

Diplomarbeit

**Advance Care Planning im österreichischen
Gesundheitssystem: Eine qualitative
Expert:innenanalyse**

zur Erlangung des akademischen Grades

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

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

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

eingereicht von

Stephan Kraus

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Stephan Kraus, 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.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Stephan Kraus, 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.

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt Ao. Univ. Prof.in Dr.in med. univ. Barbara Friesenecker, welche mir bei allen Arbeitsschritten mit ihrer fachlichen Expertise zur Seite stand und stets Zeit und ein offenes Ohr für meine Fragen und Anliegen hatte. Vielen Dank für die umfangreiche Betreuung, die ausführlichen Besprechungen und das wertvolle Feedback!

Weiters danke ich all meinen Interviewpartner:innen, die sich die Zeit genommen haben, mir über ihre Erfahrungen und Sichtweisen in Bezug auf das Thema „Advance Care Planning“ zu berichten. Die Interviews bildeten einen zentralen Bestandteil dieser Arbeit und ermöglichen mir wertvolle Einblicke – danke dafür!

Abschließend gilt ein spezieller Dank meiner Familie, die mich während des gesamten Studiums unterstützt und mir stets Rückhalt gegeben hat.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis.....	7
Zusammenfassung.....	8
Abstract.....	9
Eigenleistung.....	10
1 Einleitung.....	11
1.1 Advance Care Planning (ACP).....	11
1.1.1 Was versteht man unter ACP?	11
1.1.2 ACP im internationalen Vergleich.....	13
1.1.2.1 ACP in den USA – Respecting Choices.....	14
1.1.2.2 ACP in Deutschland	15
1.1.2.3 ACP in der Schweiz.....	16
1.1.3 ACP in Österreich	17
1.1.3.1 Die Entwicklung des Vorsorgedialogs® in Österreich.....	17
1.1.3.2 Die Durchführung des Vorsorgedialogs®	18
1.1.3.3 Vision für Österreich: Schnittstellenmanagement im Rahmen von ACP und Klinischer Perspektivenkonferenz (KPK).....	20
1.2 Ethik und Recht als Basis schwieriger Entscheidungsfindung in der Medizin.....	22
1.2.1 Übertherapie und chronisch kritische Erkrankung	23
1.2.2 Ethische Grundlagen der Therapiezieländerung	25
1.2.2.1 Medizinethische Prinzipien nach Beauchamp und Childress.....	25
1.2.2.2 Zwei-Säulen Modell.....	28
1.2.2.3 Therapiezieländerung.....	29
1.2.3 Gesetzliche Grundlagen bei schwieriger Entscheidungsfindung am Lebensende	32
1.2.3.1 Erwachsenenschutzgesetz.....	32
1.2.3.2 Patientenverfügungsgesetz.....	37
1.2.3.3 Ärztegesetz.....	38

1.2.4 Das gute Leben am Ende des Lebens	39
1.2.5 Instrumente für ethisch schwierige Entscheidungen in der Klinik	40
1.2.5.1 Scoring-Systeme bei Patient:in am Ende des Lebens	40
1.2.5.2 Klinisches Ethikkomitee	42
1.3 Ökonomische Aspekte von ACP	43
1.3.1 Finanzierung von ACP in Österreich	44
2 Methoden	46
3 Resultate	48
3.1 Stichprobenbeschreibung	48
3.2 Die Begriffe Advance Care Planning (ACP) und Vorsorgedialog® (VSD®)	49
3.3 Gespräche über medizinische Krisensituationen und das Lebensende.....	49
3.4 Gespräche nach gesundheitlichen Krisen und Therapiezieländerungen.....	51
3.5 Thema Patient:innenverfügungen	52
3.6 Thema Erwachsenenvertretung	54
3.7 Thema Übertherapien.....	56
3.8 Belastungen durch unklaren Patient:innenwillen.....	59
3.9 ACP als Hilfe bei schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung.....	61
3.10 Dokumentationshilfen und Dokumente zur TZÄ.....	62
3.11 Sondersituation Schnittstelle Schockraum	62
3.12 Sondersituation Schnittstelle innerklinische Übergaben.....	64
3.13 Sondersituation Schnittstelle Krankenhaus zu Pflegeheim / häusliche Pflege.....	66
3.14 Implementierung von ACP	68
3.15 Gesprächsführung als berufliche Exit-Strategie	70
4 Diskussion	71
5 Konklusion.....	81
6 Literaturverzeichnis	82
Abkürzungsverzeichnis	93
Anhang.....	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Schnittstellen von ACP und KPK.....	22
Abbildung 3.1	Darstellung der Antworten zu Frage 3a.....	49
Abbildung 3.2	Darstellung der Antworten zu Frage 4.....	51
Abbildung 3.3	Darstellung der Antworten zu Frage 8.....	59
Abbildung 3.4	Darstellung der Antworten zu Frage 8a.....	60
Abbildung 3.5	Darstellung der Antworten zu Frage 12b.....	64
Abbildung 3.6	Darstellung der Antworten zu Frage 14c.....	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1	Weitere ethische Begründungen für das Ändern eines Therapieziels	32
Tabelle 1.2	Zehn Mythen über die Entscheidungsfähigkeit.....	35
Tabelle 3.1	Stichprobenbeschreibung.....	48

Zusammenfassung

Advance Care Planning (ACP) wird als Konzept gesundheitlicher Vorsorgeplanung verstanden, im Zuge dessen speziell ausgebildete Medical Professionals in Gesprächen die Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen eruieren und anschließend dokumentieren. Mit Ärzt:in wird dann ein Behandlungsplan (im besten Fall einschließlich Vorsorgevollmacht und Patient:innenverfügung) erstellt und das Ausmaß der medizinischen Versorgung, vor allem aber die Ablehnung bestimmter Behandlungen für den Fall definiert, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Diese Dokumente sind besonders an den Schnittstellen der Patient:innenversorgung (zu Hause / Pflegeheim - Notärzt:in - Schockraum - Intensivstation - Normalstation - zu Hause / Pflegeheim) von Bedeutung, da diese Informationen die Medical Professionals dabei unterstützen, medizinische Behandlungen gemäß dem Zwei-Säulen-Modell (auf Basis von medizinischer Indikation und Patient:innenwille) durchzuführen. Im internationalen Vergleich haben sich verschiedene ACP-Konzepte etabliert, in Österreich wurde der Vorsorgedialog® (VSD®) erst 2016 als freiwilliges Vorsorgeinstrument eingeführt. In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwieweit ACP im österreichischen Gesundheitssystem bereits umgesetzt wird bzw. nicht indizierte und nicht gewünschte Maßnahmen bei Übergaben an den Schnittstellen thematisiert werden. Außerdem wurde ermittelt, inwieweit ACP zur Reduktion von Übertherapien beitragen kann bzw. ob dadurch Belastungen für Medical Professionals im Rahmen medizinischer Entscheidungsfindung vermindert werden können. Zur Datenerhebung wurden sieben leitfadengestützte Interviews mit Expert:innen durchgeführt, welche über langjährige Berufserfahrung als Ärzt:in oder Pflegeperson in Österreich und über praktische Erfahrungen an den Schnittstellen der medizinischen Informationsübergabe verfügen. Im Anschluss wurden die offenen Fragen gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Das Treffen medizinischer Entscheidungen ohne ausreichende Informationen zum Patient:innenwillen kommt im Arbeitsalltag der Expert:innen häufig vor und führt auch mehrheitlich zu Belastungen. Besonders im Rahmen der Übergaben an kritischen Schnittstellen steht der Patient:innenwille bei schwerkranken Patient:innen, die nicht mehr für sich selbst sprechen können, oft nicht zeitnah zur Verfügung. Ursachen dafür liegen in mangelhafter Kommunikation und Dokumentation, wodurch es zu Informationsdefiziten bei Medical Professionals kommt. Die Expert:innen sprachen sich mehrheitlich für ein österreichweit verpflichtendes ACP-Konzept aus, weil eine gut dokumentierte vorausschauende Vorsorgeplanung medizinische Entscheidungen erleichtern und Übertherapien reduzieren könnte. Übertherapien verstößen gegen grundlegende medizinethische Prinzipien, belasten Patient:in, Angehörige, Medical Professionals und das Gesundheitssystem, und stellen nach wie vor ein weit verbreitetes Problem in Österreich dar. Daher sind Maßnahmen zur raschen Etablierung eines österreichweit verpflichtenden ACP-Programms unerlässlich.

Abstract

Advance Care Planning (ACP) is a concept of anticipatory health care planning in which specially trained medical professionals explore and document patients' wishes and values through structured conversations. Together with the attending physician, a treatment plan is subsequently developed – ideally including a health care proxy and an advance directive – defining the extent of medical care and, in particular, the refusal of specific treatments in the case of health deterioration. These documents are of particular importance at the interfaces of patient care (home / nursing home – emergency physician – emergency department – intensive care unit – general ward – home / nursing home), as they enable medical professionals to deliver care in accordance with the two-pillar model, based on medical indication and patient autonomy. In international comparison, various ACP models have been established, whereas in Austria, the "Vorsorgedialog®" (VSD®) was introduced only in 2016 as a voluntary ACP instrument.

This thesis investigates the extent to which ACP has already been implemented within the Austrian health care system and whether non-beneficial (non-indicated and / or undesired) interventions are addressed during handovers at care interfaces. Furthermore, it explores whether ACP can contribute to reducing overtreatment and whether it may alleviate the burden on medical professionals in medical decision-making processes. Data were collected through seven semi-structured expert interviews with physicians and nurses in Austria with extensive professional experience and practical knowledge about information transfer at care interfaces. The responses were analyzed using Mayring's qualitative content analysis.

The findings indicate that medical decisions are frequently made without sufficient knowledge of patients' preferences, which is experienced as burdensome by most of the interviewed experts. Especially during handovers at care interfaces, the patient's will is often not available in a timely manner when dealing with seriously ill patients who are no longer able to communicate. The reasons for this may be attributed to inadequate communication and documentation, leading to information gaps among medical professionals. Most experts advocated for the implementation of a nationwide, mandatory ACP framework in Austria, emphasizing that well-documented ACP would facilitate medical decision-making and reduce overtreatment. Overtreatment violates fundamental principles of medical ethics, places strain on patients, relatives, medical professionals, and the health care system, yet remains a widespread issue in Austria. Therefore, the timely establishment of a nationwide mandatory ACP program is thought to be essential.

Eigenleistung

Der Autor dieser Diplomarbeit hat eine Literaturrecherche über ACP in Österreich und im internationalen Vergleich sowie über die ethischen und rechtlichen Grundlagen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung durchgeführt. Diese Ergebnisse wurden in einem einleitenden Abschnitt verschriftlicht und die Quellen gemäß den Richtlinien der Medizinischen Universität Innsbruck angeführt. Weiters hat der Diplomand einen Interviewleitfaden zu diesen Themen erstellt und sieben Expert:inneninterviews durchgeführt. Die Interviews wurden anschließend transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Resultate wurden dargestellt und im Weiteren kritisch diskutiert.

Für die englische Übersetzung des Abstracts der vorliegenden Arbeit hat der Autor ChatGPT (GPT-5.0) verwendet, um sprachliche Formulierungen zu optimieren. Die inhaltliche Verantwortung dafür liegt beim Autor.

