratio mit 95%igen Konfidenzintervall ausgewertet. Der t-Test wurde bei unabhängigen, kontinuierlichen Variablen mit parametrischer Verteilung

angewandt, bei nicht-parametrischer Verteilung der Mann-Whitney-U-Test. Ein zweiseitiger p-Wert $< 0,05$ wurde als statistisch signifikant gewertet.

6. Ergebnisse

6.1 PatientInnencharakteristika

Tabelle 6.1: PatientInnencharakteristika

	PatientInnen ohne TZÄ (n=213)	PatientInnen mit TZÄ (n=47)	insgesamt (n=260)	p-Wert	Odds Ratio (95% KI) für TZÄ
Alter	64,6 (14,3)	72,4(12,2)	66(14,2)	0,001	
Weibliches Geschlecht	66 (31%)	13(28%)	79(30%)	0,728	0,852(0,422-1,718)
Vorerkrankungen ♦					
COPD	64(30%)	17(36%)	81(31%)	0,487	1,319(0,680-2,561)
KHK	101 (47%)	23 (49%)	124(48%)	0,873	1,063(0,565-1,999)
Herzinsuffizienz	71 (33%)	19(40%)	90(35%)	0,398	1,357(0,710-2,596)
arterielle Hypertonie	168(79%)	36(77%)	204(79%)	0,699	0,877(0,414-1,858)
Niereninsuffizienz	88(41%)	21 (45%)	109(42%)	0,745	1,147(0,607-2,168)
Zirrhose	4(2%)	4(9%)	8(3%)	0,038	4,860(1,170-20,194)
Diabetes	46(22%)	7(15%)	53(20%)	0,423	0,635(0,267-1,512)
Carzinom					
geheilt	23(11%)	2 (4%)	25(10%)	0,272	0,367(0,083-1,614)
nicht geheilt	25(12%)	15(32%)	40(15%)	0,001	3,525(1,679-7,401)
hämatologisch	0	3(6%)	3(1%)	0,006	
Neurologie	38(18%)	14(30%)	52(20%)	0,072	1,954(0,954-4,001)
Immunsystem	16(8%)	7(15%)	23(9%)	0,150	2,155(0,832-5,577)
Adipositas	62(29%)	20(42%)	82(32%)	0,084	1,804(0,942-3,454)
Demenz	5(2%)	3(6%)	8(3%)	0,159	2,836(0,654-12,309)
Aufnahmemodus					
elektiv	81 (38%)	5(11%)	86(33%)	<0,001	0,194(0,074-0,511)
notfallmäßig	132(62%)	42(89%)	174(67%)	<0,001	5,155(1,959-13,565)
Scoring					
TISS-A	47,9 (7,4)	51 (7,1)	48,3 (7,4)	0,075	
fehlend bei Anzahl Pat.	95	26	121		
SAPS III	57,9 (14,3)	78,2 (14,7)	61,2 (16,2)	<0,001	
fehlend bei Anzahl Pat.	84	22	106		
ASA	3,7 (0,61)	4,2 (0,56)	3,8 (0,63)	<0,001	
MODS	6,4(2,17)	8,6 (3,08)	6,8 (2,51)	<0,001	
Aufnahmegrund ♦					
Post-OP Stabilisierung	129(60%)	10(21%)	139(53%)	<0,001	0,176(0,083-0,373)
Z.n. Massivtransfusion	49(23%)	9(19%)	58(22%)	0,699	0,793(0,358-1,753)
Schock*	38(18%)	19(43%)	57(22%)	0,014	2,538(1,258-5,119)
Z.n. Laparotomie	38(18%)	10(21%)	48(18%)	0,514	1,245(0,570-2,720)
Nierenversagen	37(17%)	23(49%)	60(23%)	<0,001	4,559(2,326-8,934)
respiratorisches Versagen	36(17%)	25(53%)	61(24%)	<0,001	5,587(2,842-10,982)

Sepsis/SIRS	36(17%)	10(21%)	46(18%)	0,403	1,375(0,626-3,019)
Hämofiltration benötigt	30(14%)	14(30%)	44(17%)	0,016	2,588(1,241-5,396)
Peritonitis	26(12%)	8 (17%)	34 (13%)	0,349	1,475(0,622-3,501)
kardiale Dekompensation	16(8%)	11 (23%)	27(10%)	0,003	3,762(1,615-8,766)

Ordinale Daten in Mittelwerten und Standardabweichung angegeben

*Schock septisch, kardial, vasoplegisch, hämorrhagisch

❖ Mehrfachnennungen möglich (z.B. Nierenversagen und Hämofiltration benötigt)

KI=Konfidenzintervall

Pat = PatientInnen

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit innerhalb der Spalte, aufgrund von Mehrfachnennungen keine Ergänzung auf 100%

Die PatientInnen auf der ACI sind im Durchschnitt 66 Jahre alt, PatientInnen mit TZÄ sind rund 8 Jahre älter, als jene PatientInnen ohne (72,4 vs. 64,6 Jahre; $p=0,001$). Dreißig Prozent aller aufgenommenen PatientInnen sind weiblich, es gibt keinen Unterschied in der Häufigkeit einer TZÄ.

Bei den Vorerkrankungen zeigt sich bei bestehender Leberzirrhose und einem nicht geheilten malignen Tumor eine erhöhte Wahrscheinlichkeit (5-fach bzw. 3-fach) für eine TZÄ im Verlauf auf der Station. Im Gegensatz dazu haben Erkrankungen im kardiovaskulären System keinen Einfluss auf den Erhalt einer TZÄ.

Sehr deutlich Unterschiede zeigen sich in Bezug auf den Aufnahmemodus: Rund 90 % der PatientInnen mit TZÄ wurden notfallmäßig aufgenommen, die Wahrscheinlichkeit für eine TZÄ im Verlauf ist 5-fach erhöht ($p<0,001$). Bei einer elektiven Aufnahme hingegen ist die Wahrscheinlichkeit für eine TZÄ im Verlauf sehr gering ($p<0,001$; Odds Ratio 0,194)

Im Hinblick auf die Scoring-/Assessmentsysteme zeigt sich ein höherer SAPS 3-Wert (57,9 vs. 78,2 Punkte), ein schlechterer ASA (3,7 vs. 4,2) und MODS (6,4 vs. 8,6) in der Gruppe der TZÄ. Der TISS-A Score, ein Maßstab für den Pflegeaufwand, zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Die häufigsten Aufnahmegründe an der ACI stellen die postoperative Stabilisierung (53 %), Zustand nach Massivtransfusion (22 %), Schockzustand (septisch, kardial, vasoplegisch, hämorrhagisch zusammengefasst 22 %), erfolgte Laparotomie (18 %), Nieren- und respiratorisches Versagen (23 % bzw. 24 %) dar. Gründe wie Organversagen (Lunge, Herz, Niere), Schockzustand und die dadurch benötigte Therapie, (z.B. Hämofiltration) sind zwischen 3- und 5-mal häufiger mit einer TZÄ assoziiert.

Mehr als die Hälfte aller PatientInnen werden zur postoperativen Stabilisierung aufgenommen, davon erhalten nur sieben Prozent eine TZÄ. Somit ist die Wahrscheinlichkeit einer TZÄ bei Aufnahme zur postoperativen Stabilisierung sehr gering (OR 0,176; $p<0,001$).

Aufnahme PatientInnen (n=260) nach Departments 2014

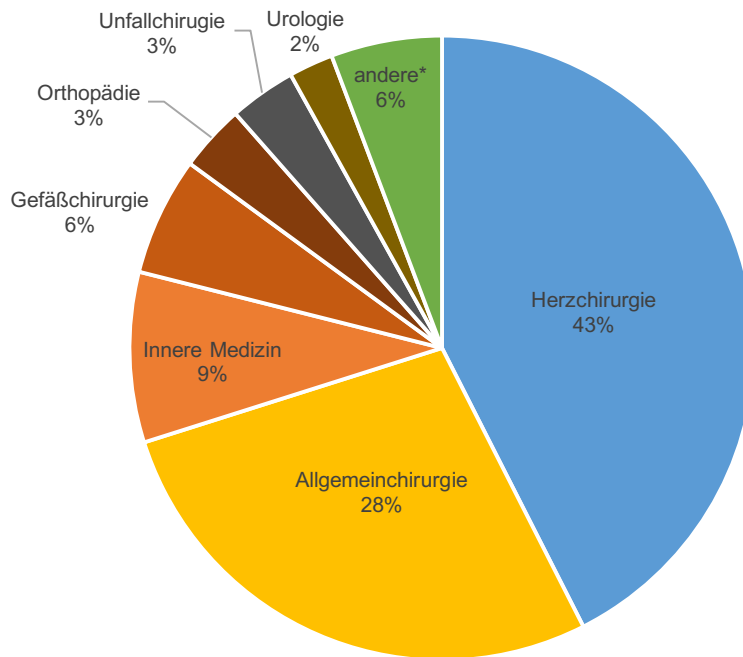


Abbildung 6.1a: Aufnahme der PatientInnen nach Departments

Aufnahme PatientInnen (n=260) nach Departments 2014 Unterteilung lebend entlassen - verstorben

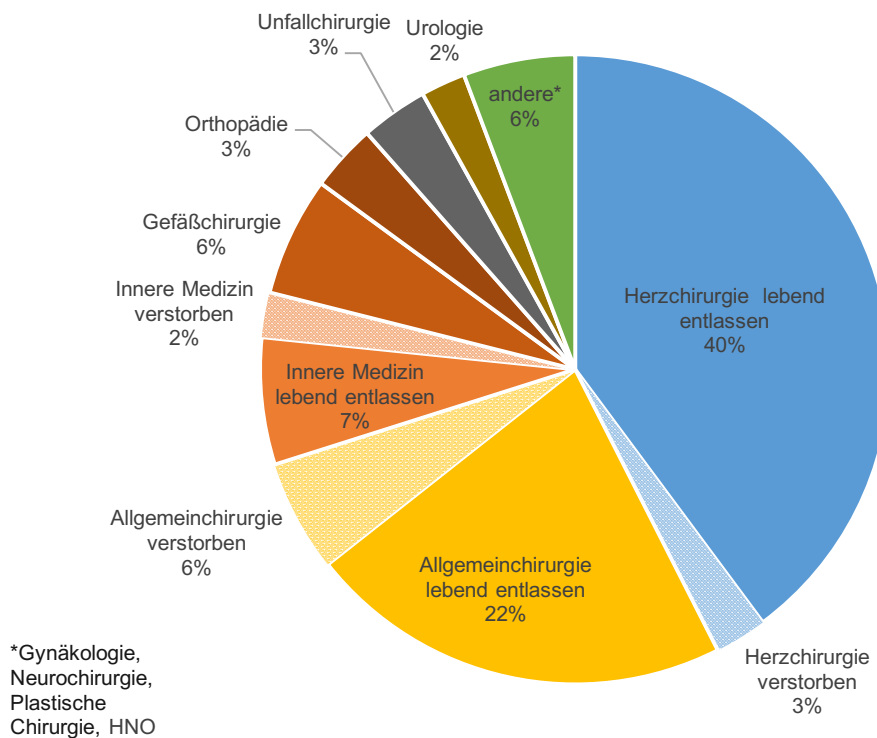


Abbildung 6.1b: Aufnahme PatientInnen: Unterteilung verstorben – lebend entlassen

Die Verteilung der aufgenommenen PatientInnen nach Departments spiegelt die zuvor genannten Aufnahmegründe wieder. 43 % aller PatientInnen kommen von der Herzchirurgie, welche meist nach dem Eingriff zur postoperativen Stabilisierung oder sekundär im MODS von der postoperativen Aufwachstation übernommen werden. Die Mortalität in dieser Gruppe ist lediglich 3 %, d.h. 40 % kommen auf die herzchirurgische Observationsstation.

Die zweite große Gruppe stellen die allgemeinchirurgischen PatientInnen dar (28 % der ACI PatientInnen), deren häufigster Aufnahmegrund die erfolgte Laparotomie (mit oder ohne Peritonitis) ist. Insgesamt werden davon 22 Prozent auf die Normalstation verlegt, gleichzeitig findet sich hier die größte Gruppe der Verstorbenen (6 %).

Obwohl die ACI eigentlich eine Station ist, deren Hauptauftrag die Versorgung von chirurgischen PatientInnen darstellt, sind immerhin 9 Prozent internistische PatientInnen. Die Mortalität in dieser PatientInnengruppe ist hoch: Beinahe jede/r vierte internistische PatientIn verstirbt im Laufe des Aufenthalts.

Neben diesen drei großen Gruppen werden PatientInnen noch von der Gefäßchirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Neurochirurgie, Plastischer Chirurgie und der HNO übernommen, zusammengerechnet sind das zwanzig Prozent aller ACI-PatientInnen.

6.2 Verlauf auf der ICU

In Bezug auf die Aufenthaltsdauer finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne TZÄ. Im Median bleiben PatientInnen ohne TZÄ 6 Tage (4-14 Interquartilsabstand) auf der Station, PatientInnen mit TZÄ 8 Tage (3-26 Interquartilsabstand). Für eine genauere Auswertung wurden drei Grenzwerte in Bezug auf die Aufenthaltsdauer festgelegt: Tag 21, Tag 30 und Tag 50. Es kann nun abgelesen werden, wieviele PatientInnen länger als 21, 30 und 50 Tage auf der ACI waren.

Länger als 21 Tage:

In der Gruppe ohne TZÄ waren 15 Prozent der PatientInnen länger als 21 Tage auf der Station, in der Gruppe mit TZÄ waren es 30 Prozent. ($p=0,034$)

Länger als 30 Tage:

Sieben Prozent der PatientInnen ohne TZÄ blieben länger als 30 Tage, bei den PatientInnen mit TZÄ waren es 21 Prozent. ($p=0,006$)

Länger als 50 Tage:

Nur noch ein Prozent der PatientInnen ohne TZÄ blieb länger als 50 Tage, in der Gruppe mit TZÄ waren 15 Prozent mehr als 50 Tage auf der Station ($p<0,001$).

Im Zuge eines Aufenthalts von mehr als 21 Tagen steigt die Wahrscheinlichkeit für eine TZÄ um das 2-fache, bei mehr als 30 Tagen um das 3,5-fache, nach 50 Tagen sogar auf das 12-fache.

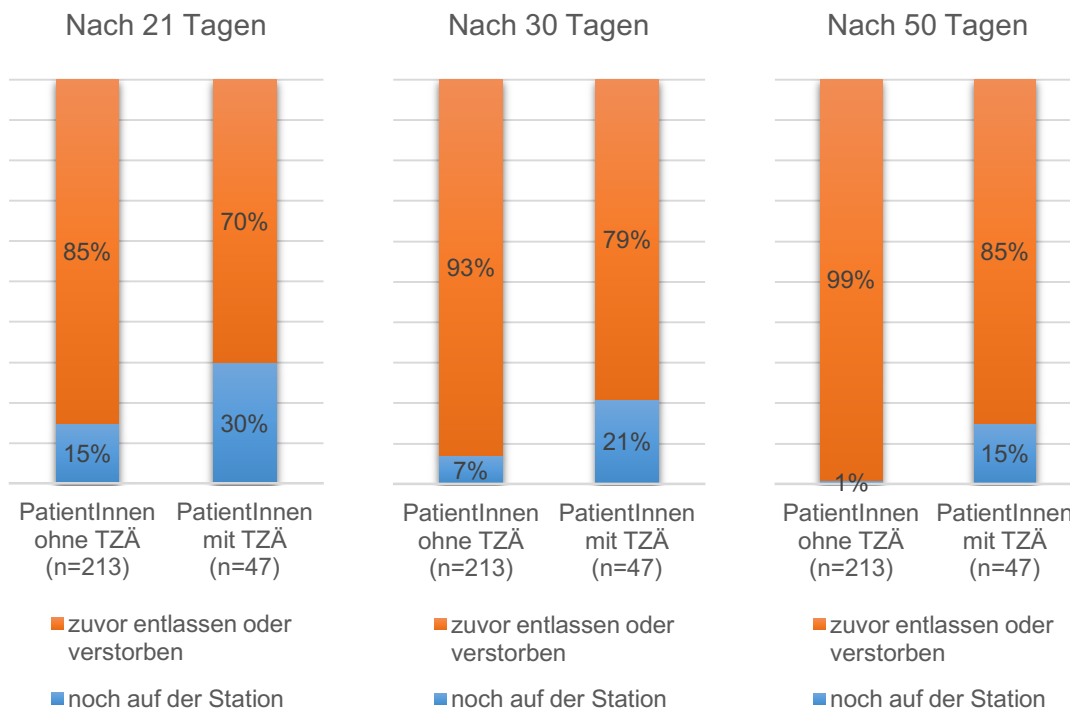


Abbildung 6.2: Aufenthaltsdauer PatientInnen mit und ohne TZÄ

Weitere signifikante Unterschiede zwischen PatientInnen mit und ohne TZÄ : PatientInnen mit TZÄ erleiden häufiger einen perioperativen Myocardinfarkt (43 % vs. 19 %, $p=0,001$), haben häufiger eine Sepsis (57 % vs. 23 %, $p<0,001$) und entwickeln häufiger ein Multiorgandysfunktionssyndrom (MODS, 72 % vs. 19 %, $p<0,001$). Weiters wurde in dieser Gruppe öfters eine Tracheotomie (21 % vs. 7 %, $p=0,004$) und eine Hämofiltration (60 % vs. 33 % $p=0,001$) durchgeführt.

Im Beobachtungszeitraum verstarben insgesamt 35 PatientInnen, davon 32 mit einer Therapiezieländerung. Nur drei PatientInnen verstarben ohne eine TZÄ. Andererseits konnten 15 PatientInnen, welche auf der Intensivstation eine Therapiezieländerung erhalten hatten, wieder auf die Normalstation verlegt werden. Eine Verlegung in ein Hospiz erfolgte nur in einem einzelnen Fall, bei dem der Patient selbst den Wunsch äußerte, in eine solche Einrichtung nahe seiner Heimatstadt transferiert zu werden. In das dem Innsbrucker Krankenhaus zugehörige Hospiz im Sanatorium Kettenbrücke wurde im Beobachtungszeitraum kein/e PatientIn verlegt.

Tabelle 6.2: Verlauf auf der ICU

	PatientInnen		insgesamt (n=260)	p-Wert	Odds Ratio (95%KI) für TZÄ
	ohne TZÄ (n=213)	PatientInnen mit TZÄ n=(47)			
Aufenthalt in d●	6(4-14)	8(3-26)	7(3,25-15)	0,581	
≤ 21d Aufenthalt	180(85%)	33(70%)	213(82%)	0,034	0,432(0,209-0,894)
> 21d Aufenthalt	33(15%)	14(30%)	47(18%)	0,034	2,314(1,118-4,788)
≤ 30d Aufenthalt	198(93%)	37(79%)	235(90%)	0,006	0,280(0,117-0,672)
>30d Aufenthalt	15(7%)	10(21%)	25(10%)	0,006	3,568(1,489-8,548)
≤ 50d Aufenthalt	210(99%)	40(85%)	250(96%)	<0,001	0,082(0,020-0,329)
>50d Aufenthalt	3(1%)	7(15%)	10(4%)	<0,001	12,250(3,039-49,385)
periop. Myocardinfarkt	41(19%)	20(43%)	61(24%)	0,001	3,107(1,588-6,079)
Tracheotomie	14(7%)	10(21%)	24(10%)	0,004	3,842 (1,587-9,30)
Infektion					
lokal	125(59%)	28(60%)	153(59%)	1	1,037(0,545-1,974)
Sepsis	49(23%)	27(57%)	76(30%)	<0,001	4,518(2,334-8,746)
Hämofiltration	71(33%)	28(60%)	99(38%)	0,001	2,947(1,541-5,637)
MODS	40(19%)	34(72%)	74(29%)	<0,001	11,312(5,474-23,373)
Verstorben	3(1%)	32(68%)	35(14%)	<0,001	149,333(40,935-544,773)
Verlegung in ein Hospiz	0	1(2%)	1(0,4%)	0,181	0

TZÄ Therapiezieländerung

MODS Multiorgandysfunktionssyndrom

ICU Intensive Care Unit

● Median (Interquartilsabstand)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit innerhalb der Spalte, aufgrund von Mehrfachnennungen keine Ergänzung auf 100%

6.3 Gründe für eine Therapiezieländerung

Die Argumentation für eine Therapiezieländerung ist sehr individuell und auf die Bedürfnisse der/des jeweiligen PatientIn abgestimmt. Trotzdem kristallisieren sich Kriterien heraus, welche häufig genannt werden, und andere, die kaum bzw. gar keine Rolle in der Argumentation spielen.