1 Einleitung

1.1 Advance Care Planning (ACP)

1.1.1 Was versteht man unter ACP?

ACP wird auch als „Behandlung im Voraus planen“ (BVP), als „Vorsorgedialog®“ (VSD®) oder als „vorausschauende Versorgungsplanung“ bezeichnet und hat sich im angloamerikanischen Raum bereits in den 1990er Jahren etabliert. In Österreich gibt es mit dem VSD® ein einheitlich strukturiertes ACP-Programm hingegen erst seit 2016. (1, 2)

Alle diese Begriffe bezeichnen ein gesundheitliches Vorsorgekonzept, das auf einem Gesprächsprozess basiert, bei dem das Erkennen und Dokumentieren der Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen im Mittelpunkt steht. (3) Dabei soll das Ausmaß der medizinischen Versorgung, vor allem aber die Ablehnung bestimmter Behandlungen für den Fall definiert werden, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Die ACP-Gespräche werden von speziell dafür geschultem Gesundheitspersonal durchgeführt, wobei sich die genauen Anforderungen für solche Gesprächsbegleiter:innen in den verschiedenen ACP-Modellen voneinander unterscheiden. (Kapitel 1.1.2, 1.1.3.2) (4) Es wird empfohlen, Angehörige und / oder nahestehende Personen in dieses Gespräch miteinzubeziehen, insbesondere einer:n potenzielle:n Stellvertreter:in. Außerdem wird die:der Ärzt:in in den ACP-Prozess integriert, um Patient:in umfassend über mögliche zukünftige Behandlungen und deren Alternativen aufzuklären und dadurch Entscheidungen im Sinne eines „informed consent“ zu ermöglichen. Ärztliche Kernaufgabe in diesem sogenannten „shared decision making“-Prozess ist es, Patient:in beratend zur Seite zu stehen und gemeinsam einen Vorsorgeplan aufzustellen, der die Errichtung einer Patient:innenverfügung (PV) beinhaltet und in dem ein:e persönliche:r Stellvertreter:in festgelegt werden soll, damit der mutmaßliche Patient:innenwille in den medizinischen Entscheidungsprozess eingebracht werden kann, sollte Patient:in nicht mehr für sich selbst sprechen können. Für medizinische Notfälle können spezielle Notfallbögen erstellt werden, auf denen in kurzer und klar ersichtlicher Form vermerkt wird, welche Maßnahmen (z.B. Reanimation, Intubation, Intensivtherapie) medizinisch nicht mehr indiziert sind bzw. von Patient:in abgelehnt werden. (1)

Wichtiger Punkt für die lückenlose Fortsetzung eines stattgehabten ACP im niedergelassenen Bereich ist im klinischen Setting die klinische Perspektivenkonferenz (KPK), bei der im Team aller involvierten Behandler:innen (interdisziplinär und multiprofessionell) die Festlegung eines gemeinsamen Therapieziels erfolgt, aus dem eine „gesamtmedizinischen Indikation“ abgeleitet werden muss. (5) Ein gutes Schnittstellenmanagement sorgt für die lückenlose Kommunikation des besprochenen palliativen Behandlungsplans, der Patient:innen auf ihrem

Weg durch die medizinischen Instanzen begleiten muss. (6) Dieser Weg verläuft vom hausärztlich abgedeckten Bereich (zu Hause / Pflegeheim) über Rettungsdienste und Notärzt:in bis hin zum innerklinischen Bereich (Schockraum, OP, Intensivstation, Normalstation) und schließlich wieder zurück nach Hause / ins Pflegeheim. (Kapitel 1.1.3.3) Aus diesem Grund erfordert ein funktionierendes ACP das Integrieren aller an der Patient:innenversorgung beteiligten Institutionen. Speziell angebotene Schulungen für alle Mitarbeiter:innen von Gesundheitseinrichtungen sollen dafür sorgen, dass diese mit den Dokumenten des regionalen ACP-Programms vertraut sind, sodass entsprechend dem voraus dokumentierten Patient:innenwillen gehandelt werden kann. (1) Zur Vernetzung von Gesundheitsinstitutionen untereinander, zur Organisation der Mitarbeiter:innenschulungen im Zuge der Implementierung von ACP und zur regelmäßigen Qualitätskontrolle sollten regionale ACP-Koordinator:innen eingesetzt werden. (7)

Im internationalen Vergleich haben sich mittlerweile unterschiedliche ACP-Programme entwickelt. Diese unterscheiden sich beispielsweise in den Qualifikationen von ACP-Gesprächsbegleiter:innen oder darin, welchen Patient:innengruppen ACP angeboten wird. (Kapitel 1.1.2, 1.1.3) Grundsätzlich ist ACP bei allen Personen angezeigt, unabhängig von Alter, Vorerkrankungen oder Pflegebedarf. Während junge und gesunde Menschen vor allem für Akutereignisse mit einhergehender Entscheidungsunfähigkeit vorsorgen sollen (z.B. neurologische Schädigung), wird älteren und / oder vorerkrankten Menschen (z.B. fortgeschrittene Herz-, Lungen- oder Lebererkrankung, neurodegenerative Erkrankungen etc.) empfohlen, die gesundheitliche Vorsorgeplanung speziell in Hinblick auf mögliche Verschlechterung im Krankheitsverlauf und allfällige Komplikationen zu konkretisieren. (8) Bei jenen Patient:innen, welche bereits zum Zeitpunkt des ACP-Gesprächs ihren Willen in Bezug auf zukünftige medizinische Behandlungen nicht mehr äußern können, kann mit Stellvertreter:in der mutmaßliche Patient:innenwille auf Basis früherer Äußerungen hinsichtlich eines guten Lebens und würdevollen Sterbens dokumentiert werden. Dies bringt auch für Stellvertreter:innen den Vorteil, dass sie sich ohne Zeitdruck mit den Wünschen der Person auseinandersetzen können, für welche sie künftig bei medizinischen Behandlungsentscheidungen sprechen sollen. (9) ACP ist besonders auch dann geboten, wenn Patient:in vor einem risikoreichen operativen Eingriff steht. Elektive Operationen werden im Voraus geplant und daher soll bereits im Aufklärungsgespräch thematisiert werden, was bei Komplikationen noch oder nicht mehr unternommen werden soll und wer den mutmaßlichen Patient:innenwillen im Krisenfall einbringen soll, wenn dies Patient:in selbst nicht möglich ist. (10) Bestenfalls erfolgt dabei noch vor der Operation die Aktualisierung oder Neu-Errichtung einer PV und das Festlegen von Stellvertreter:in. Kindern und Jugendlichen soll insbesondere im Kontext der pädiatrischen Palliativmedizin ACP angeboten werden. Im Gespräch mit Eltern und Patient:in sollen Behandlungspläne erstellt werden, mit denen alle behandelnden und

betreuenden medizinischen Fachkräfte vertraut sind. Jedoch befindet sich pädiatrisches ACP erst in den Anfängen und es mangelt derzeit noch an wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Praxis. (11)

Da ACP als lebenslanger Gesprächsprozess verstanden wird, ist die regelmäßige Reevaluation der Patient:innenwünsche ein weiterer zentraler Bestandteil. Besonders geboten ist dies etwa bei Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, nach Krankenhausaufenthalt, einem Umzug ins Pflegeheim oder dem Tod einer nahestehenden Person. Aber auch ohne solche Ereignisse sollten ACP-Gespräche in regelmäßigen Abständen angeboten und der Behandlungsplan dynamisch an die aktuelle Situation angepasst werden. (1, 12)

Insgesamt errichten noch zu wenig Menschen eine verbindliche oder auch andere PV. Außerdem sind diese häufig ungenau formuliert und liegen dem medizinischen Personal im Bedarfsfall oftmals nicht bzw. nicht rechtzeitig vor. (1) In Regionen mit etabliertem ACP-Konzept zeigte sich nicht nur, dass mehr PV errichtet wurden, sondern in diesen medizinisch erwünschte bzw. nicht erwünschte Maßnahmen auch genauer definiert wurden. (13, 14) In der Region La Crosse (Wisconsin, USA) verfügten etwa 96 % aller Verstorbenen über einen palliativen Behandlungsplan, der schließlich in 99,5 % der Fälle mit den tatsächlich erhaltenen Behandlungen übereinstimmte. (14) Durch ACP können Krankenhauseinweisungen und Übertherapien (siehe Kapitel 1.2.1) reduziert sowie die Inanspruchnahme von Palliativversorgung erhöht werden. (15) Auch Angehörige werden durch die vorangegangenen Gespräche und ihr Wissen um die vordefinierten Patient:innenwünsche in Bezug auf das Lebensende entlastet: Weniger Ängste und Depressionen sowie eine verbesserte Trauerbewältigung sind nachweisbar. (16, 17)

Am Ende ihres Lebens soll Patient:innen ein Sterben in Würde ermöglicht werden, das ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und in fürsorglicher Begleitung (so gewünscht) stattfinden kann. (18) Mithilfe von ACP soll dabei das ethische Grundprinzip der Selbstbestimmung von Patient:innen bis zuletzt gewahrt werden. (6)

1.1.2 ACP im internationalen Vergleich

Bedingt durch Unterschiede im Gesundheits- und Rechtssystem haben sich in der internationalen Praxis verschiedene ACP-Strukturen ausgebildet. Während manche Modelle auf einzelne Regionen beschränkt sind, gibt es auch Projekte, die ein landesweit einheitliches ACP anstreben. (19)

1.1.2.1 ACP in den USA – Respecting Choices

In den USA ist aufgrund eines uneinheitlichen Gesundheitssystems und rechtlicher Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesstaaten die Einführung eines landesweiten Systems gesundheitlicher Vorausplanung aktuell nicht absehbar. (20) Jedoch haben sich regional erfolgreiche ACP-Programme ausgebildet, unter anderem das Programm „Respecting Choices“ (RC) in La Crosse (Wisconsin). RC wird in der Literatur als eines der ersten und am besten untersuchten ACP-Programme beschrieben. (1, 20) Weltweit beruhen ACP-Initiativen auf den Ideen und Erkenntnissen von RC, beispielsweise in Australien, Deutschland oder Singapur. (16)

RC bietet allen erwachsenen Personen der entsprechenden Region die Möglichkeit gesundheitlicher Vorausplanung an und sieht dabei auf verschiedene Lebensphasen abgestimmte Gesprächsangebote vor. „First Steps ACP“ dient gesunden Menschen als Einstieg in den ACP-Prozess, bei dem geklärt werden soll, welche Behandlungswünsche im Falle eines akut eintretenden Verlustes der Entscheidungsfähigkeit (z.B. durch neurologische Schädigung) bestehen. Patient:innen mit Zustandsverschlechterungen im Verlauf chronischer Erkrankungen wird „Next Steps ACP“ angeboten. Hier kann genauer auf die Prognosen der bestehenden Erkrankungen eingegangen werden und es geht dabei um das Erfassen der gewünschten medizinischen Maßnahmen in krankheitsspezifischen Krisenfällen. Patient:innen, deren Todeseintritt in den nächsten zwölf Monaten als wahrscheinlich angesehen wird, erhalten das Gesprächsangebot „Last Steps ACP“, bei dem der Behandlungsplan für das Lebensende weiter konkretisiert wird. Dazu zählt insbesondere auch die vorsorgliche Planung möglicher Notfallsituationen mittels POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment). (16) Darin legt Patient:in gemeinsam mit Ärzt:in fest, in welchem Ausmaß eine medizinische Notfall- bzw. Akutversorgung erfolgen soll. Thematisiert wird dabei unter anderem das Vorgehen in Bezug auf Reanimation, invasive Beatmung, künstliche Ernährung und Krankenhaustransfer. (21)

Eine wichtige Rolle im RC-System nehmen die Gesprächsbegleiter:innen, „facilitators“ genannt, ein, die nach einem mehrstufigen Curriculum in First, Next und Last Steps ACP ausgebildet werden. Zumeist werden die ACP-Gespräche bei RC von nichtärztlichem Personal durchgeführt. Die Ausbildung zu „First Steps Facilitators“ können alle Personen aus Gesundheits- und Sozialberufen sowie ehrenamtliche Mitarbeiter:innen absolvieren, während die Ausbildungen zu „Next Steps Facilitators“ und „Last Steps Facilitators“ nur „qualifiziertem Gesundheitspersonal“ offenstehen. Beispielhaft werden dabei Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen, Seelsorger:innen und Mediziner:innen genannt. (22)

Damit die erarbeiteten Behandlungspläne im Bedarfsfall auch befolgt werden können, ist die Miteinbeziehung des gesamten Personals von Gesundheitseinrichtungen notwendig.