Häufig genannt:

Bei der Hälfte der PatientInnen mit TZÄ wird das Bestehen eines Multiorgandysfunktionssyndroms bzw. eines Multiorganversagens als Kriterium angegeben, in der Gruppe, die zusätzlich ein TZÄ-Blatt haben, sind es sogar 70 %. Fast genauso oft ist einer der Gründe für die Entscheidung zur TZÄ eine zugrundeliegende, schwere chronische Erkrankung. Wie oben erwähnt wird auch das Kriterium der chronischen Erkrankung häufiger bei PatientInnen mit TZÄ-Blatt angegeben (65 %), als bei PatientInnen mit alleinigem Vermerk in der Kurve oder dem Arztbrief (30 %). Weitere häufig genannte Gründe für eine TZÄ sind: keine Aussicht auf Besserung des Zustands (39 %), Ausschöpfung der Maximaltherapie (33 %) und das Vorliegen einer Sepsis (30 %).

In der Gruppe mit alleinigem Vermerk der TZÄ in der Kurve oder dem Arztbrief findet sich am häufigsten die Ausschöpfung der Maximaltherapie als Begründung, gefolgt von „keine Aussicht auf Besserung des Zustandes“.

Selten genannte Gründe für eine TZÄ:

Vier PatientInnen der Gruppe „TZÄ-Blatt“ äußerten den Wunsch zur Therapiezieländerung selbst, in einem Fall wurde dieser Wunsch von den Angehörigen als mutmaßlicher PatientInnenwille übermittelt. In der Gruppe „alleiniger Vermerk“ –wurde weder seitens der Angehörigen noch der PatientInnen ein solcher Wunsch dokumentiert.

Die Lebensqualität einer/s PatientIn wurde nur einmal in der Gruppe mit TZÄ-Blatt als Entscheidungskriterium dokumentiert.

Ebenso gab es nur eine Patientin, welche eine beachtliche Patientenverfügung hatte, eine verbindliche Patientenverfügung lag im Beobachtungszeitraum in keinem Fall vor.

Entscheidungskriterien zur TZÄ, die nie genannt wurden:

Es sollte im Rahmen dieser Studie auch untersucht werden, welche Überlegungen keinen Einfluss auf die Entscheidung zur TZÄ haben:

Eine Triagesituation auf Grund von Bettenmangel hat auf der ACI im Beobachtungszeitraum keine Rolle im Entscheidungsprozess zur TZÄ gespielt.

Auch das Alter einer PatientIn als alleiniges Kriterium zur TZÄ wurde in keinem Fall angegeben, bei drei PatientInnen wurde das Alter in Verbindung mit einem oder mehreren Zusatzkriterien (meist chronische Erkrankung) genannt.

Bei drei PatientInnen in der Gruppe mit alleinigem Vermerk auf der Kurve fand sich keine Begründung der TZÄ in der Kurve oder im Arztbrief, bei den PatientInnen mit einem TZÄ-Blatt wurde immer eine Begründung zur Entscheidung angegeben.

Tabelle 6.3: Gründe für eine Therapiezieländerung

	PatientInnen mit		insgesamt (n=46)	p-Wert
	alleinigem Vermerk (n=23)	PatientInnen mit TZÄ Blatt (n=23)		
MODS/MOF	7(30%)	16(70%)	23(50%)	0,017
Sepsis	4(17%)	10(44%)	14(30%)	0,108
chron.Erkrankung	7(30%)	15(65%)	22(48%)	0,038
Maximaltherapie ausgeschöpft	11(48%)	4(17%)	15(33%)	0,057
keine Aussicht auf Besserung	8(35%)	10(44%)	18(39%)	0,763
Wunsch von PatientIn	0	4(17%)	4(9%)	0,109
Wunsch von Angehörige	0	1(4%)	1(2%)	1
Lebensqualität	0	1(4%)	1(2%)	1
Patientenverfügung* (beachtlich)	0	0(1)	0(1)	1
ICU-Bett benötigt	0	0	0	

Alter allein	0	0	0	
hohes Alter + Zusatzkriterium	2(9%)	1(4%)	3(7%)	1
keine	3(13%)	0	3(7%)	0,233

* Zahl außerhalb Klammer=verbindlich; in Klammern =beachtlich

MODS/MOF Multiorgandysfunktionssyndrom/multiorganfailure=Multiorganversagen

TZÄ Therapiezieländerung

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit innerhalb der Spalte, aufgrund von Mehrfachnennungen keine Ergänzung auf 100%

6.4 Aufschlüsselung der Therapiezieländerung

Wie bereits in der Einleitung ausführlich beschrieben, wurden die einzelnen Entitäten der TZÄ (DNR, DNE, WD, etc.) nach ihrer Häufigkeit analysiert. Zusätzlich können im Balkendiagramm quantitative Unterschiede zwischen den PatientInnen mit TZÄ-Blatt und jenen mit alleinigem Vermerk in der Therapiekurve festgemacht werden.

Am häufigsten wird nach wie vor die DNR-Order im Rahmen der TZÄ verwendet. Es gibt keinen relevanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (17 vs. 22), Die DNR-Order wird also sowohl auf dem Blatt, als auch in der Kurve bzw. dem Arztbrief dokumentiert.

Gleich an zweiter Stelle folgt die „jüngste“ hinzugekommene Entität der TZÄ – die Comfort Terminal Care (CTC). In der Gruppe mit TZÄ-Blatt erhielten 19 PatientInnen, in der Gruppe mit alleinigem Vermerk auf der Kurve 15 PatientInnen eine CTC.

Der deutlichste Unterschied zeigt sich bei der DNE-Order, hier ist das Verhältnis 14:4 für die Gruppe der TZÄ-Blätter. Die DNE-Order erfordert eine genaue Auflistung und Definition jener Maßnahmen beinhaltet, die nicht gesteigert werden sollen.

Am wenigsten oft gewählt wurden Withdraw und Withhold einer Therapie, auch hier ist die genaue Definition der Maßnahmen, welche beendet bzw. nicht begonnen werden, essentiell. In Bezug auf die Häufigkeit der Dokumentation gibt es keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

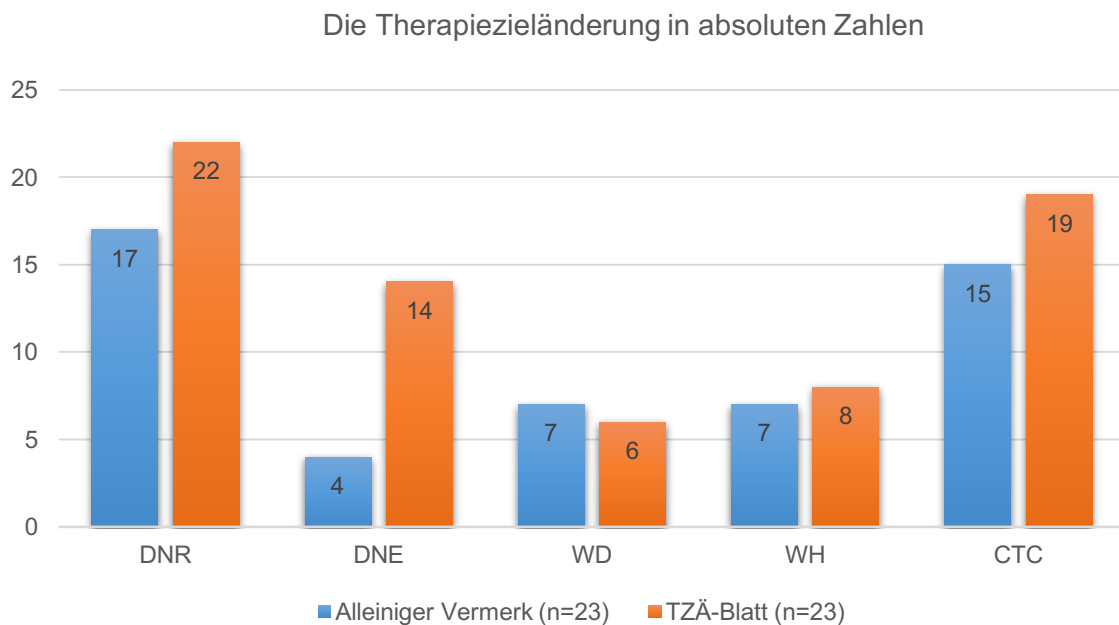


Abbildung 6.3: Die Therapiezieländerung in absoluten Zahlen

6.5 Kommunikation und Dokumentation der Entscheidung

Obwohl die Entscheidung zur TZÄ eine gut diskutierte Teamentcheidung aller verantwortlichen FachärztInnen/OberärztInnen sein sollte, die in die Behandlung der/des PatientIn involviert sind, liegt die letztendliche Verantwortung für eine Therapiezieländerung beim zuständigen Oberarzt/Facharzt, der an dem Tag auf der Station für die Versorgung der PatientInnen verantwortlich ist, an dem die TZÄ vorgeschrieben bzw. weitergeschrieben oder aufgehoben wird. Die Entscheidung zur TZÄ erfolgt auf der ACI primär innerhalb des ÄrztInnenteams der Intensivstation unter Einbeziehung der Meinung des Pflegepersonals und wird in der Folge mit den zuweisenden PrimärbehandlerInnen abgestimmt. Die Angehörigen werden über die Entscheidung zur TZÄ im Rahmen eines/mehrerer ausführlicher Gespräche informiert und aufgeklärt. Der Entscheidungsprozess und die Gespräche werden im Anschluss schriftlich dokumentiert.

Die interdisziplinäre Kommunikation zwischen ÄrztInnen, Pflege und den PrimärbehandlerInnen wurde auf dem TZÄ-Blatt in fast allen Fällen dokumentiert (100 %, 91 %, 96 %), bei PatientInnen mit alleinigem Vermerk in der Kurve geschah dies in weniger als der Hälfte der Fälle (48 %, 30 %, 44 %).

Auch der Aspekt, dass die Angehörigen über den Entscheid zur TZÄ aufgeklärt werden, wurde auf den TZÄ-Blättern in 91 Prozent der Fälle dokumentiert, in der Gruppe mit alleinigem Vermerk nur bei 35 Prozent. Es gibt in beiden Gruppen keinen einzigen dokumentierten Fall, bei dem die Angehörigen nicht über die Entscheidung zur TZÄ informiert wurden.

Die schriftliche Dokumentation der Entscheidung zur TZÄ ist gesetzlich verpflichtend vorgeschrieben.

Falls die Entscheidung zur TZÄ aus verschiedenen Gründen (z.B. Besserung des Zustandes einer/s PatientIn) widerrufen wird, muss dies ebenfalls in der Kurve vermerkt werden.

Das TZÄ-Blatt muss einmalig am Beginn ausgefüllt werden und behält seine Gültigkeit über die Zeit nur in Verbindung mit dem täglichen Vermerk auf der Kurve bzw. bis zu einem Widerruf.

Auf der Station wurde nur in 3 von 15 Fällen in der Gruppe mit alleinigem Vermerk auf der Kurve die Dokumentation der TZÄ täglich fortgeführt. Bei 8 PatientInnen war sie nur einen Tag gültig (Tod oder Verlegung innerhalb 24h) und kann somit nicht gewertet werden.

In der Gruppe der TZÄ-Blätter (21 PatientInnen) wurde die Dokumentation sogar nur in einem einzigen Fall täglich fortgeführt. Bei zwei PatientInnen war sie wiederum nur einen Tag gültig.

Tabelle 6.4: Kommunikation und Dokumentation der Entscheidung

	Ärzte	Pflege	Chirurgie/ Interne	Angehörige aufgeklärt	Angehörige nicht aufgeklärt	Anzahl Widerruf	tägliche Dokumentation	tägliche Dokumentation in %
PatientIn mit alleinigem Vermerk (n=23)	11(48%)	7(30%)	10(44%)	7(35%)	0	0	3(8*)	13%(35%*)
PatientIn mit TZÄ-Blatt (n=23)	23(100%)	21(91%)	22(96%)	21(91%)	0	2(9%)	1(2*)	4%(9%*)
insgesamt (n=46)	34(74%)	28(61%)	32(70%)	31(67%)	0	2(2%)	4(10*)	9%(22%*)
p-Wert	<0,001	<0,001	<0,001	0,001		0,352	0,037	

*Anzahl PatientInnen, bei denen die TZÄ nur 1 Tag gültig war(Tod oder Verlegung innerhalb 24h)

TZÄ=Therapiezieländerung

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit innerhalb der Zeile, aufgrund von Mehrfachnennungen keine Ergänzung auf 100%

7. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, zunächst Unterschiede zwischen PatientInnen ohne Einschränkung der Intensivtherapie (kuratives Therapieziel) und PatientInnen mit einer Therapiezieländerung (palliatives Therapieziel) zu untersuchen. Durch die Einführung eines TZÄ-Dokumentationsblattes war es notwendig die Gruppe der PatientInnen mit TZÄ nochmals in 2 Gruppen zu unterteilen (eine Gruppe mit und eine ohne Dokumentationsblatt), um hier nochmals Unterscheide herauszuarbeiten.

Es stellen sich hier sieben Punkte als besonders relevant dar.

7.1 Komorbiditäten bei Aufnahme

PatientInnen, welche im Verlauf ihrer Intensivbehandlung eine TZÄ erhielten, sind deutlich älter (72,4 vs. 64,6 Jahre), haben häufiger eine Leberzirrhose und/oder einen nicht geheilten malignen Tumor. Bereits bei der Aufnahme haben sie einen signifikant höheren SAPS 3 Wert (78,2 vs. 57,9), ASA Wert (4,2 vs. 3,7) und MODS-Wert (8,6 vs. 6,4). Es lässt sich also folgern, dass PatientInnen, welche eine TZÄ erhalten, schon deutlich kränker sind als die Gruppe ohne TZÄ.

Die koronare Herzkrankheit (=KHK) macht hier offensichtlich keinen signifikanten Unterschied, denn viele PatientInnen mit KHK werden herzchirurgisch versorgt (kommen postoperativ nach Koronararterienbypass und Herzklappen-OP) und können zu einem sehr hohen Prozentsatz auf die Normalstation verlegt werden.

7.2 Rolle der Aufnahmemodalität

Es besteht ein sehr starker Zusammenhang zwischen dem Aufnahmemodus und der Ausstellung einer TZÄ. PatientInnen, die notfallmäßig aufgenommen werden, haben eine 5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für den Erhalt einer TZÄ im Verlauf. Aufnahmegründe wie Schock (septisch, kardial, vasoplegisch, hämorrhagisch), Nieren- oder respiratorisches Versagen, kardiale Dekompensation und die daraus folgende Therapie (z.B. Hämofiltration) zeigen ebenfalls eine positive Assoziation mit einer TZÄ (2 bis 5-fach erhöht).

Andererseits ist die Aufnahme zur postoperativen Stabilisierung im Rahmen einer geplanten OP ein gewisser „Schutzfaktor“ vor einer TZÄ (OR 0,176).

7.3 Aufenthaltsdauer und Komplikationen

Nicht nur der Aufnahmemodus und die Komorbiditäten haben einen Einfluss auf das Outcome, auch ein während des Aufenthalts entwickelter Myokardinfarkt, eine Sepsis, ein MODS oder eine erfolgte Tracheotomie bzw. Hämofiltration erhöhen die Wahrscheinlichkeit eine Therapiezieländerung zu bekommen (3 bis 4-fach, bei MODS sogar 11-fach).

Vorerst schwierig zu erklären ist die Tatsache, dass die Länge des Aufenthalts (8 vs. 6 Tage, $p=0,581$) keine relevante Auswirkung auf den Erhalt einer TZÄ hat. Denn aus früheren Studien geht hervor, dass die Überlebenschance mit jedem Tag auf der ICU stetig fällt. (27) Eine Erklärung hierfür könnten jene Fälle, bei denen lebensbedrohlich erkrankte PatientInnen auf die ICU aufgenommen werden und innerhalb 24 Stunden versterben, in diesem Datensatz sein. Diese erhalten oft kurz vor dem Ableben noch eine TZÄ oder sie wird im Arztbrief, welcher post mortem erstellt wird, festgehalten.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede, wenn man PatientInnen mit bzw. ohne TZÄ nach der Länge ihres Aufenthalts in unterschiedliche Gruppen (Aufenthalt länger als 21, 30 oder 50 Tage) aufteilt:

In der Gruppe ohne TZÄ waren 15 Prozent der PatientInnen **länger als 21 Tage** auf der Station, in der Gruppe mit TZÄ waren es 30 Prozent. ($p=0,034$)

Sieben Prozent der PatientInnen ohne TZÄ blieben **länger als 30 Tage**, bei den PatientInnen mit TZÄ waren es 21 Prozent. ($p=0,006$)

Nur noch ein Prozent der PatientInnen ohne TZÄ blieb **länger als 50 Tage**, in der Gruppe mit TZÄ waren 15 Prozent mehr als 50 Tage auf der Station ($p<0,001$).

Im Zuge eines Aufenthalts von mehr als 21 Tagen steigt die Wahrscheinlichkeit für eine TZÄ um das 2-fache, bei mehr als 30 Tagen um das 3,5-fache, nach 50 Tagen sogar auf das 12-fache.

Auch die Signifikanz der Ergebnisse steigt im Vergleich von „mehr als 21 Tage Aufenthalt“ und „mehr als 30 Tage Aufenthalt“ bis „mehr als 50 Tage Aufenthalt“ ($p=0,034$; $p=0,006$; $p<0,001$), ebenso wie die Wahrscheinlichkeit für den Erhalt einer TZÄ (2-fach, 3,5-fach bis 12-fach). In der Gruppe der TZÄ bleiben also verhältnismäßig mehr PatientInnen längere Zeit auf der Station als jene ohne Therapiezieländerung. Je länger die Aufenthaltsdauer, desto deutlicher werden die Unterschiede und desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine TZÄ.

7.4 Sterben auf der ACI

Von März bis Dezember 2014, verstarben auf der ACI 35 PatientInnen, davon 32 mit einer TZÄ. Nur drei PatientInnen verstarben folglich ohne eine TZÄ. Ein Sterben in Würde zu ermöglichen (d.h. ohne Angst, Stress, Schmerz, Atemnot und nicht alleine) wird auf der ACI durch die ÄrztInnen und das Pflegepersonal durch Zuwendung, Zurücknehmen von

belastenden Pflegemaßnahmen, „nur mehr machen, was wohl tut“, Aufstellen von Paravents, elektrischen Kerzen, Salzstein, Getränke, Taschentücher etc.) begleitet. Jedoch sind die räumlichen Gegebenheiten auf der ACI (drei Betten in einem sehr kleinen Zimmer, offene Räume, gleichzeitig notwendige Versorgung der anderen PatientInnen/Notfälle im gleichen Zimmer) nicht ideal, um einer/m Sterbenden und deren/dessen Angehörigen Ruhe zu ermöglichen. Im gesamten Bereich der ACI ist kein Raum vorhanden, in dem in angemessener Atmosphäre mit den Angehörigen über medizinische Entscheidungen am Lebensende in ruhiger Umgebung gesprochen werden können. Zur Zeit finden Gespräche im Arbeitszimmer der OberärztInnen statt, in dem vier ÄrztInnen auf engem Raum sitzen.

7.5 ACI – wo geht es hin?

PatientInnen werden üblicherweise von der Intensivstation auf die nachsorgenden Observationseinheiten (oder eine andere Intensivstation) verlegt. Eine Verlegung in ein Hospiz kam im Beobachtungszeitraum nur in einem einzigen Fall vor. Der Patient wurde auf eigenen Wunsch in ein auswärtiges Hospiz verlegt, nahe seiner Heimat. In das für Innsbruck zuständige Hospiz im Sanatorium Kettenbrücke wurde im Beobachtungszeitraum kein/e PatientIn transferiert. Die PatientInnen, welche auf Grund ihrer TZÄ für einen Transfer in ein Hospiz infrage kämen, sind meist zu invasiv versorgt (fortbestehende Beatmungspflichtigkeit mit oder ohne Tracheostoma, Katecholaminpflichtigkeit, Hämofiltrationspflichtigkeit etc.). Nur palliative PatientInnen, welche keine Unterstützung der Vitalfunktionen benötigen, könnten in ein Hospiz transferiert werden.