Dementsprechend erhalten Rettungsdienstpersonal, Kranken- und Altenpfleger:innen sowie Krankenhausseelsorger:innen Fortbildungen zu ACP. Bei Mediziner:innen geschieht dies bereits im Zuge der Ausbildung. (16) Es ist vorgesehen, dass sich der Vorsorgeplan jederzeit bei Patient:in befindet oder an allen Stellen der Patient:innenversorgung vom betreuenden Gesundheitspersonal unkompliziert abrufen werden kann. In La Crosse wurde dafür bereits 2002 mit der Implementierung einer elektronischen Gesundheitsakte begonnen, in der die RC-Dokumente gespeichert und bei Bedarf auch inhaltlich angepasst werden können. (14)

Die Effekte von RC konnten in der Region La Crosse in Studien belegt werden. 96 % aller Verstorbenen über 18 Jahren verfügten 2008 über einen palliativen Behandlungsplan und dieser stimmte in 99,5 % der Fälle mit den tatsächlich erhaltenen Behandlungen überein. Diese hohe Übereinstimmung führen Hammes BJ et al. unter anderem darauf zurück, dass der Vorsorgeplan in 99 % der Fälle dem Gesundheitspersonal auch rechtzeitig vorlag. (14)

1.1.2.2 ACP in Deutschland

Eines der ersten ACP-Modelle in Deutschland war das Pilotprojekt „beizeiten begleiten“, das von 2008 bis 2011 in Senior:inneneinrichtungen in Nordrhein-Westfalen implementiert wurde und auf den Erkenntnissen von RC (siehe Kapitel 1.1.2.1) beruhte. Daraus ging der Verein „ACP Deutschland“ hervor, der mittlerweile deutschlandweit Ausbildungen zur ACP-Gesprächsbegleitung anbietet und bei der regionalen Implementierung von ACP unterstützend mitwirkt. Im Zuge dessen werden Hausärzt:innen, Rettungsdienstpersonal, Krankenhauspersonal und Mitarbeiter:innen von Pflegeheimen bezüglich ACP und im Umgang mit den entstandenen Behandlungsplänen geschult. Die Etablierung regionaler ACP-Koordinator:innen wird dabei ebenso berücksichtigt. Außerdem hat „ACP Deutschland“ gemeinsam mit „ACP Swiss“ einheitliche Vorlagen für Behandlungspläne erstellt. (23) ACP-Gesprächsbegleiter:innen müssen im Vorfeld eine spezielle Ausbildung absolvieren, welche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich offensteht, die zusätzlich eine mindestens dreijährige Berufserfahrung im Hospizbereich oder in der Krankenpflege vorweisen müssen. Auch Ärzt:innen mit Interesse an dieser Ausbildung müssen über einschlägige Berufserfahrungen verfügen. (24) Gesetzlich vorgesehen ist in dieser Ausbildung ein 48-stündiger Theorienteil und ein praktischer Teil, bei dem unter anderem vier ACP-Gespräche unter Supervision nachgewiesen werden müssen. Die weitere Ausgestaltung der Ausbildung obliegt den einzelnen Anbietern. Neben „ACP Deutschland“ gibt es eine Vielzahl anderer ACP-Initiativen, die ebenso ACP-Gesprächsbegleiter:innen schulen, wodurch sich uneinheitliche Ausbildungsstandards ergeben. Ein Konzept zur regionalen Implementierung von ACP sieht jedoch einzig „ACP Deutschland“ vor. (23)

Da aus dem Projekt „beizeiten begleiten“ eine erhöhte Anzahl und bessere Anwendbarkeit von PV resultierten, werden seit 2015 die Kosten von ACP für Bewohner:innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. ACP steht explizit auch allen anderen Personen offen, jedoch sind dabei der Zugang zu Gesprächsangeboten sowie die Finanzierung noch nicht geregelt. Im Rahmen von Pilotprojekten kann Patient:innen im Krankenhaus oder in Palliativeinrichtungen ein ACP-Gesprächsangebot gemacht werden. (23)

Die landesweite Einführung eines funktionierenden ACP steht derzeit noch vor einigen Herausforderungen. Neben einer zu geringen Verbreitung von ACP mangelt es auch an der Vernetzung zwischen den ACP-anbietenden Institutionen. Zusätzlich müssen einheitliche Qualifikationen für Instruktor:innen, welche Kurse zur ACP-Gesprächsbegleitung anbieten, etabliert werden. Vielerorts sind die Mitarbeiter:innen regionaler Gesundheitseinrichtungen noch nicht ausreichend auf ACP geschult, wodurch positive Effekte von ACP abgeschwächt werden. Außerdem soll in Notfallsituationen der entsprechende Behandlungsplan für das Rettungsdienst- und Krankenhauspersonal jederzeit einsehbar sein. Dies scheitert derzeit unter anderem an Datenschutzbestimmungen. (23)

1.1.2.3 ACP in der Schweiz

In der Schweiz wird ACP auch als „gesundheitliche Vorausplanung“ (GVP) oder „Patientenverfügung Plus“ bezeichnet. Im Jahr 2013 wurde erstmals ein ACP-Konzept im Zuge der MAPS Studie (Multiprofessional Advance care Planning and Shared decision making for end of life care) im Universitätsspital Zürich getestet. Dafür wurden vor allem Dokumente des deutschen Programms „beizeiten begleiten“ für eine Anwendung in der Schweiz adaptiert. (10) Es zeigte sich, dass den Angehörigen und betreuenden Ärzt:innen signifikant häufiger die Patient:innenwünsche für das Lebensende bekannt waren und diese auch genauer dokumentiert waren. (25) Schließlich erfolgte die Ausdehnung auf den Bereich der Altenheime und mittlerweile gibt es GVP-Beratungsangebote von verschiedenen Krankenhäusern, Arztpraxen und auch privaten Anbietern. (26, 27) Während ACP oftmals vom außerklinischen Bereich ausgehend implementiert wird (siehe RC, VSD), so spielen in der Schweiz die Krankenhäuser eine zentrale Rolle in der Verbreitung von GVP. Da diese eine große Reichweite besitzen, erhofft man sich dadurch, GVP schneller bekannt zu machen und in der Region zu etablieren. Außerdem kann im Krankenhaus noch kurzfristig vor Operationen oder direkt nach gesundheitlichen Krisen GVP angeboten werden. (10) Um in der Schweiz GVP-Gespräche führen zu dürfen, ist eine mehrtägige Ausbildung notwendig, die allen Interessierten offensteht. Es werden dafür keine Qualifikationen vorausgesetzt, jedoch sind Vorerfahrungen in Gesprächsführung und im medizinischen Bereich ausdrücklich erwünscht.

(28) Im Zuge von Medizinstudium und Pflegausbildung wird das Konzept GVP mittlerweile auch unterrichtet. (26) Es wird explizit erwähnt, dass GVP ein Angebot für alle Menschen darstellt und nicht nur Menschen am Lebensende offenstehen soll. Damit das Gespräch an die individuelle Lebenssituation angepasst werden kann, findet man ähnlich den First, Next und Last Steps des amerikanischen RC-Programms (siehe Kapitel 1.1.2.1) einen dreistufigen Aufbau („Allgemeine GVP“, „Vertiefte GVP“, „Krankheitsspezifische GVP“). Im Rahmen der „Krankheitsspezifischen GVP“ sollen auch Kindern und Jugendlichen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen GVP-Gespräche angeboten werden. (29)

Der 2020 gegründete Verein „ACP Swiss“ verfolgt das Ziel einer breiten Implementierung von GVP, arbeitet an der Weiterentwicklung und vertritt die Schweiz zu diesem Thema auf internationaler Ebene. (30) Mit Beteiligung von „ACP Swiss“ wurde vom Bundesamt für Gesundheit eine Roadmap mit Empfehlungen zur landesweiten Umsetzung von GVP erarbeitet. (26) Darin werden unter anderem aktuelle Probleme im Schnittstellenmanagement aufgegriffen: Es wird empfohlen, die GVP-Dokumente im „elektronischen Patientendossier“ zur Verfügung zu stellen, um einen institutionsübergreifenden Zugriff darauf ermöglichen zu können. Zudem wird auf noch ausstehende Vereinheitlichungen von PV und Notfallanordnungen hingewiesen. (29) Trotz der aktuellen Herausforderungen soll binnen der nächsten zehn Jahre ACP in der Schweiz flächendeckend etabliert werden können. (26)

1.1.3 ACP in Österreich

In Österreich stellt der Vorsorgedialog® (VSD®) ein Konzept zur gesundheitlichen Vorausplanung dar. Im Mittelpunkt steht dabei ein begleiteter Gesprächsprozess, bei dem die medizinischen Behandlungswünsche und Wertvorstellungen von Patient:in ermittelt und dokumentiert werden. Gemeinsam mit Ärzt:in wird definiert, welche medizinischen Behandlungen Patient:in wünscht bzw. ablehnt, sollte sie:er zum Zeitpunkt der Behandlungsentscheidung nicht für sich selbst sprechen können. (31)

1.1.3.1 Die Entwicklung des Vorsorgedialogs® in Österreich

Im Jahr 2009 wurde das von „Hospiz Österreich“ entworfene Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ (HPCPH) eingeführt, um die Lebensqualität von Pflegeheimbewohner:innen zu verbessern sowie die Palliativpflege in diesen Heimen weiterzuentwickeln. Unter HPCPH wird ein zwei- bis drei-jähriger Prozess verstanden, bei dem mindestens 80 % des gesamten Pflegeheimpersonals eine Fortbildung nach dem Curriculum Palliative Geriatrie absolvieren. (32, 33) Dieser Ausbildungsplan wurde speziell für HPCPH

entwickelt und beinhaltet etwa Schulungen des Teams über die Kommunikation in der Palliativpflege und zu ethisch schwierigen Fragestellungen am Lebensende (z.B. künstliche Ernährung, terminale Atemnot). (32, 34) Außerdem verlangt HPCPH das Etablieren von „Palliative Care“-Beauftragten in den teilnehmenden Pflegeheimen. Durch Miteinbeziehen von Hausärzt:in soll schließlich ein interdisziplinärer Diskurs über End-of-Life Care, Schmerzmanagement und Krankenhauseinweisungen entstehen. (32) Nach der Einführung von HPCPH wurde im weiteren Verlauf ein solches Projekt unter dem Namen „Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause“ (HPC Mobil) auch für mobile Pflege- und Betreuungsdienste entwickelt. (2, 31)