15 PatientInnen, also jede/r Dritte mit einer TZÄ konnte auf die Normalstation verlegt werden. Eine Therapiezieländerung bedeutet nicht, dass PatientIn auf jeden Fall versterben wird, aber es ist damit definiert, dass auf Grund der Schwere der Erkrankung, der Vorerkrankungen, oder anderer definierter Umstände eine PatientIn nicht reanimiert wird, eine Therapie nicht mehr gesteigert wird, etc. Die TZÄ ist also keinesfalls eine sich selbst erfüllende Prophezeiung, die in jedem Fall mit dem Tod einer/s PatientIn endet, aber begrenzt angesichts einer fortgeschrittenen Erkrankung therapeutische Maßnahmen bzw. bahnt den Weg Richtung Komforttherapie.

7.6 Begründung einer TZÄ

Bei den Begründungen einer Therapiezieländerung war es von besonderem Interesse, die Gruppen mit bzw. ohne einem TZÄ-Blatt zu vergleichen. Während in der Gruppe mit TZÄ-Blatt das Bestehen eines MODS/MOF (70 %), einer chronischen Erkrankung (65%) oder einer Sepsis (44 %) die am häufigsten genannten Gründe waren, wurde in der Gruppe mit alleinigem Vermerk am öftesten die Ausschöpfung der Maximaltherapie (48 %) genannt. Es zeigt sich,

dass in der TZÄ-Blatt-Gruppe eher die Erkrankung an sich oder deren Komplikationen als Argumentationsbasis verwendet wird, in der Gruppe ohne TZÄ-Blatt eher die Ausschöpfung aller Therapiemöglichkeiten als Grund angegeben wird: „Nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten, wird die/der PatientIn trotzdem versterben“. Diese Argumentationsweise findet sich auch in der ETHICUS-Studie wieder. Der dort verwendete Ausdruck „Nichtansprechen auf eine Therapie“ ist vergleichbar mit dem hier verwendeten Ausdruck der „Ausschöpfung der Maximaltherapie“. Er wurde mit Abstand am häufigsten in allen Regionen Europas dokumentiert, um eine „end-of-life decision“ zu begründen. Die AutorInnen der ETHICUS-Studie sind der Meinung, dass diese Begründung am wenigsten ethische Bedenken bei den ÄrztInnen hervorruft.(23)

Ein weiteres Ergebnis der ETHICUS-Studie wurde auch auf der ACI festgestellt: Die Lebensqualität einer/s PatientIn spielt in der Entscheidungsfindung eine untergeordnete Rolle. In nur einem einzigen Fall wurde auf der ACI die Lebensqualität als Begründung dokumentiert. Es kann argumentiert werden, dass es für ÄrztInnen (wie für jeden anderen Außenstehenden) sehr schwierig ist, die Lebensqualität einer PatientIn zu bewerten.(23) Lebensqualität wird von außenstehenden Personen oft viel schlechter beurteilt als sich ein/e sehr kranke/r PatientIn für sich selbst einschätzen würde und ist oft subjektiv beeinflusst oder verfälscht durch eigene Wünsche und Wertvorstellungen.

Interessanterweise gab es nur in einem Fall eine beachtliche Patientenverfügung, eine verbindliche kam im Untersuchungszeitraum nie zum Tragen. Für die Errichtung einer solchen Verfügung wäre sicherlich noch mehr Öffentlichkeitsarbeit nötig, wenn man bedenkt, dass ein Viertel der ÖsterreicherInnen noch nie etwas von einer solchen Verfügung gehört haben.(4) Niemals genannte Gründe auf der ACI für eine TZÄ waren Alter einer/s PatientIn allein und eine Triagesituation wegen Bettenmangels.

Das Lebensalter als alleinige Begründung für eine TZÄ kam im Beobachtungszeitraum niemals vor, sehr wohl aber in Verbindung mit einem oder mehreren Zusatzkriterien (meist schwere vorbestehende Erkrankungen und Komplikationen im Verlauf, die zu einem sehr langen Intensivaufenthalt führen). „Wenn wir Alter als Risikofaktor für einen schlechten Intensivverlauf verwenden wollen, wäre es wahrscheinlich sinnvoller, wenn wir uns bei der Einschätzung unserer PatientInnen mehr am physiologischen Alter als am chronologischen Alter orientieren würden.“(übersetzt aus dem Englischem 38, S. 1351)

ÄrztInnen auf Intensivstationen müssen sich angesichts knapper werdender Ressourcen im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit sehr wohl im Klaren sein, dass mit den für alle PatientInnen zur Verfügung stehenden Ressourcen sorgfältig umgegangen werden muss. Durch eine unkritische Aufnahmepolitik an einer ICU und prolongierte Krankheitsverläufe ist wie in der bereits Einleitung erklärt, in der Literatur ein neues, iatrogen verursachtes Krankheitsbild beschrieben worden, die „chronic critical illness“, welche einen Maximalaufwand von Ressourcen bedeutet und oft trotzdem kein gutes Outcome für die PatientInnen hat.(14)

Auf den TZÄ-Blättern wurde immer eine Begründung für eine TZÄ notiert, in der Gruppe mit alleinigem Vermerk auf der Kurve wurde bei drei PatientInnen keine Begründung dokumentiert. Im Hinblick auf eine doch so weitgreifende Entscheidung sollten, auch aus forensischen Überlegungen, immer eine Begründung für eine TZÄ in der Patientenakte vermerkt werden. Auf dem TZÄ-Blatt findet sich hierfür eine eigene Freitextspalte, die im Rahmen einer vollständigen Dokumentation ausgefüllt sein sollte.

7.7 Kommunikation und Dokumentation

Letzte und besonders beachtenswerte Ergebnisse zeigten sich bei der Untersuchung der Kommunikations- und Dokumentationskultur auf der ACI. In beinahe allen Fällen wurde in der Gruppe der TZÄ-Blätter die Kommunikation der Entscheidungsfindung zur TZÄ zwischen den behandelnden Facharzt-Disziplinen dokumentiert (100 %, 91 %, 96 %), bei PatientInnen mit alleinigem Vermerk in der Kurve geschah dies in weniger als die Hälfte der Fälle (48 %, 30 %, 44 %). Die letztendliche Entscheidungsverantwortung liegt zwar immer bei der/dem am fraglichen Tag für die PatientInnenversorgung verantwortlichen FachärztIn/Facharzt. Durch eine gute interdisziplinäre Kommunikation im Vorfeld der Entscheidung kann jedoch sichergestellt werden, dass das gesamte Behandlungsteam darüber informiert ist und es letztendlich einen Konsens in Bezug auf die Entscheidung zur TZÄ gibt.

Auch die Aufklärung der Angehörigen im Fall einer Therapiezieländerung wurde auf dem TZÄ-Blatt in 90 % der Fälle dokumentiert, in keiner der beiden Gruppen gab es einen dokumentierten Fall, bei dem die Angehörigen nicht informiert wurden. Obwohl die Angehörigen in Österreich rechtlich keinerlei Entscheidungsberechtigung besitzen, wird stets versucht, sie ausführlich über die Situation aufzuklären, sie über den Entscheidungsprozess im Rahmen der TZÄ zu informieren und sie damit „mit ins Boot“ zu holen. Dafür sind oft mehrere, zeitintensive Gespräche notwendig. Wenn es gelingt, die Angehörigen über die geplante TZÄ rechtzeitig und ausreichend aufzuklären, ist eine nachfolgende Klage vor Gericht durch die Angehörigen zwar nicht ausgeschlossen, aber um vieles unwahrscheinlicher.

Ein wichtiger Punkt betrifft die tägliche Dokumentation der Therapiezieländerung. In der Gruppe mit alleinigem Vermerk wurde nur in 3 von 15 Fällen die Dokumentation täglich fortgeführt, in der Gruppe mit TZÄ-Blatt sogar nur in einem einzigen Fall von 21. Es ist zwar die schriftliche Dokumentation der Entscheidung zur TZÄ gesetzlich vorgeschrieben, nicht aber die tägliche Evaluierung und Dokumentation in der Krankengeschichte. Die ARGE Ethik der ÖGARI empfiehlt aber, nach ausführlicher Begründung der Entscheidung zur Therapiezieländerung, diese, so wie jede andere therapeutische Maßnahme (z.B. Medikamente) täglich zu evaluieren und dann auch täglich schriftlich kurz zu bestätigen (oder

zu widerrufen). Dies kann im Rahmen einer Standard Operating Procedure (kurz SOP) für die jeweiligen Stationen vorgeschrieben werden. Besonders im Falle einer gerichtlichen Verfolgung ist eine schlüssige und vollständige Dokumentation sehr hilfreich. Bei späterer Durchsicht der Patientenakte sollte auch ersichtlich sein, in welchem Zeitraum die TZÄ aufrecht war.

7.8 Kritikpunkte

Bei dieser retrospektiven Datenanalyse zeigte sich das vorliegende Datenmaterial, besonders zur TZÄ, sehr heterogen. Im Bereich „Begründung der TZÄ“ ist das Verfassen eines Freitextes möglich, was eine retrospektive Analyse erschwert. Hier wäre eine prospektive Analyse mit vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten für eine Begründung sicherlich von Vorteil. Weiters könnten Prioritäten definiert werden, z.B. welche Begründung am meisten ausschlaggebend war für eine TZÄ. Denn im Freitext kommen häufig Mehrfachnennungen von verschiedenen Gründen vor, ohne eine Aussage über deren Reihenfolge treffen zu können.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Fallzahl von 47 PatientInnen mit TZÄ, diese ist eher klein, besonders in der Analyse der Untergruppen von TZÄ-Blatt bzw. Vermerk allein (23 vs. 23; 1 TZÄ-Blatt fehlend). Um einzelne Entitäten der TZÄ genauer zu betrachten, zum Beispiel bei einer DNE-Order, welche Maßnahmen nicht mehr gesteigert werden sollen (Katecholamine, kein zusätzliches Antibiotikum, etc.). bräuchte es eine größere Fallzahl, entweder durch Einschluss weiterer ICUs oder einem längerem Beobachtungszeitraum, für eine valide Aussage.

Als letzter Kritikpunkt ist sicherlich die hohe Spezialisierung der Station zu nennen, obwohl auch internistische PatientInnen auf der ACI aufgenommen wurden, kommen die meisten PatientInnen von chirurgischen Abteilungen zur Aufnahme. Dieser Verzerrungseffekt erschwert eine Verallgemeinerung der Ergebnisse für andere ICUs.