Mit dem vermehrten Einzug von HPCPH in den Pflegeheimen wurde an den verschiedenen Standorten damit begonnen, individuelle Palliativ- und Notfallbögen zu entwerfen, um auf medizinische Krisen besser vorbereitet zu sein. (35) Daraufhin wurde, aufbauend auf das Projekt HPCPH, ab 2014 der VSD® als einheitliches Kommunikationsinstrument in der gesundheitlichen Vorsorgeplanung entwickelt. (35, 36) 2016 erfolgte schließlich die Einführung als Pilotprojekt, von 2017 bis 2020 fand eine erste Evaluierung statt. Daran nahmen 23 Pflegeheime teil, von denen jedoch nur neun in der Auswertung berücksichtigt werden konnten, da es die übrigen nicht geschafft hatten, den VSD® wie vorgesehen zu implementieren. Dies lag hauptsächlich daran, dass ärztliches Personal nicht den gesamten VSD®-Prozess betreuen konnte. Für Hausärzt:innen war der VSD® mit dem damit verbundenen Zeitaufwand ohne Vergütung nicht umsetzbar. Die erfolgreich in die Auswertung aufgenommenen Pflegeheime setzten zumeist auf angestellte Heimärzt:innen oder Palliativmediziner:innen. Dort konnte schließlich gezeigt werden, dass in 75 % der Krisenfälle nach dem im VSD-Gespräch erfassten Patient:innenwillen gehandelt werden konnte. (36) Während die erste Auflage des VSD® explizit für Alten- und Pflegeheime konzipiert wurde, so werden seit einer Aktualisierung 2020 auch die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sowie Ärzt:innenpraxen inkludiert. (36, 37)

Bis Ende 2021 nahmen laut „Hospiz Österreich“ 207 Pflegeheime am Projekt HPCPH teil und es konnten circa 13.000 Mitarbeiter:innen in palliativer Geriatrie ausgebildet werden. Der VSD® war zu diesem Zeitpunkt österreichweit in 62 Heimen integriert, mehr als die Hälfte davon (33 Heime) befand sich in der Steiermark. (33)

1.1.3.2 Die Durchführung des Vorsorgedialogs®

Der VSD® bietet Patient:innen die Möglichkeit, in einem Gesprächsprozess mit Ärzt:in und Pflegekraft ihre Vorstellungen eines guten Lebens sowie eines würdevollen Sterbens zu formulieren. Auf Wunsch von Patient:in finden diese Gespräche im Beisein von Angehörigen

oder Vertrauenspersonen statt. Im Mittelpunkt steht dabei, welche medizinischen Maßnahmen gewollt bzw. nicht gewollt werden, falls Patient:in dies zum Zeitpunkt einer Behandlungsentscheidung nicht kommunizieren kann. Die Inhalte des Gesprächs werden im Anschluss dokumentiert und helfen dem betreuenden Gesundheitspersonal im Bedarfsfall im Sinne von Patient:in handeln zu können. Solange Patient:in für sich selbst sprechen kann, muss für jede medizinische Maßnahme ihr:sein Einverständnis eingeholt werden. Patient:in kann die im VSD® aufgeführten Behandlungswünsche auch jederzeit widerrufen, es gilt stets der zuletzt geäußerte Wille. (31)

Im Gegensatz zu anderen ACP-Programmen sind beim VSD® keine unterschiedlichen, an die individuellen Lebensphasen angepassten Gesprächsangebote vorgesehen (vgl. First-, Next- und Last-Steps bei RC, siehe Kapitel 1.1.2.1). Der VSD® stellt grundsätzlich ein Angebot für all jene Patient:innen dar, welche sich „*in medizinischer und / oder pflegerischer und / oder psychosozialer Betreuung befinden*.“ (31) Anwendung findet der VSD® in Pflegeheimen, bei mobilen Diensten sowie in Ärzt:innenpraxen und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Die betreuenden Teams sollen dabei die Patient:innen proaktiv auf die Möglichkeit von VSD®-Gesprächen hinweisen. Für die Durchführung in Krankenhäusern ist der VSD® hingegen nicht konzipiert worden, Palliativstationen stellen hierbei eine Ausnahme dar. (31) Als Voraussetzung für die Implementierung des VSD® gilt der Nachweis einer „*guten Basis zu Hospizkultur und Palliative Care*.“ (31) Pflegeheime erreichen diese Grundanforderung etwa durch Teilnahme am Projekt HPCPH, für mobile Dienste ist das Absolvieren des Projekts „HPC Mobil“ notwendig, von Ärzt:in ist der Nachweis von palliativmedizinischer Kompetenz zu erbringen. Den Einführungsprozess zur Integration des VSD® begleitet die Hospiz- und Palliativorganisation des jeweiligen Bundeslandes. Eine eigene Ausbildung zur:zum ACP-Gesprächsbegleiter:in gibt es in Österreich derzeit nicht. Die Durchführung des VSD® obliegt palliativmedizinisch ausgebildeten Ärzt:innen. Zusätzlich soll das Gespräch von einer diplomierten Pflegekraft mit palliativpflegerischen Kompetenzen begleitet werden. (31) Keine Anhaltspunkte finden sich in der Literatur darüber, inwieweit das Gesundheitspersonal in Krankenhäusern oder im Rettungs- und Notärzt:innendienst in Hinblick auf den VSD® und dessen Dokumente geschult wird und wie ein ACP-System mit lückenlosem Schnittstellenmanagement ermöglicht werden kann.

Der VSD® ist sowohl bei entscheidungsfähigen Patient:innen, als auch bei Patient:innen mit fraglicher oder fehlender Entscheidungsfähigkeit (Thema Entscheidungsfähigkeit siehe Kapitel 1.2.3.1) einsetzbar. Bei entscheidungsfähigen Patient:innen wird der verschriftlichte und unterschriebene VSD® rechtlich als „*andere PV*“ (siehe Kapitel 1.2.3.2) angesehen. Als Vorsorge für eine mögliche Entscheidungsunfähigkeit sollen Patient:innen außerdem eine:n persönliche:n Stellvertreter:in wählen und eine Vorsorgevollmacht gemäß dem neuen

Erwachsenenschutzgesetz errichten. (siehe Kapitel 1.2.3.1) Bei fraglich entscheidungsfähigen Patient:innen wird versucht, die Entscheidungsfähigkeit mittels unterstützender Maßnahmen (z.B. Hinzuziehen von Angehörigen) herzustellen. Dies wird anschließend im VSD®-Dokument vermerkt. Das VSD®-Gespräch orientiert sich unter anderem an der Konzentrationsfähigkeit von Patient:in, auch mehrere kurze Gespräche sind möglich. Anfangs wird der medizinische Gesamtzustand mit den aktuellen Diagnosen und Therapien thematisiert. Ärzt:in muss daraufhin feststellen, welche medizinischen Maßnahmen in möglichen Krisenfällen indiziert sind. Darüber ist Patient:in schließlich aufzuklären und sie:er kann diesbezüglich die eigenen Behandlungswünsche zum Ausdruck bringen. Weiters werden im VSD® auch die persönlichen Vorstellungen von Patient:in zu einem guten Leben und einem würdevollen Sterben abgebildet. Spirituelle Wünsche und Anliegen das eigene Begräbnis betreffend können ebenso im VSD® Platz finden. (31) Bei nicht entscheidungsfähigen Patient:innen wird das Dokument des VSD® auf Basis des „mutmaßlichen Patient:innenwillens“ erstellt. Dieser wird im Beisein von Patient:in gemeinsam mit Stellvertreter:in sowie optional Angehörigen und / oder Vertrauenspersonen eruiert. Als Basis dienen früher geäußerte Wertvorstellungen sowie Wünsche bezüglich eines würdevollen Lebens und Sterbens. Als Notfallvorsorge kann im Rahmen des VSD® auch ein Krisenblatt angelegt werden, mithilfe dessen der Patient:innenwille für das Betreuungsteam in zeitkritischen Situationen rasch ersichtlich sein soll. Auf dem Krisenblatt wird angekreuzt, ob eine Reanimation begonnen werden soll und ob eine Krankenhauseinweisung mit weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Schritten erfolgen soll. Krankenhauseinweisungen zur Schmerzlinderung oder zur Behandlung von Knochenbrüchen sind dafür beispielsweise ausgenommen. Alle sechs bis zwölf Monate bzw. bei oder nach Zustandsverschlechterungen wird eine Reevaluation der im VSD® vereinbarten Inhalte empfohlen (dynamische PV). (31)

1.1.3.3 Vision für Österreich: Schnittstellenmanagement im Rahmen von ACP und Klinischer Perspektivenkonferenz (KPK)

Damit medizinische Maßnahmen im Bedarfsfall dem im VSD® vordefinierten Patient:innenwillen entsprechen können, ist es notwendig, dass der palliative Behandlungsplan Patient:in auch am Weg durch die verschiedenen medizinischen Instanzen begleitet. Dieser Weg verläuft vom hausärztlich abgedeckten Bereich (zu Hause / Pflegeheim) über Notärzt:in bis hin zum innerklinischen Bereich (Schockraum, OP, Intensivstation, Normalstation) und schließlich wieder zurück nach Hause / ins Pflegeheim. (siehe Abb. 1.1) Immer wenn Patient:in von einem Behandlungs- oder Betreuungsteam an ein anderes übergeben wird, sei es außer- oder innerklinisch, besteht die Gefahr eines Informationsverlustes. Funktionierendes Schnittstellenmanagement zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient:innenwille in Übergabesituationen

thematisiert wird und an allen Stellen der Patient:innenversorgung die Mitarbeiter:innen im Umgang mit ACP-Dokumenten ausgebildet sind. (1, 5) Pflegeheime und mobile Dienste müssen bei der Implementierung des VSD® einen Einführungsprozess von Hospiz Österreich durchlaufen. (31) Ob im Zuge der VSD®-Einführung auch regionale Rettungsdienste und Krankenhäuser spezifische Fortbildungen erhalten, wird in der Literatur nicht angegeben.

Der VSD® wird von Hausärzt:in oder Palliativmediziner:in durchgeführt, für den innerklinischen Bereich ist dieser hingegen nicht konzipiert. (31) Im klinischen Setting stellt dafür die klinische Perspektivenkonferenz (KPK) ein Äquivalent zu ACP dar, bei der sich Ärzt:innen unterschiedlicher Disziplinen vernetzen und gemeinsam weitere Maßnahmen bei Patient:innen mit hohem Risiko für Zustandsverschlechterungen abwägen. Das Konzept der KPK wurde von der Arbeitsgemeinschaft Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) entwickelt, 2019 auf dem Jahreskongress der Fachgesellschaft erstmalig präsentiert und 2025 schlussendlich publiziert. In einem ersten Schritt werden dabei Hochrisikopatient:innen identifiziert, indem Mortalitätsrisiko und Rehabilitationspotenzial mithilfe verschiedener Scores (ADL-Score, Clinical Frailty Scale (CFS), POSPOM; siehe Kapitel 1.2.5.1) abgeschätzt werden. Bei einem ADL-Score < 10 sowie einer CFS ≥ 5 soll im Rahmen einer KPK vorab über die weiteren Behandlungsmaßnahmen und das Komplikationsmanagement gesprochen werden. Bei der KPK sollen schließlich alle behandelnden Ärzt:innen gemeinsam ein für Patient:in realistisches Therapieziel definieren, aus dem dann die sogenannte „gesamtmedizinische Indikation“ abgeleitet werden muss. Die „gesamtmedizinische Indikation“ wird aus den einzelnen fachspezifischen Indikationen (z.B. chirurgische, anästhesiologische, intensivmedizinische, onkologische Indikation) entwickelt und ist für die weiteren Behandlungen wegweisend. (5) In einem umfangreichen ärztlichen Aufklärungsgespräch mit Patient:in, Angehörigen und Stellvertreter:in soll nachfolgend besprochen werden, welche der indizierten Maßnahmen von Patient:in gewollt werden bzw. welche theoretisch machbaren Therapien im Falle von Komplikationen nicht mehr durchgeführt werden, da diese dem zuvor festgelegten Therapieziel nicht mehr entsprechen (z.B. Reanimation, Operation, intensivmedizinische Therapie, Chemotherapie, Bestrahlung etc.). Bei besonders schwieriger Entscheidungsfindung (im Behandlungsteam oder mit Patient:in / Stellvertreter:in) kann zur Unterstützung auch das klinische Ethikkomitee (KEK; siehe Kapitel 1.2.5.2) hinzugezogen werden. Wenn Patient:in noch nicht über eine PV und / oder Vorsorgevollmacht verfügt, dann sollen diese zeitnah erstellt werden. Sollte das Errichten einer Vorsorgevollmacht zeitlich nicht mehr möglich sein, kann Patient:in eine:n Stellvertreter:in nach dem Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) wählen. (5, 38) Diese:r kann im Bedarfsfall, nach Registrierung beim Erwachsenenschutzverein, als „gewählte Erwachsenenvertretung“ gemäß dem neuen Erwachsenenschutzgesetz fungieren. (Kapitel 1.2.3.1)

Mithilfe von ACP sollen Indikation und Patient:innenwille in Bezug auf medizinisch mögliche Maßnahmen frühzeitig abgeklärt werden, um Übertherapien (siehe Kapitel 1.2.1) vorzubeugen und ein „gutes Leben am Ende des Lebens“ (siehe Kapitel 1.2.4) zu ermöglichen. (5)

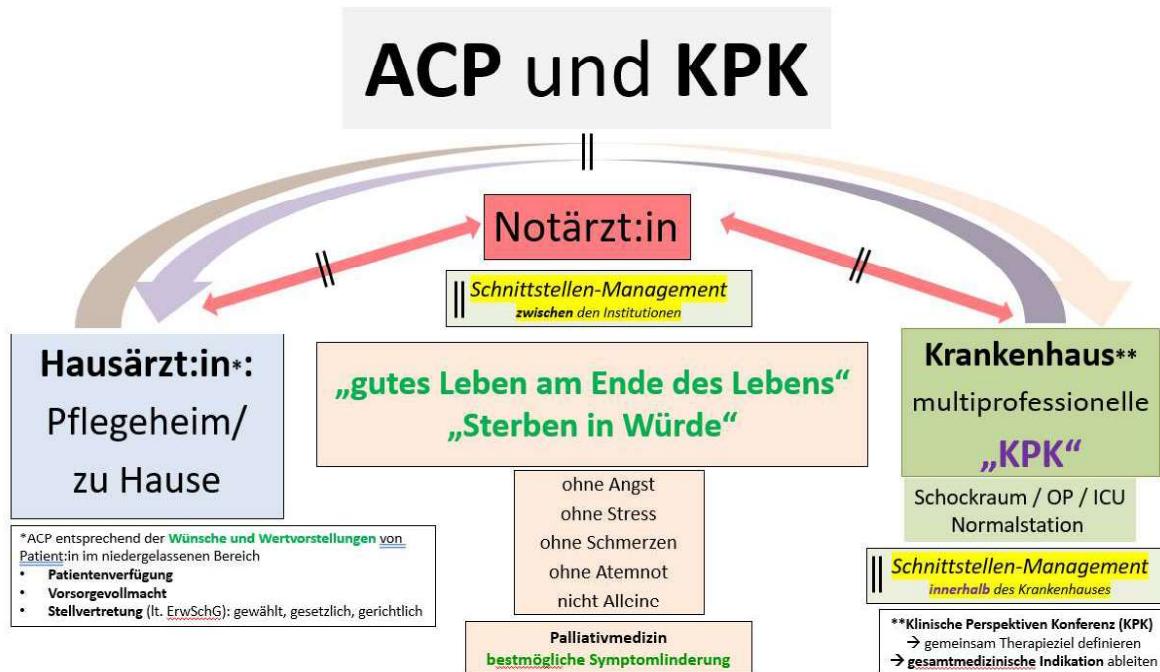


Abb. 1.1 Schnittstellen von ACP und KPK (dankenswerterweise zur Verfügung gestellt von Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ med. univ. B. Friesenecker)
Quellen: Klinische Perspektiven Konferenz (5), Bioethikkommission: „Sterben in Würde“ (18)

1.2 Ethik und Recht als Basis schwieriger Entscheidungsfindung in der Medizin

Ärzt:innen werden im beruflichen Alltag häufig mit ethisch schwierigen Fragestellungen konfrontiert. In den darauffolgenden Entscheidungssituationen fühlt sich ärztliches Personal oftmals unsicher und überfordert. (39) Fehlentscheidungen oder das Vermeiden ethisch komplexer Entscheidungen können zu Übertherapien führen, wodurch Patient:innen chronisch kritisch krank werden können und ihr Leiden verlängert wird. (Kapitel 1.2.1) Die vier Prinzipien des Georgetown Mantra (Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit) bilden die ethische Grundlage bei schwierigen Entscheidungsprozessen in der Medizin und geben dabei Sicherheit. (Kapitel 1.2.2.1) Das Zwei-Säulen-Modell, in dem die Säule der Patient:innen-Autonomie und die Säule der medizinischen Indikation und des Therapieziels gleichwertig nebeneinander stehen, ist ein weiteres Gedankenmodell für die ethische Beurteilung schwieriger medizinischer Fragestellungen. (Kapitel 1.2.2.2) Den rechtlichen Rahmen geben

dabei Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG), Patientenverfügungsgesetz (PatVG) sowie Ärztegesetz (ÄrzteG) vor. (Kapitel 1.2.3) Diese ethischen Modelle und rechtlichen Grundsätze sollen Patient:innen ein gutes Leben am Ende des Lebens sowie ein Sterben in Würde (ohne Schmerzen, Angst, Stress, Atemnot, Alleinsein) ermöglichen. (Kapitel 1.2.4)

1.2.1 Übertherapie und chronisch kritische Erkrankung

Unter Übertherapie versteht man therapeutische oder diagnostische Maßnahmen, welche für Patient:in in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium nicht mehr sinnvoll sind. Elshaug et al. bezeichnen Übertherapie als das Durchführen medizinischer Maßnahmen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit weder Lebenszeit noch Lebensqualität steigern, die mehr Schaden als Nutzen mit sich bringen oder denen Patient:in nach umfassender Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken nicht zugestimmt hätte. (40) Cardona-Morell et al. beschreiben das Ausmaß nicht sinnvoller Behandlungen (non-beneficial treatments; NBT) in modernen Gesundheitssystemen. Im Zuge der Behandlung am Lebensende erhielten 33-38 % der Patient:innen NBT. In den letzten sechs Lebensmonaten wurden bei unheilbar kranken Patient:innen unter anderem nicht sinnvolle Intensivtherapien, Reanimationen, Strahlentherapien, Transfusionen, Nierenersatztherapien sowie Therapien mittels Antibiotika, Herz-Kreislauf-Medikamenten, Hormonen und verdauungsfördernden Substanzen durchgeführt. Sogar in den letzten sechs Lebenswochen wurde noch jede:r zehnte:r Patient:in auf eine Intensivstation aufgenommen, jede:r Dritte erhielt eine nicht sinnvolle Chemotherapie. In Hinblick auf diagnostische Maßnahmen wurden bei einem Viertel nicht nützliche Bildgebungen veranlasst, bei etwa der Hälfte der Patient:innen Blutabnahmen. (41)

Übertherapie schadet sowohl Patient:in, die:der dadurch eine chronisch kritische Erkrankung (Chronic Critical Illness; CCI) entwickeln kann, als auch deren:dessen Angehörigen und dem medizinischen Team. Eine wachsende Anzahl an intensivmedizinisch betreuten Patient:innen wird nach dem Überleben schwerer Erkrankungen oder großer operativer Eingriffe chronisch kritisch krank. Patient:in mit CCI lässt sich beispielsweise nur schwer von mechanischer Beatmung entwöhnen und hat ein erhöhtes Risiko für Delir und rezidivierende Infektionen. Lange bzw. häufige Intensivaufenthalte sind die Folge. Die Ein-Jahres-Mortalität liegt in diesem Patient:innenkollektiv bei 40-50 %. Ist bei Patient:innen eine mechanische Beatmung über 21 Tage lang notwendig, sind diese über 50 Jahre alt und weisen Thrombozyten unter 150 000 / µl, Vasopressoren- und Dialysepflichtigkeit auf, so liegt deren Ein-Jahres-Mortalität bei 100 %. (42) Auch wenn chronisch kritisch kranke Patient:innen längere Zeit überleben, bleibt die Lebensqualität häufig stark beeinträchtigt („Pflegefall“). Die meisten leben in Pflegeeinrichtungen, weniger als 12 % leben ein Jahr nach dem auslösenden Ereignis

selbstständig zuhause. (43) Die Angehörigen von Patient:in mit CCI leiden signifikant häufiger an posttraumatischen Überlastungs- und Angstzuständen. Besonders überfordernd empfinden es Angehörige, wenn sie die Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:in mit ausgeprägter kognitiver Einschränkung in den medizinischen Entscheidungsfindungsprozess einbringen sollen, diese ihnen aber nicht bekannt sind. (44) Mit Patient:in bzw. deren Stellvertreter:in soll im Zuge der Entscheidungsfindung ein „informed consent“ hergestellt werden. Nelson et al. fanden jedoch in einer Untersuchung mit 100 chronisch kritisch kranken Patient:innen bzw. deren Stellvertreter:innen heraus, dass die Mehrheit medizinischen Maßnahmen (z.B. mechanische Beatmung, Tracheotomie) zugestimmt hatte, ohne etwa über Ein-Jahres-Überlebensrate, erwartbare Lebensqualität oder medizinische Alternativen aufgeklärt worden zu sein. (45) Das Wahrnehmen von Behandlungen, die nicht sinnvoll bzw. angemessen sind, stellt auch für das medizinische Personal einen wesentlichen Belastungsfaktor dar und erhöht das Risiko für Burn-out. (46) Am belastendsten wird das Fortsetzen kurativer Therapien empfunden, wenn die Prognose infaust ist und dennoch kein Wechsel zu Comfort Terminal Care (CTC) erfolgt. (47)

Übertherapien bewirken eine ethisch (siehe Georgetown-Mantra und Zwei-Säulen-Modell, Kapitel 1.2.2.1 und 1.2.2.2) und rechtlich (siehe Ärztegesetz, Kapitel 1.2.3.3) unzulässige Leidensverlängerung. Durch deren ungünstiges Schaden-Nutzen-Verhältnis wird gegen das medizinethische Prinzip des Nicht-Schadens verstossen. Weiters entstehen durch sinnlose, aber technisch machbare Behandlungen hohe Kosten im Gesundheitssystem, die dadurch an anderen Stellen nicht zur Verfügung stehen. Somit verletzen Übertherapien das Prinzip der Gerechtigkeit – sowohl in Hinblick auf die *Verteilungsgerechtigkeit* als auch in Bezug auf das *ius suum* (unangemessene, unverhältnismäßige und in Hinblick auf ein realistisches Therapieziel nicht indizierte Behandlung). (Kapitel 1.2.2.1) Im Gegensatz dazu steht die von Elshaug et al. beschriebene „right care“. Dabei werden Gesundheit und Wohlbefinden optimiert und Patient:innen erhalten all jene Behandlungen, welche notwendig, gewünscht, klinisch effektiv, leistbar, gerecht und in Bezug auf den Ressourcenverbrauch verantwortbar sind. (40)

Mögliche Ursachen für Übertherapien sind falsch verstandener therapeutischer Ehrgeiz der Behandler:innen, Angst vor rechtlichen Konsequenzen bei Unterlassen technisch machbarer Behandlungen sowie schlechte Kommunikation im Behandlungsteam, mit Patient:in oder Angehörigen. Wenn Ärzt:innen den Wünschen von Patient:in oder Stellvertreter:in nach medizinisch nicht indizierten Maßnahmen entsprechen, würde dies ebenso eine Übertherapie darstellen, was weder ethisch noch rechtlich geboten wäre. (18) Gemäß dem Zwei-Säulen-Modell darf eine Behandlung nur dann durchgeführt werden, wenn sowohl Indikation als auch Einwilligung von Patient:in vorliegen. (Kapitel 1.2.2.2) Vorbeugende Maßnahmen gegen