8. Konklusion

Zusammenfassend ist eine gut dokumentierte Therapiezieländerung bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende ein hilfreiches Instrument für die palliativmedizinische Betreuung eines schwerstkranken Menschen. Eine Therapiezieländerung kann bei weit fortgeschrittenen, terminalen Krankheitsbildern ein Hinauszögern von Leid verhindern und den Weg für einen Sterbeprozess in Würde ebnen. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass eine Therapiezieländerung trotzdem kein sicheres „Todesurteil“ für PatientInnen sein muss. Jede/r dritte PatientIn, die/der eine TZÄ erhalten hat, verlässt die ICU lebend und kann auf die Normalstation verlegt werden. Die/der PatientIn ist also nicht in die Situation gekommen,

reanimiert werden zu müssen, hat eine kritische Erkrankung überlebt und ist stabil genug geworden, nochmals die Intensivstation zu verlassen, wodurch diese/r PatientIn Lebenszeit gewonnen hat. Der Grund für die vorherige Ausstellung einer TZÄ (schwere terminale Erkrankung mit begrenzter Lebenszeit) bleibt aber dennoch bestehen. Die/der PatientIn wird meist nach Besprechung im Team aller BehandlerInnen mit dem Vermerk verlegt, dass er/sie im Falle einer erneuten Verschlechterung nicht mehr auf die Intensivstation rückübernommen wird und dann auf der Station im Rahmen einer CTC betreut werden sollte.

In naher Zukunft, wenn Fieberkurven nur mehr elektronisch auf dem Computer bestehen und dort alle wichtigen Daten vermerkt werden, wäre auch die Einrichtung einer ausführlichen, verpflichtenden Dokumentation zur Therapiezieländerung sehr sinnvoll. Wenn eine solche erstellt werden soll, könnte man zum Beispiel wie in einem elektronischen Formular alle wichtigen Punkte zur TZÄ als Pflichtfelder gestalten, und diese würde dann vom System nur anerkannt werden, wenn alle Felder ausgefüllt sind. Weiters könnte das Programm eine „Erinnerungsnotiz“ alle 24 Stunden bei der Visite erstellen, ob eine TZÄ weiterhin indiziert ist. Dadurch würde die ÄrztIn/der Arzt neben der gesetzlich vorgeschriebenen ersten Dokumentation der TZÄ diese bei der Visite - wie jegliche andere Therapievorschreibung auch - täglich bestätigen oder auch widerrufen müssen. Damit könnte eine lückenlose und gut nachvollziehbare Dokumentation auch bei diesem schwierigen Thema gewährleistet werden und im Falle einer gerichtlichen Nachfrage könnte die/der verantwortliche ÄrztIn/Arzt somit auch bei diesem Thema eine ausführliche Dokumentation vorlegen und damit weniger angreifbar sein.

8.1 Abschlussgedanken

Diese Diplomarbeit schließt mit einem Zitat von Margret Parker aus einer rezenten Publikation aus dem Jahr 2015, die sehr schön die wichtigsten Gedanken rund um therapeutische Entscheidungen am Lebensende zusammenfasst:(38)

Manchmal sieht es so aus, als würden wir vergessen, dass der Tod unausweichlich ist. Der Weg zum Ende der Straße ist höchst variabel, die Intensivmedizin arbeitet daran, diesen Weg länger zu machen.

Sollten wir statt „chronologischem Alter“ lieber „physiologisches Alter“ als Risikoprädiktor für Mortalität verwenden?

Als Ärztin/Arzt am PatientInnenbett müssen wir uns individuell um die/den einzelne/n PatientIn kümmern, gleichzeitig aber als WächterIn über ICU-Ressourcen das Wohl der Gemeinschaft vor Augen haben.

Als Baby-Boomer Generation werden wir mit einer wachsenden Anzahl an alten PatientInnen konfrontiert sein und damit mit einer zunehmenden Anzahl an Sterbenden. Wir werden aber auch das Privileg und die Verantwortung haben, uns um vieler dieser PatientInnen auf unseren Intensivstationen zu kümmern.

Unser Privileg und unsere Verantwortung ist es auch, frei darüber zu sprechen, dass das Ende des Lebens unausweichlich ist und zu verstehen, was jede/r einzelne PatientIn unter einem „qualitätvollen Ende“ versteht. (übersetzt aus dem Englischen 38, S. 1351)

9. Literatur

1. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2013; 48(4):216–23.
2. Bundesärztekammer. Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Dtsch Arztebl Int.* 2007; 104(13):891–6.
3. Tirol Kliniken GmbH: Einsichts- und Urteilsfähigkeit [Internet]. [zuletzt aufgerufen am 30.01.2016] Verfügbar unter: <https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=ueberuns/patientinneninformation1/aufklaerung-und-einwilligung/einsichts--und-urteilsfaehigkeit>.
4. Bundesministerium für Gesundheit Österreich: Evaluierungsstudie Patientenverfügungsgesetz [Internet]. 2014 [zuletzt aufgerufen am 30.1.2016]. Verfügbar unter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/0/1/CH1096/CMS1418680524597/studie_patientenverfuegung_patvgii_15.12.2014.pdf.
5. Wallner J. Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende. *Intensivmed.* 2010; 47(1):49–54.
6. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med.* 2004; 30(5):770–84.
7. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1999; 49(5):651–61.
8. Drazen JM. Decisions at the end of life. *N Engl J Med.* 2003; 349(12):1109–10.
9. Sprung CL, Carmel S, Sjøkvist P, Baras M, Cohen SL, Maia P, et al. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive Care Med.* 2007; 33(1):104–10.
10. Valentin A. ICU im Wandel der Zeit – die letzten 15 Jahre [Internet]. 2012 [zuletzt aufgerufen am 30.1.2016]. Verfügbar unter: <http://www.asdi.ac.at/assets/Uploads/pdf/meeting12/ValentinIntensivmedizin-im-Wandel-der-Zeit-die-letzten-15-JahreASDI-Meeting-2012.pdf>.
11. Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs. Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. *Wien Klin Wochenschr.* 2004; 116(21-22):763–7.
12. Nathanson BH, Higgins TL, Brennan MJ, Kramer AA, Stark M, Teres D. Do elderly patients fare well in the ICU? *Chest.* 2011; 139(4):825–31.
13. Unseld S, Schuepbach RA, Maggiorini M. ICU, hospital and one year mortality of patients suffering from solid or haematological malignancies. *Swiss Med Wkly.* 2013; 143:w13741.
14. Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. *Respir Care.* 2012; 57(6):1021–7.
15. Nelson JE, Cox CE, Hope AA, Carson SS. Chronic critical illness. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010; 182(4):446–54.
16. Wegscheider K. Gibt es eine Evidenz für medizinische Aussichtslosigkeit? *Notfall Rettungsmed.* 2012; 15(8):667–70.
17. Escobar Pinzon LC, Claus M, Zepf KI, Letzel S, Fischbeck S, Weber M. Preference for place of death in Germany. *J Palliat Med.* 2011; 14(10):1097–103.
18. Pearse H, Saxby C, Hicks F, Kite S. Patient choice regarding place of death. *Palliat Med.* 2005; 19(2):171–2.
19. Feng Y, Amoateng-Adjepong Y, Kaufman D, Gheorghe C, Manthous CA. Age, duration of mechanical ventilation, and outcomes of patients who are critically ill. *Chest.* 2009;

- 136(3):759–64.
20. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med*. 2001; 29(7):1303–10.
 21. Murphy DJ, Santilli S. Elderly patients' preferences for long-term life support. *Arch Fam Med*. 1998; 7(5):484–8.
 22. Valentin A. *Palliativmedizin*. *Intensivmed*. 2010; 47(1):29–34.
 23. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003; 290(6):790–7.
 24. Clemens KE, Klaschik E. Dyspnoea associated with anxiety--symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Support Care Cancer*. 2011; 19(12):2027–33.
 25. Breault JL. DNR, DNAR, or AND? Is Language Important? *Ochsner J*. 2011; 11(4):302–6.
 26. Eggenberger E, Pleschberger S. Sterben Erkennen. *Palliativmedizin*. 2012; 13(01):28–35.
 27. Meadow W, Pohlman A, Frain L, Ren Y, Kress JP, Teuteberg W, et al. Power and limitations of daily prognostications of death in the medical intensive care unit. *Crit Care Med*. 2011; 39(3):474–9.
 28. Meadow W, Pohlman A, Reynolds D, Rand L, Correia C, Christoph E, et al. Power and limitations of daily prognostications of death in the medical ICU for outcomes in the following 6 months. *Crit Care Med*. 2014; 42(11):2387–92.
 29. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14:61–5.
 30. Le Gall JR, Loirat P, Alperovitch A, Glaser P, Granthil C, Mathieu D, et al. A simplified acute physiology score for ICU patients. *Crit Care Med*. 1984; 12(11):975–7.
 31. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*. 1993; 270(24):2957–63.
 32. Metnitz PGH, Moreno RP, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3--From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med*. 2005; 31(10):1336–44.
 33. Moreno RP, Metnitz PGH, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3--From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med*. 2005; 31(10):1345–55.
 34. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med*. 1974; 2(2):57–60.
 35. Miranda DR, de Rijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study. *Crit Care Med*. 1996; 24(1):64–73.
 36. Dripps R. New classification of physical status. *Anesthesiol*. 1963; 24:111.
 37. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med*. 1995; 23(10):1638–52.
 38. Parker MM. How Much? How Long? Who Decides? *Crit Care Med*. 2015; 43(7):1351.

10. Danksagung

Besonders bedanken für die Unterstützung, vor allem zu Beginn der Arbeit, möchte ich mich bei Fr. Bachler Mirjam, MSc., BSc., die mir besonders bei der Antragsstellung für die Ethikkommission geholfen hat. Außerdem wurde dieser Antrag durch Fr. Bachler eingereicht. Weiters gilt mein Dank Fr. Univ.-Ass. Mag. Caroline Linhart, welche die statistische Auswertung durchgesehen hat und Hrn. Mag. Dennis Huber, welcher die korrekte Zitier- und Formatierungsweise überprüft hat.