Übertherapien können sowohl im außerklinischen Bereich (zu Hause, Pflegeheim) als auch im Krankenhaus ergriffen werden. Grundlegend ist dabei das regelmäßige Evaluieren des Therapieziels und der indizierten Maßnahmen sowie der Patient:innenwünsche. (48) Zuhause oder im Pflegeheim kann Ärzt:in im Rahmen eines ACP-Gesprächs einen palliativen Behandlungsplan mit Patient:in und Angehörigen erstellen. Dieser kann dem ärztlichen Personal in Krisensituationen, in denen Patient:in nicht für sich selbst sprechen kann, einen Überblick über die Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:in geben. (Kapitel 1.1.1) Einerseits können dadurch ungewollte Therapien vermieden werden, andererseits gibt die gesundheitliche Vorsorgeplanung dem Behandlungsteam mehr Sicherheit. Im klinischen Bereich soll bei Personen mit besonders hohem Risiko für eine Zustandsverschlechterung im Rahmen einer KPK (siehe Kapitel 1.1.3.3) die gesamtmedizinische Indikation im interdisziplinären Behandlungsteam eruiert werden. (5) Wenn technisch machbare Maßnahmen mit dem Ziel einer Heilung nicht mehr indiziert sind oder von Patient:in nicht mehr gewollt werden, kann mithilfe einer Therapiezieländerung (TZÄ) das Therapieziel auf Palliation abgeändert werden. (Kapitel 1.2.2.3) Bei ethisch besonders schwierigen Fragestellungen soll das behandelnde Team über die Möglichkeit verfügen, das KEK (siehe Kapitel 1.2.5.2) zu konsultieren. Die Etablierung eines KEK liegt in der organisationsethischen Verantwortung einer medizinischen Institution. Ebenso ist es erforderlich, dass die Themen der Über- und Untertherapie sowie der Vorsorgeplanung in die Curricula der medizinischen Aus- und Weiterbildungen integriert werden. (48)

1.2.2 Ethische Grundlagen der Therapiezieländerung

Im Rahmen einer Therapiezieländerung (TZÄ) wird ein kuratives Therapieziel zu einem palliativen Therapieziel abgeändert. Dies wird notwendig, wenn technisch machbare Maßnahmen nicht mehr indiziert sind bzw. nicht mehr gewollt werden. Bei schwer erkrankten Patient:innen am Ende des Lebens kann mithilfe einer TZÄ rechtzeitig der Fokus auf ein Sterben in Würde im Sinne einer CTC gelegt werden. Die TZÄ zielt darauf ab, Leiden nicht zu verlängern und Sterben zuzulassen. (49) Georgetown-Mantra und Zwei-Säulen Modell sind die wichtigsten ethischen Grundlagen der schwierigen medizinischen Entscheidungsfindung.

1.2.2.1 Medizinethische Prinzipien nach Beauchamp und Childress

Die auch als Georgetown-Mantra bekannten Prinzipien nach Beauchamp und Childress bilden die ethische Grundlage der medizinischen Entscheidungsfindung. Die vier gleichwertig nebeneinanderstehenden Prinzipien von Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit geben Ärzt:in dabei Orientierung. (50)

Prinzip der Autonomie (Respect for Autonomy): Das Prinzip der Autonomie beruht auf dem Selbstbestimmungsrecht von Patient:in. Nur nach umfangreicher ärztlicher Aufklärung über Ablauf, Risiken und Benefits einer medizinischen Maßnahme kann Patient:in dieser zustimmen oder diese ablehnen („informed consent“ im Rahmen von „shared decision making“). Dabei muss sichergestellt werden, dass Patient:in die gegebenen Informationen auch verstanden hat und die Entscheidung ohne Zwang oder Manipulation getroffen worden ist. Bei fehlender Zustimmung ist die Durchführung der Therapie oder Diagnostik zu unterlassen. Die Zustimmung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen wieder zurückgezogen werden. Bei Patient:innen, welche in der Entscheidungssituation nicht für sich selbst sprechen können, wird die Patient:innenautonomie gewahrt, indem ein:e Stellvertreter:in eingesetzt und bei vorhandener PV im Sinne vorausverfügter bzw. mutmaßlicher Behandlungswünsche gehandelt wird. Können Behandlungspräferenzen nicht eruiert werden, müssen Entscheidungen im besten Interesse („best interest“) von Patient:in getroffen werden. Dabei stehen der größtmögliche Nutzen sowie ein realistisch zureichendes Therapieziel für Patient:in im Vordergrund. (50)

Außerdem ergibt sich aus dem Recht auf Autonomie das „Recht auf Unvernunft“, gemäß dem Patient:in medizinische Maßnahmen trotz technischer Machbarkeit und bei bestehender Indikation ohne Angabe von Gründen ablehnen darf. Dabei hat zuvor eine umfangreiche ärztliche Aufklärung über die Konsequenzen dieser Entscheidung (z.B. Tod) zu erfolgen. (49) Der Kommunikationsprozess ist zeitnah schriftlich zu dokumentieren.

Während der Begriff der „Autonomie“ grundsätzlich das von äußeren Einflüssen unabhängige Entscheiden bezeichnet, berücksichtigt der Begriff der „Relationalen Autonomie“ auch die sozialen Beziehungen von Menschen und deren Auswirkungen auf autonome Entscheidungen. Oftmals ergibt sich für Patient:in der Sinn einer medizinischen Behandlung erst durch ihr Eingebundensein in zwischenmenschliche Beziehungen und ihr jeweiliges Umfeld. (50)

Prinzip des Nicht-Schadens (Nonmaleficience): Dieses Prinzip verpflichtet Ärzt:in dazu, Patient:in keinen Schaden zuzufügen. Allerdings sind medizinische Behandlungen stets mit Risiken und Nebenwirkungen vergesellschaftet. Schädigende Handlungen sind somit in jenen Fällen gestattet, in denen der Nutzen einer medizinischen Maßnahme überwiegt. Dabei werden die gleichwertigen Prinzipien von Nicht-Schaden und Wohltun gegeneinander abgewogen. Beispielsweise entsteht durch eine Operation ein Schaden am Körper von Patient:in. Werden jedoch mithilfe des Eingriffs Überleben gesichert, Krankheit geheilt oder Symptome gelindert, kann der verursachte Schaden gerechtfertigt sein. Weiters dürfen im Rahmen der palliativen Behandlung Medikamente zur Symptom- und Leidensminderung gegeben werden, auch wenn dadurch ein früheres Versterben riskiert wird. Besonders bei

Therapien am Lebensende muss regelmäßig überprüft werden, ob das Verhältnis von Nutzen und Belastung bestimmte Behandlungen noch rechtfertigt. Werden technisch mögliche, auf Heilung ausgerichtete Behandlungen fortgesetzt, obwohl es dafür kein realistisches Therapieziel mehr gibt, das sich über den Nutzen für Patient:in definieren muss, dann spricht man von „Futility“. Die Durchführung einer technisch machbaren, aber aufgrund fortgeschrittener Erkrankung für Patient:in nutzlos gewordenen Maßnahme stellt eine unzulässige Leidensverlängerung dar, weswegen machbare, aber unwirksame Maßnahmen nicht begonnen werden dürfen („withhold“) bzw. beendet werden müssen („withdraw“). (50)

Prinzip des Wohltuns (Beneficence): Laut Beauchamp und Childress ist es bedeutend, die Prinzipien von Nicht-Schaden und Wohltun voneinander zu unterscheiden. Ärzt:in soll nicht nur schädliche Handlungen vermeiden, sondern gemäß dem Prinzip des Wohltuns aktiv das Wohlergehen von Patient:innen fördern. Ärztliches Handeln soll Patient:innen von Nutzen sein und zum Heilen von Krankheiten oder Lindern von Symptomen beitragen bzw. im Sinne der Präventivmedizin Krankheiten vorbeugen und Lebensqualität erhalten. (50)

Als „medizinischer Paternalismus“ wird jenes Vorgehen bezeichnet, bei dem Ärzt:in Entscheidungen über medizinische Maßnahmen ohne das Miteinbeziehen von Patient:in trifft und sich damit rechtfertigt, dass sie:er am besten wisse, was dem Wohl von Patient:in diene. Durch die Gleichstellung der vier Prinzipien wird paternalistischen Gesundheitsmodellen die Grundlage entzogen. Autonomie und Wohltun gelten als gleichwertig und müssen auch dementsprechend im Entscheidungsfindungsprozess berücksichtigt werden. (50)

Prinzip der Gerechtigkeit (Justice): Das Prinzip der Gerechtigkeit verlangt die gerechte Verteilung (Verteilungsgerechtigkeit) der Ressourcen im Gesundheitssystem. (50, 51) Verschiedene Gerechtigkeitstheorien liefern unterschiedliche Ansätze zur gereuesten Verteilung der Ressourcen. Der Utilitarismus hat die Maximierung des gesamtgesellschaftlichen Nutzens zum Ziel, der Libertarianismus lässt die Ressourcenverteilung den freien Markt regeln, der Kommunitarismus setzt auf eine starke Gemeinschaft mit eigenen Grundwerten und das Gleichheitsprinzip sieht für alle Personen den gleichen Anspruch auf Ressourcen vor. Die einzelnen Theorien fließen in unterschiedlichem Ausmaß in das Gerechtigkeitsverständnis von Gesellschaften und deren Gesundheitssystemen ein. (50) Dementsprechend hängt es auch vom Gesundheitssystem ab, in welchem Ärzt:in medizinisch tätig ist, inwieweit sie:er die verschiedenen Modelle bei der Verteilung von Ressourcen berücksichtigen muss.

Im Zuge der „besten medizinischen Versorgung“ soll Patient:in all jene Behandlungen erhalten, welche gerecht, angemessen, verhältnismäßig, indiziert und gewünscht sind. Gemäß dem „Ius suum“ ist eine medizinische Behandlung dann gerecht, wenn der jeweils größtmögliche

Nutzen für Patient:in erreicht werden kann. Gleiche Krankheiten dürfen nicht automatisch gleich behandelt werden, da individuelle Unterschiede in Bezug auf Indikation, Patient:innenwille und Komorbiditäten zu berücksichtigen sind. Ein sinnvoller und gerechter Ressourceneinsatz bedeutet, dass alle Patient:innen den gleichen Zugang zu einer medizinischen Ressource haben sollten. Dieser muss durch eine strenge Indikationsstellung, welche sich neben technischer Machbarkeit an einem individuellen, sinnvollen Therapieziel und der Patient:innenautonomie orientieren muss, geregelt werden. Dadurch sollen Übertherapien verhindert sowie „right care“ (siehe Kapitel 1.2.1) ermöglicht werden. (51)

1.2.2.2 Zwei-Säulen Modell

Die zwei Säulen, auf denen die Durchführung jeder medizinischen Behandlung beruhen muss, sind einerseits die „medizinische Indikation“ und andererseits der „Patient:innenwille“. (52) Im Rahmen der Indikationsstellung muss zuerst ein sinnvolles Therapieziel definiert werden. Dabei wird etwa abgeklärt, ob die Erkrankung mit dem Überleben vereinbar ist und ob kurative Behandlungen zu einer für Patient:in akzeptablen Lebensqualität führen können. Es wird von ärztlicher Seite ermittelt, welche Maßnahmen technisch machbar sind, Patient:in mehr nutzen als schaden und das Erreichen des Therapieziels ermöglichen. Diese Maßnahmen gelten schließlich als indiziert. Nicht alle medizinisch möglichen Maßnahmen stellen auch einen Benefit für Patient:in dar. Das sorgfältig festgelegte und im Falle medizinischer Aussichtslosigkeit rechtzeitig abgeänderte Therapieziel (siehe TZÄ; Kapitel 1.2.2.3) soll Über- und Untertherapien vermeiden und Patient:in eine angemessene Versorgung ermöglichen. Nur indizierte Behandlungen dürfen Patient:in angeboten werden. Widersprechen Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:in dem definierten Therapieziel, muss ein alternatives Therapieziel gefunden werden und eruiert werden, welche Maßnahmen zum Erreichen dieses Ziels indiziert sind. Bestenfalls wird die Indikation gemeinsam in einem multiprofessionellen Team aus Ärzt:innen der verschiedenen Fachbereiche, Therapeut:innen und Pflegekräften gestellt. (53)