11. Anhang

11.1 Dokumentationsblatt „Therapiezieländerung“

		Therapiezieländerung	
		- DNR (Verzicht auf cardiopulmonale Reanimation) - DNE (Do not escalate; Therapie nicht steigern) - WD / Withdraw (Therapie wird beendet) - WH / Withhold (Therapie wird nicht begonnen) - CTC (Comfort Terminal Care; Komforttherapie)	
Massnahmen:			
DNR	<input type="checkbox"/>	DNE (spezifiziere):	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Begründung:			
<small>Die vorformulierte Begründung ist durch spez. Anmerkungen zu ergänzen (Diagnose, Prognose, Pat.-Verfügung, Pat.-Wunsch etc...)</small>			
<input type="radio"/> Pat lehnt Reanimation ab			
<input type="radio"/> Reanimation ist physiologisch aussichtslos			
<input type="radio"/> Sinnhaftigkeit der Reanimation ist zweifelhaft, weil ...			
Grundlage für die Erkundung des Patientenwillen:			
<input type="radio"/> Einwilligung des Pat nach Aufklärung	<input type="radio"/> DNR <input type="radio"/> DNE	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt	
<input type="radio"/> Patientenverfügung	<input type="radio"/> verbindlich	<input type="radio"/> beachtlich	
<input type="radio"/> Einwilligung des Vorsorgebevollmächtigten / Sachwalter	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<input type="radio"/> mutmaßlicher Patientenwille	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<small>Gespräch mit Angehörigen/Vertrauensperson (welche):</small>			
Entscheidungsprozess & Information			
<input type="radio"/> im Behandlungsteam besprochen	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<small>wer wurde informiert: Chirurgie Pflege Angehörige</small>			
<input type="radio"/> ethische Fallbesprechung durchgeführt	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<input type="radio"/> Entscheidung an Angehörige / Vertrauensperson kommuniziert	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		

Die Verantwortung zur Entscheidung über den Verzicht auf Reanimation liegt beim leitenden **Stations-OA-Arzt**, (MUSS ärztlich autorisiert sein), muss bei **Dienstübergabe** mitgeteilt, nach jeweils **24h überprüft** und auf der **Fieberkurve täglich** dokumentiert sein.

Datum	Name und Unterschrift des autorisierenden Intensiv-OA- Arztes

Die Entscheidung zum **Verzicht auf Reanimation/DNE/WD/WH** wurde widerrufen, weil ...

Datum	Name und Unterschrift des autorisierenden Intensiv – OA - Arztes

MODS

MULTI ORGAN DYSFUNCTION SYNDROME SCORE

Funktion	0	1	2
Lunge	Spontanatmung PaO ₂ /FIO ₂ >300	Mechanische Unterstützung PaO ₂ /FIO ₂ >250 PEEP ≤ 5	Mechanische Unterstützung PaO ₂ /FIO ₂ <250 PEEP ≥ 5
Niere	S-Kr ≤ 2mg%	S-Kr ≥ 2mg% oder S-Kr Anstieg über das Doppelte des erhöhten Ausgangswertes	Hämofiltration
Leber	SGOT/SGPT normal Bili < 2mg%	SGOT/SGPT erhöht ≤ 3 x Norm Bili 2-5mg%	SGOT/SGPT erhöht > 3 x Norm Bili > 5mg%
Blut	Thrombo Normbereich Gerinnung Normbereich	Thromboabfall ≥ 25% Abnormes PT/PTT mit und ohne Blutung	Verbrauchskoagulopathie Massivtransfusion > 5 Blutprodukte/h oder > 10 Blutprodukte/24h
Herzkreislauf	Normaler Flüssigkeitsbedarf Keine Katecholamintherapie außer Dopamin ≤ 5µg/(kgxmin)	Flüssigkeitsbedarf 50% > Erhaltungsbedarf oder/und Dopamin > 5µg/(kgxmin) Dobutamin < 10µg/(kgxmin) Neosynephrine	Dobutamin > 10µg/(kgxmin) Suprarenin, Arterenol Kombinationstherapien IABP, PCPBP
Gastrointestinal	Darmgeräusche Stuhlgang Keine Blutung	Ileus > 7 Tage oder Blutung mit Transfusion ≤ 6 Blutprodukte/24h	massive Gastrointestinale Blutung > 6 Blutprodukte/24h
ZNS	GCS ≥ 12	GCS 11-9	GCS ≤ 8



Anfrage des ÖGARI Vorstands betreffend

Einwilligungsfähigkeit und Sachwalterschaft bei Intensivpatienten

Informationsgrundlage für eine Stellungnahme

25. Februar 2013

1 Einwilligungsfähigkeit

Recht auf Selbstbestimmung. Aus Regelungen wie § 16 ABGB, § 110 StGB, § 51 ÄrzteG oder § 5a KAKuG (mit den einschlägigen landesrechtlichen Krankenanstaltengesetzen) ergibt sich die Verpflichtung des Arztes, den einsichts- und urteilsfähigen Patienten angemessen aufzuklären und dessen Zustimmung zur Behandlung (Diagnostik, Therapie) einzuholen. Dieses Recht auf Selbstbestimmung ist auf verfassungsrechtlicher bzw. supranationaler Ebene durch Art. 8 EMRK und Art. 3 EU-Grundrechtecharta abgesichert. Stimmt der Patient nach Aufklärung einer Behandlung zu, wird dies häufig „Informed Consent“ genannt, lehnt der Patient die Behandlung nach Aufklärung über die Konsequenzen die Behandlung ab, kann dies „Informed Refusal“ genannt werden.

Natürliche Einwilligungsfähigkeit. Eine notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Die Einwilligungsfähigkeit ist nicht mit der zivilrechtlichen Geschäftsfähigkeit oder der strafrechtlichen Deliktsfähigkeit gleichzusetzen, sondern bezeichnet die natürliche Einwilligungsfähigkeit eines Menschen. Gemäß § 173 ABGB wird davon ausgegangen, dass Personen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr („mündige Minderjährige“) diese Einwilligungsfähigkeit besitzen.

Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit. Bei der Frage, ob der Patient die nötige Einwilligungsfähigkeit für die Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts besitzt, handelt es sich um eine Frage der medizinischen Expertise und keine Rechtsfrage. Dennoch bietet das Recht normative Rahmenbedingungen für die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit:

- Die Einwilligungsfähigkeit ist in Bezug auf die konkrete Behandlungsmaßnahme zum konkreten Behandlungszeitpunkt zu bewerten. Daher könnte z.B. ein kognitiv leicht eingeschränkter Patient in Bezug auf eine bestimmte Behandlung (z.B. eine komplexe Operation) nicht einwilligungsfähig sein, während er die nötige Einwilligungsfähigkeit in Bezug auf eine andere Behandlung (z.B. eine einfachere diagnostische Maßnahme) schon besitzt. Die Einwilligungsfähigkeit kann auch nur zeitweise gegeben sein (z.B. bei demenziellem Syndrom).
- Die Einwilligungsfähigkeit umfasst die Einsichtsfähigkeit und die Urteilsfähigkeit.¹ Demnach ist einwilligungsfähig, wer „Grund und Bedeutung einer Behandlung einsehen [Einsichtsfähigkeit, d.h. kognitives Element] und seinen Willen nach dieser Einsicht bestimmen [Urteilsfähigkeit, d.h. voluntatives Element] kann“ (§ 36 Abs. 1 UbG a.F.).
- Die Einwilligungsfähigkeit bedeutet nicht, dass der Patient eine sogenannte vernünftige (d.h. allgemein verständliche) Entscheidung treffen muss. Er kann auch scheinbar unvernünftige Entscheidungen treffen, wenn er sich rational über deren Konsequenzen bewusst ist.

Die medizinisch-fachliche Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit obliegt dem Arzt, wobei hierfür rechtlich kein bestimmtes Sonderfach gefordert wäre. In Zweifelsfällen kann und sollte aber die Expertise eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie eingeholt werden.

¹ Amelung, Über die Einwilligungsfähigkeit (Teil I), ZStW 1992, 525; Amelung, Über die Einwilligungsfähigkeit (Teil II), ZStW 1992, 821.

Einwilligungsfähigkeit von Intensivpatienten. Die Einwilligungsfähigkeit von Patienten auf Intensivstationen ist wie bei allen anderen Patienten zu überprüfen. Die Einwilligungsfähigkeit von Intensivpatienten kann insbesondere durch folgende Faktoren beeinträchtigt oder genommen sein:

- ihre aktuelle Erkrankung (z.B. schweres Schädel-Hirn-Trauma),
- ihre Grunderkrankung (z.B. weit fortgeschrittene Demenz),
- intensivmedizinische Maßnahmen (z.B. Analgosedierung),
- sonstige Begleitumstände (z.B. postoperatives Durchgangssyndrom).

Bei der Beurteilung einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit des Intensivpatienten ist zu bedenken, ob diese vorübergehend und grundsätzlich reversibel (z.B. medizinisch gesteuerte Sedierung) oder dauerhaft (z.B. bereits zuvor vorhandene Demenz, schwerer hypoxischer Hirnschaden) sein könnte.

2 Der Stufenbau für die Autorisierung einer medizinischen Behandlung

Wenn es um die Autorisierung einer medizinischen Behandlung geht, hat die Rechtsordnung eine Art Stufenbau vorgesehen:

1. **Aktueller Patientenwille.** Solange der einwilligungsfähige Patient seinen Willen selbst ausdrücken kann, hat dieser immer Vorrang vor allen anderen Autorisierungs-Instrumenten.
2. **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.** Für Situationen, in denen man nicht mehr selbst kommunizieren und entscheiden kann, sieht die Rechtsordnung zwei Autorisierungsinstrumente vor, die miteinander kombiniert werden können:
 - a. *Patientenverfügung* (PatVG): In einer Patientenverfügung drückt der Verfasser seinen Willen für zukünftige medizinische Behandlungssituationen aus und teilt den Adressaten mit, welche Maßnahmen er nicht autorisiert.
 - b. *Vorsorgevollmacht* (§§ 284f bis 284h ABGB): In einer Vorsorgevollmacht übergibt der Vollmachtgeber seine Autorisierungskompetenz für medizinische Behandlungen an eine andere Person. Die Entscheidungen des Bevollmächtigten haben dieselbe Bindungswirkung wie Entscheidungen des Patienten selbst.

3. **Sachwalterschaft.** Die Sachwalterschaft stellt gleichsam das letzte Sicherheitsnetz der Rechtsordnung für die Vertretung nicht einwilligungsfähiger Personen dar. Soweit der Wille eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten aus einer Patientenverfügung oder durch den Mund eines Vorsorgebevollmächtigten zum Ausdruck kommt, ist eine Sachwalterbestellung nicht erlaubt (vgl. § 268 Abs. 2 ABGB). Im Gegensatz zum Vorsorgebevollmächtigten unterliegt der Sachwalter in seinen Entscheidungen einer gerichtlichen Kontrolle. Durch eine Sachwalterverfügung kann eine noch einwilligungsfähige Person dem Pflschaftsgericht ihre Wünsche hinsichtlich eines künftig zu bestellenden Sachwalters mitteilen (§ 279 Abs. 1 ABGB).
4. **Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger.** Sofern ein nicht einwilligungsfähiger Patient keinen Sachwalter oder Vorsorgebevollmächtigten hat, sind seine nächsten Angehörigen dazu berechtigt, eine stellvertretende Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung zu geben; dies jedoch nur insoweit, als diese Behandlung „nicht gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist“ (§ 284b Abs. 3 ABGB). Der Kreis der nächsten Angehörigen umfasst die volljährigen Kinder für ihre Eltern, die Eltern für ihre volljährigen Kinder und Ehegatten sowie eingetragene Partner und (nichteingetragene) Lebensgefährten des Betroffenen (§ 284c Abs. 1 ABGB).

3 Sachwalterschaft

3.1 Sachwalterschaft allgemein

Voraussetzungen der Bestellung eines Sachwalters. Ein Sachwalter ist vom (Bezirks-)Gericht (=Pflschaftsgericht) dann zu bestellen, wenn

- eine volljährige Person an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist, sodass sie alle oder einzelne Angelegenheiten des Lebens nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst besorgen kann (§ 268 Abs. 1 ABGB)

- *und* diese Person nicht anderweitig vertreten wird (z.B. über eine Vorsorgevollmacht oder die Willensbekundung in einer Patientenverfügung; § 268 Abs. 2 ABGB).

Die Voraussetzung „psychische Krankheit oder geistige Behinderung“ wird rechtlich weit gefasst. Zur psychischen Krankheit zählen z.B. die Demenz², reaktive Depressionszustände mit Suizidversuch oder Bulimie³. Ein Koma oder ein Dämmerzustand wird ebenfalls zu den Situationen des § 268 Abs. 1 ABGB gezählt.⁴ Eine geistige Behinderung liegt vor, wenn eine vor dem 18. Lebensjahr beginnende deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit bei gleichzeitig gestörter oder eingeschränkter sozialer Anpassungsfähigkeit attestiert wird.⁵

Wohl und Wille der besachwalteten Person. „Ziel des Sachwalterrechts ist die Förderung und Sicherstellung des Wohls“⁶ der besachwalteten Person, wobei dieses „Wohl“ ein unbestimmter Rechtsbegriff ist. Es ist jedenfalls für die besachwaltete Person und die konkrete Situation individuell zu beurteilen, orientiert sich aber mehr als der individuelle Patientenwille an allgemeinen („vernünftigen“) Wertvorstellungen der Gesellschaft (z.B. an dem Grundsatz, wonach das Leben im Zweifelsfall zu erhalten ist, wenn dazu medizinisch die Möglichkeit besteht – „*in dubio pro vita*“). Der Wille der besachwalteten Person ist insoweit zu berücksichtigen, als „der darin ausgedrückte Wunsch dem Wohl dieser Person nicht weniger entspricht“ (§ 281 Abs. 1 ABGB) als eine andere, z.B. von Sachwalter und Behandlungsteam geplante, Maßnahme.⁷

Bestellung eines (einstweiligen) Sachwalters. Ein Verfahren zur Bestellung eines Sachwalters ist vom PflEGschaftsgericht von Amts wegen dann einzuleiten, wenn es begründete Anhaltspunkte für die

² Kopetzki, Unterbringungsrecht (1995) 49; Kopetzki, Grundriss des Unterbringungsrechts^{3rd} (2012) Rz 84.

³ Barth/Ganner, Handbuch des Sachwalterrechts: Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung^{2nd} (2010) 40.

⁴ SWRÄG 2006 ErläutRV 1420 BlgNR 22. GP 26; Barth/Ganner, Handbuch Sachwalterrecht, 42.

⁵ Kopetzki, Unterbringungsrecht 489 f; Kopetzki, Grundriss Rz 81.

⁶ Barth/Ganner, Handbuch Sachwalterrecht, 83.

⁷ ebd, 90.

Notwendigkeit einer Sachwalterbestellung erhält. Solche Anhaltspunkte können durch Informationen Dritter (Angehörige, Behandlungsteam) an das Gericht herangetragen werden. Das Gericht hat daraufhin die Voraussetzungen für die Sachwalterbestellung zu prüfen (Erstanhörung, § 118 Abs. 1 AußStrG; Gutachten, § 121 Abs. 5 AußStrG).

Für dringende Angelegenheiten kann ein einstweiliger Sachwalter bestellt werden (§ 120 AußStrG). Wenn dem Patienten durch einen Aufschub der Sachwalterbestellung ein erheblicher und unwiederbringlicher Nachteil entstehen könnte, kann die Bestellung eines einstweiligen Sachwalters sogar vor einer Erstanhörung erfolgen (§ 120 Abs. 3 AußStrG). Die Aufgabe für das Behandlungsteam besteht darin, dem Gericht „ausreichende Anhaltspunkte für einen die Bestellung eines Sachwalters erfordernden Geisteszustand der betroffenen Person und für die mit der Unterlassung der gebotenen Maßnahme verbundenen Risiken“⁸ vorzulegen.

3.2 Sachwalterschaft und medizinische Angelegenheiten

Einfache Behandlungen. Die medizinischen Angelegenheiten zählen im Sachwalterrecht zur „Personensorge“. Ist ein (einstweiliger) Sachwalter für den Aufgabenbereich „medizinische Angelegenheiten“ bestellt, so muss seine Zustimmung zur Vornahme einer medizinisch indizierten Maßnahme eingeholt werden (§ 283 Abs. 1 ABGB). Die Befugnis des Sachwalters umfasst auch das Recht, eine Behandlung abzulehnen, wenn dies mit dem Patientenwohl vereinbar ist (z.B. bei einer fragwürdigen Indikation).

Schwerwiegende Behandlungen. „Einer medizinischen Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, kann der Sachwalter nur zustimmen, wenn ein vom behandelnden Arzt unabhängiger Arzt in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt, dass die behinderte Person nicht über die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung ihres Wohles erforderlich ist.“ (§ 283 Abs. 2 Satz 1 ABGB) Ist ein solches ärztliches Zeugnis nicht zu erlangen, oder gibt der Patient zu erkennen, dass er mit der Behandlung nicht einverstanden ist, muss zusätzlich zum Sach-

⁸ ebd, 573.

walter das Gericht zustimmen (§ 283 Abs. 2 Satz 2 ABGB). Eine „schwerwiegende Behandlung“ liegt vor, wenn

- der Eingriff entweder eine an sich schwere Beeinträchtigung darstellt (z.B. lebenswichtige Organe betrifft);
- *oder* der Eingriff eine über 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung bzw. Berufsunfähigkeit nach sich zieht (vgl. § 84 Abs. 1 StGB).

Eine „nachhaltige Beeinträchtigung“ ist dann gegeben, „wenn die Auswirkungen der Behandlung überhaupt nicht oder nur sehr schwer wieder beseitigt werden können.“⁹

Zum Beispiel wird das Legen einer PEG-Sonde regelmäßig als ein schwerwiegender medizinischer Eingriff zu werten sein.¹⁰

Dringende Heilbehandlungen. Für Heilbehandlungen, deren Aufschub durch die Einholung eines gerichtlichen Beschlusses zu einer Gefährdung des Lebens oder zur Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit des Patienten führen würden, ist auch keine einstweilige Sachwalterbestellung erforderlich (§ 283 Abs. 3 ABGB). Diese „Gefahr-in-Verzug“-Klausel ist aus rechtlicher Sicht „dehnbar“: „Ist ex nunc absehbar, dass die Behandlung vor Ablauf des Gerichtsverfahrens durchgeführt werden muss (etwa die Schmerzbehandlung bei aktuellen starken Schmerzen), liegt Gefahr im Verzug vor.“¹¹ Aus rechtsethischer Perspektive ist hierbei zu ergänzen, dass fahrlässig aufgeschobene Behandlungsentscheidungen irgendwann freilich fast immer zu einer „Gefahr in Verzug“ führen können, dies aber eine Konstellation darstellt, welche von § 283 Abs. 3 ABGB so nicht gewollt ist.

Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen und Sachwalterschaft. Aufgrund des Gesetzestexts war stets klar, dass ein Sachwalter bei schwerwiegenden medizinischen Behandlungen zusätzlich zu seiner Zustimmung auch ein zustimmendes ärztliches Gutachten oder die Zustimmung des Gerichts benötigt

⁹ ebd, 185.

¹⁰ SWRÄG 2006 ErläutRV 1420 BlgNR 22. GP 20.

¹¹ Barth/Ganner, Handbuch Sachwalterrecht, 192.

(siehe oben). In der juristischen Lehre wurde weitgehend die Meinung vertreten, diese Regel betreffe nicht nur die Entscheidung, eine Behandlungsmaßnahme durchzuführen, sondern auch die Entscheidung, auf sie zu verzichten. Dieser Ansicht widersprach der OGH im Oktober 2012: Ein Gericht habe nicht die gesetzliche Befugnis, den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zusätzlich zur Zustimmung des Sachwalters zu autorisieren. „Weder dem Sachwalter noch dem behandelnden Arzt kommt in diesem Fall die alleinige Entscheidungsbefugnis zu. Vielmehr haben sie unter Beachtung der [in diesem Fall] beachtlichen Patientenverfügung über die weitere Vorgehensweise konsensual zu befinden. Ist nur einer von ihnen für die Lebenserhaltung, hat diese Vorrang.“¹²

¹² OGH 8.10.2012, 9 Ob 68/11g, (29); *Bernat*, Sterbehilfe und Sachwalterrecht: Zugleich eine Besprechung des Beschlusses des OGH v 8. 10. 2012, 9 Ob 68/11g, EF-Z 2013, 5.