Die Säule „Patient:innenwille“ bringt die Patient:innenautonomie (siehe Georgetown Mantra) bzw. das Selbstbestimmungsrecht in den Entscheidungsprozess ein. Auch wenn medizinische Maßnahmen technisch machbar und indiziert sind, dürfen sie nicht ohne Zustimmung von Patient:in durchgeführt werden. (54) Andererseits dürfen nicht indizierte Maßnahmen auch bei ausdrücklichem Wunsch von Patient:in nicht durchgeführt werden. (55) Bevor Patient:in über eine indizierte Behandlung entscheidet, muss diese:r von Ärzt:in umfassend und in verständlicher Weise darüber aufgeklärt werden. (54) Prinzipiell kann nur Patient:in selbst medizinischen Behandlungen zustimmen oder diese ablehnen. Kann Patient:in aber in der Entscheidungssituation ihren:seinen Willen nicht ausdrücken, so gibt es verschiedene

Möglichkeiten, wie die Säule des Patient:innenwillens dennoch berücksichtigt werden kann. Einerseits, indem Patient:in im Voraus den eigenen Willen mittels PV dokumentiert und / oder über eine Vorsorgevollmacht eine:n Stellvertreter:in bestimmt hat, welche:r im Bedarfsfall den mutmaßlichen Willen von Patient:in in die medizinische Entscheidungsfindung einbringt. Ansonsten, wenn weder PV noch Vorsorgevollmacht vorliegen, soll der mutmaßliche Patient:innenwille anhand früherer Willensäußerungen mit Angehörigen und Vertrauenspersonen ermittelt werden und eine Erwachsenenvertretung gemäß dem neuen Erwachsenenschutzgesetz angeregt werden. (Kapitel 1.2.3) Die Möglichkeiten der Vorsorge durch eine PV oder Vorsorgevollmacht werden in Österreich noch von zu wenigen Menschen in Anspruch genommen. (54) ACP stellt hierbei ein Konzept dar, bei dem bereits im Voraus ein Dokument über Wünsche und Wertvorstellungen (gilt auch als „andere“ PV) erstellt und ein:e Stellverteter:in benannt werden kann. (Kapitel 1.1.1)

1.2.2.3 Therapiezieländerung

Wenn für lebensverlängernde Therapiemaßnahmen keine medizinische Indikation mehr vorliegt oder diese von Patient:in nicht mehr gewollt werden, dann soll eine TZÄ erfolgen. Bei der TZÄ wird das Therapieziel von Heilung auf Palliation abgeändert und es rückt die symptomorientierte Betreuung einer schweren Erkrankung bis hin zum Sterbeprozesses in den Mittelpunkt. Unterschieden wird dabei zwischen Nicht-Beginnen (Withhold) und Beenden (Withdraw) einer Therapie. Medizinethisch und rechtlich sind Nicht-Beginnen und Beenden einer Therapie absolut gleichwertig. Eine TZÄ kann bei sich ändernden Voraussetzungen jederzeit vollständig oder teilweise widerrufen werden. Wichtiger Bestandteil der Errichtung bzw. Änderung einer TZÄ ist die ausführliche schriftliche Dokumentation des Entscheidungsprozesses und die Auflistung der nicht gewünschten bzw. nicht mehr indizierten medizinischen Maßnahmen. Die Arbeitsgemeinschaft Ethik der ÖGARI hat vier wesentliche Begriffe für die Dokumentation einer TZÄ beschrieben. (49, 54)

Do Not Resuscitate (DNR): Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand werden keine mechanischen, medikamentösen oder elektrischen Reanimationsmaßnahmen eingeleitet. Die DNR-Anordnung gilt nur für die Reanimationssituation, das weitere diagnostische und therapeutische Prozedere bleibt davon unbeeinflusst. (49, 54)

Do Not Escalate (DNE): Laufende Therapien werden im Zuge von DNE nicht bzw. nur mehr eingeschränkt gesteigert. Darunter versteht man beispielsweise das Begrenzen der Dosis lebenserhaltender Medikamente (z.B. Katecholaminen) oder das Nicht-Beginnen (Withhold) medizinischer Behandlungen (z.B. Intubation, Nierenersatztherapie). Eine DNE-Anordnung soll bei fortgeschritten erkrankten Patient:innen festgelegt werden, bei welchen das Überleben

einer weiteren Zustandsverschlechterung sehr unwahrscheinlich ist. Es ist bei sterbenden Patient:innen auf einen rechtzeitigen Wechsel zu Maßnahmen im Sinne von CTC zu achten. (49, 54)

Reevaluate Indication and Deescalate (RID): Bei Patient:innen mit fortgeschritten Erkrankung muss die Indikation einer gesetzten Maßnahme täglich (z.B. im Rahmen der Visite) überprüft werden. Laufende Therapien, welche nicht mehr indiziert sind, müssen beendet werden (Withdraw). (49, 54)

Comfort Terminal Care (CTC): Im Fokus palliativmedizinischer Behandlung steht immer eine bestmögliche Symptomlinderung sowie ein *gutes Leben am Ende des Lebens* – dabei kann palliativmedizinische Begleitung wenige Minuten dauern oder sich über Tage, Monate und auch Jahre erstrecken. CTC bezeichnet das Etablieren einer palliativmedizinischen Therapie in der Sterbephase bei schwer erkrankten Patient:innen ohne Aussicht auf Heilung. Geboten sind dabei Maßnahmen wie die intravenöse Opioide (z.B. bei Schmerzen, Angst, Atemnot, starkem Hustenreiz), eine palliative Sedierungstherapie (z.B. bei therapierefraktärem Schmerz, therapierefraktärer Atemnot) sowie bedürfnisorientierte Pflegemaßnahmen und spirituelle Begleitung. Nahrung und Flüssigkeiten dürfen nur verabreicht werden, solange Patient:in Hunger und / oder Durst äußert und dies wünscht (sog. Comfort feeding). Für eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr bzw. parenterale Ernährung besteht im Rahmen der CTC bei Sterbenden hingegen keine Indikation, da die Aufrechterhaltung der Homöostase (welche das Therapieziel von Ernährung und Flüssigkeitsgabe ist) beim Sterbenden kein Ziel mehr ist und Probleme durch Hunger bzw. Dehydratation in der Sterbephase praktisch nicht mehr auftreten. (54, 56) Durch nicht mehr indizierte Verabreichung von Ernährung und Flüssigkeit (auf parenteralem Weg) kann es aufgrund ärztlicher Fehleinschätzung der physiologischen Situation eines sterbenden Menschen zu vermeidbarer Symptomlast (z.B. Schmerzen durch periphere Ödeme, Atemnot durch Lungenödem, Übelkeit / Erbrechen) kommen. Der rechtzeitige Verzicht auf die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit ist daher Teil einer adäquaten und symptomorientierten palliativen Therapie bei sterbenden Menschen (18, 56) Weiters ist im Rahmen von CTC auf Sauerstoffgabe, Intubation, Beatmungseinstellungen zur Verbesserung der Oxygenierung sowie Monitoring und Befunderhebung zu verzichten. Wenn das Fortführen einer Beatmung eine unzulässige Leidensverlängerung darstellt, ist auch die palliative Extubation ein Teil von CTC. (54, 56)

Das Nicht-Beginnen bzw. Beenden von medizinischen Therapien hat unter Umständen einen raschen Todeseintritt zur Folge. Dies kann als aktives Herbeiführen des Todes fehlinterpretiert werden. Es ist jedoch Intention einer TZÄ, Sterben zuzulassen, anstatt den Sterbeprozess hinauszuzögern, und Leiden nicht unnötig zu verlängern. (49) Grundsätzlich hängt der Eintritt des Todes nach einer TZÄ von jenen Maßnahmen ab, die aufgrund fehlender medizinischer

Sinnhaftigkeit beendet bzw. nicht begonnen werden. Je fortgeschritten erkrankt ein:e Patient:in ist und je mehr er:sie auf intensivmedizinische Verfahren oder Medikamente angewiesen ist, desto rascher verstirbt diese:r beim Absetzen oder Nicht-Beginnen der medizinischen Maßnahme. Wird beispielsweise die Lebenserhaltung mittels Herz-Lungen-Maschine beendet, tritt der Tod binnen weniger Sekunden ein. Beim Verzicht auf Vasopressoren folgt der Todeseintritt innerhalb von Minuten bis Stunden, ein Weglassen von Antibiotika führt zum Teil erst Wochen nach der TZÄ zum Tod. (38) Es ist zu beachten, dass das Beenden einer Organunterstützung (z.B. Herz-Lungen-Maschine, Beatmung) und das Beenden einer vermeintlich „einfachen“ Maßnahme (z.B. Antibiotika-Therapie) als ethisch gleichwertig angesehen werden - im Sinne der Unterlassung einer nicht mehr indizierten Maßnahme mit dem Ziel, den Sterbeprozess nicht künstlich hinauszuzögern. (57)

Alte Begriffe wie „aktive“ / „passive“ bzw. „direkte“ / „indirekte“ Sterbehilfe sind unklar und im Kontext des modernen palliativmedizinischen Verständnisses mehr verwirrend als hilfreich. (18, 49, 58) Diese Begriffe sollen wegen ihrer Unklarheit im medizinischen Sprachgebrauch nicht mehr verwendet werden, was auch den Empfehlungen der bereits 2011 von der österreichischen Bioethikkommission veröffentlichten Publikation zum Thema „Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ entspricht. (49, 58) Unreflektiert impliziert der Terminus „Sterbehilfe“ das Herbeiführen des Todes, während die TZÄ hingegen den Tod nicht beabsichtigt, sondern das Unterlassen bestimmter lebensverlängernder Maßnahmen vorsieht und dadurch einer unzulässigen Leidensverlängerung vorbeugt sowie Sterben als unaufhaltbaren Prozess bei fortgeschrittener Erkrankung zulässt. Ärzt:innen und Pflegekräfte betreuen fortgeschritten erkrankte Patient:in am Lebensende dabei mit dem Ziel einer bestmöglichen Symptomlinderung. Ein Sterben in Würde (ohne Schmerzen, Atemnot, Angst, Stress etc.) soll ermöglicht und zugelassen werden. (49) Weiters ist auch der Terminus „Therapieabbruch“ ein ungeeigneter Begriff, da niemals Therapien abgebrochen werden dürfen, ohne gleichzeitig palliative Maßnahmen fortzuführen bzw. in die Wege zu leiten. Es ändert sich lediglich das Ziel einer Therapie von Heilung auf Palliation, wobei die fürsorgliche Begleitung eines Menschen bei schwerer Erkrankung nicht abgebrochen werden darf. (18)

Die in Tab. 1.1 dargestellten Leitsätze wurden in einem Konsensuspapier der Intensiv-medizinischen Gesellschaften Österreichs formuliert. Daraus geht hervor, dass kurative Maßnahmen zu unterlassen sind, wenn keine Zustandsverbesserung mehr erzielt werden kann und der irreversible Sterbeprozess dadurch verlängert werden würde. Da der Sinn einer Behandlung über den Nutzen für Patient:in definiert ist, müssen primäres Nichtvorhandensein oder Wegfall des Nutzens zu einem Behandlungsverzicht bzw. -abbruch führen. Weiters muss bei Patient:in ein zumindest mit kurzfristigem Überleben vereinbares Therapieziel vorliegen,

um auf einer Intensivstation aufgenommen zu werden. Wenn Patient:in mit kurativen Maßnahmen nicht mehr geholfen werden kann, sollte diese:r palliativmedizinisch weiterbetreut und der Fokus auf ein gutes Leben am Ende Lebens und ein Sterben in Würde gelegt werden. (57)

Tab. 1.1 Weitere ethische Begründungen für das Ändern eines Therapieziels (57)

Leitsätze für das Ändern eines Therapieziels

„Eine nicht mehr begründbare Therapie ist ethisch nicht vertretbar und kann eine Körperverletzung darstellen, sofern dadurch irreversible Abläufe nur verlängert werden.“

„Alle Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch.“

„Die geplante Aufnahme an eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer potentiell positiven Prognose für das Weiterleben gebunden.“

„Sobald einem lebensbedrohten Patienten [sic] intensivmedizinisch nicht mehr geholfen werden kann, hat die Sorge darum, dem Patienten [sic] ein Sterben in Würde zu ermöglichen, oberste Priorität.“

„Die Frage nach den Zielen intensivmedizinischer Maßnahmen und deren Erreichbarkeit ist im Behandlungsprozess stets neu zu überprüfen.“

1.2.3 Gesetzliche Grundlagen bei schwieriger Entscheidungsfindung am Lebensende

1.2.3.1 Erwachsenenschutzgesetz

Das neue, im Juli 2018 eingeführte Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) sieht vor, dass Menschen, die nicht mehr für sich selbst sprechen können, eine:n Stellvertreter:in bekommen, deren:dessen Aufgabe es ist den mutmaßlichen Patient:innenwillen in die medizinische Entscheidungsfindung einzubringen. (59) Auch das Konzept von ACP sieht vor Patient:innen zur Selbstbestimmung zu ermächtigen. Daher führen speziell in Gesprächsführung geschulte Personen beispielsweise in Pflegeheimen mit neuen Bewohner:innen kurz nach ihrer Aufnahme ein Gespräch über die Wünsche und Wertvorstellungen. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Frage, was passieren soll, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Das Errichten einer Vorsorgevollmacht und einer PV sollte daraus resultieren und kann im Bedarfsfall die medizinische Entscheidungsfindung erleichtern, wenn Patient:in nicht mehr für sich selbst sprechen kann. (6) Nach dem neuen ErwSchG unterscheidet man zwischen entscheidungsfähigen, fraglich entscheidungsfähigen sowie nicht entscheidungsfähigen Personen. Die entscheidungsfähige Person muss für sich selbst entscheiden und kann

nur persönlich in eine medizinische Behandlung einwilligen. Fragliche Entscheidungsfähigkeit liegt bei wachen, kontaktierbaren Personen vor, deren vollständige Entscheidungsfähigkeit von den behandelnden Personen jedoch in Frage gestellt wird. Bei diesen Patient:innen soll eine weitere Person zum ärztlichen Gespräch hinzugezogen werden. (59, 60) Diese Rolle können beispielsweise Angehörige, andere nahestehende Personen oder speziell für derartige Lebenssituationen geschulte Kräfte übernehmen. Ihre Aufgabe ist es, die fraglich entscheidungsfähigen Patient:innen in deren Entscheidungsfindung zu unterstützen. (61) „*Die hinzugezogene Person versucht in einem Gespräch mit der Patientin [sic], deren Vorstellungen vom Therapieziel, ihre Wünsche und Sorgen, ihre bislang nicht ausgesprochenen Fragen zu erörtern und sie so in ihrer Willensbildung zu mobilisieren. Gelingt dies, entscheidet die Patientin selbst über die Behandlung.*“ (59) Es folgt eine schriftliche Dokumentation, dass Patient:in die Gesprächsinhalte verstanden hat und mit dem Besprochenen einverstanden ist. In diesem Fall ist keine Vertretung gemäß ErwSchG notwendig. Falls auf diesem Weg keine ausreichende Entscheidungsfähigkeit herbeigeführt werden kann, entspricht das weitere Vorgehen dem von nicht entscheidungsfähigen Patient:innen, die sich als nicht wach beziehungsweise als nicht kontaktierbar präsentieren. (60, 61) Um bei dieser Patient:innengruppe den mutmaßlichen Patient:innenwillen in die medizinische Entscheidungsfindung miteinbeziehen zu können, sieht das ErwSchG vier verschiedene Vertretungsmöglichkeiten vor: die Vorsorgevollmacht sowie die gewählte, gesetzliche und gerichtliche Erwachsenenvertretung. Die Vorsorgevollmacht gilt als stärkstes Vorsorgeinstrument (da von Patient:in selbst eingesetzt) und muss bereits bei noch bestehender Entscheidungsfähigkeit notariell, über eine:n Rechtsanwält:in oder einen Erwachsenenschutzverein errichtet worden sein. Hierbei kann Vollmachtgeber:in eine Person ihrer:seiner Wahl damit betrauen, beim Eintritt eines Vorsorgefalles, der mit dem Verlust der Entscheidungsfähigkeit einhergeht, für sie:ihn zu sprechen. Wenn ein:e Patient:in über keine Vorsorgevollmacht verfügt, aber die Grundzüge einer Bevollmächtigung noch verstehen kann, so kann sie:er eine Person der Wahl als gewählte Erwachsenenvertretung bestimmen. (61) Ein solches Vorgehen stellt beispielsweise eine Möglichkeit bei geminderter Entscheidungsfähigkeit oder sich anbahnendem Verlust kognitiver Fähigkeiten dar. (59, 62) Bei Eintritt einer Entscheidungsunfähigkeit und nach Eintrag der gewählten Erwachsenenvertretung in das Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) wäre die ausgewählte Person dann befähigt, Entscheidungen im Sinne des mutmaßlichen Willens der zu vertretenden Person zu treffen. Haben entscheidungsunfähige Patient:innen vor dem Verlust der Entscheidungsfähigkeit weder eine Vorsorgebevollmächtigung errichtet noch eine gewählte Erwachsenenvertretung bestimmt, so ist die Möglichkeit einer gesetzlichen Erwachsenenvertretung zu prüfen. In diesem Fall werden die nächsten Angehörigen (z.B. Eltern, Kinder, Geschwister) aufgefordert, eine Person aus ihrem Kreis als gesetzliche Erwachsenenvertretung festzulegen und registrieren zu lassen. Falls sich

die Angehörigen nicht auf eine Vertretungsperson einigen können oder keine:r diese Rolle übernimmt, so muss durch ärztliches Personal eine gerichtliche Erwachsenenvertretung angeregt werden. Dabei wird vom Gericht eine Person als Vertreter:in festgelegt, welche vorzugsweise schon zuvor in einem Naheverhältnis zu Patient:in stand. Alternativ werden Erwachsenenschutzvereine, Notar:innen sowie Rechtsanwält:innen ausgewählt. Während die gerichtliche Erwachsenenvertretung mit dem Gerichtsspruch ihre Gültigkeit erlangt, müssen bei der Vorsorgevollmacht sowie der gewählten und gesetzlichen Erwachsenenvertretung die Errichtung und der Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit ins ÖZVV eingetragen werden, um in Kraft treten zu können. (61) Die Vorsorgevollmacht und die gewählte Erwachsenenvertretung sind daraufhin unbefristet gültig, die gesetzliche und gerichtliche Erwachsenenvertretung sind hingegen zeitlich auf 3 Jahre befristet. (62)

Unabhängig vom Status der Entscheidungsfähigkeit müssen jedoch alle Patient:innen über medizinische Maßnahmen aufgeklärt werden und auch im Falle von ablehnenden Willensäußerungen, sei es sprachlich oder nur durch Mimik / Gestik, ist diesen Folge zu leisten. Lehnt etwa ein:e nicht entscheidungsfähige:r Patient:in auf diesem Weg eine medizinische Behandlung ab, so darf diese bei Zustimmung der Vertretung (gemäß ErwSchG) nur nach entsprechendem Urteil eines Gerichts trotzdem durchgeführt werden. (59) Grundsätzlich steht jedem Menschen ein Recht auf Unvernunft zu, durch welches medizinisch indizierte Maßnahmen abgelehnt werden können. (siehe Georgetown-Mantra, Kapitel 1.2.2.1)

Mythen über die Entscheidungsfähigkeit von Patient:innen

Entscheidungsfähig zu sein bedeutet, dass Patient:in im jeweiligen Zusammenhang versteht, was gemacht wird und mit welchen Konsequenzen dies verbunden ist. (63) Die Entscheidungsfähigkeit stellt die Voraussetzung für Handlungsfähigkeit dar und wird bei Volljährigkeit per se angenommen. Vor dem Durchführen einer medizinischen Maßnahme muss Patient:in durch Ärzt:in aufgeklärt werden. Dabei müssen Maßnahme sowie etwaige alternative Maßnahmen mit den jeweiligen Konsequenzen / Risiken genau erläutert werden. Am Ende dieses „shared decision making“-Prozesses soll Patient:in vollständig informiert eine Entscheidung treffen können. Nur bei einer Zustimmung nach umfangreicher Aufklärung (sog. „informed consent“) darf außerhalb von Notfällen eine medizinische Maßnahme durchgeführt werden. (63, 64) Im klinischen Alltag ist die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit oftmals schwierig und findet in der Umsetzung häufig nicht korrekt statt. Ganzini et al. haben zehn häufige Mythen über die Entscheidungsfähigkeit (siehe Tab. 1.2) aufgegriffen. (65)

Tab. 1.2 Zehn Mythen über die Entscheidungsfähigkeit (65)

Zehn Mythen über die Entscheidungsfähigkeit

Mythos: Patient:innen, die eine Vertretungsperson haben, sind nicht entscheidungsfähig.

- Stellvertreter:in bringt bei all jenen Entscheidungen, welche Patient:in nicht für sich selbst treffen kann, den mutmaßlichen Willen in die Entscheidungsfindung ein. Ist Patient:in im konkreten Zusammenhang jedoch entscheidungsfähig, so muss sie:er diese selbst treffen. Bei Unklarheiten kann Ärzt:in die Involvierung des KEK erwägen.

Mythos: Wenn Patient:innen nicht das tun, was Ärzt:in sagt, sind diese nicht entscheidungsfähig.

- Die Ablehnung einer medizinischen Maßnahme darf nicht als Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit missverstanden werden. Anmerkung: Patient:in hat gemäß dem Autonomie-Prinzip ein Recht auf Unvernunft und darf medizinisch indizierte Behandlungen jederzeit und ohne Angabe von Gründen ablehnen. (Kapitel 1.2.2.1)

Mythos: Entscheidungsfähigkeit ist immer gegeben, wenn Patient:innen das tun, was Ärzt:in sagt.

- Nur weil Patient:in dem ärztlichen Rat folgt und in indizierte Maßnahmen einwilligt, bedeutet dies nicht automatisch, dass sie:er über eine uneingeschränkte Entscheidungsfähigkeit verfügt.

Mythos: Entscheidungsfähigkeit ist ein Alles-oder-Nichts-Prinzip.

- Es hängt von der Komplexität einer medizinischen Maßnahme ab, in welchem Ausmaß Patient:in entscheidungsfähig ist. Zum Beispiel ist es möglich, dass Patient:in über eine Antibiotika-Therapie entscheiden kann, jedoch nicht über einen komplexen neurochirurgischen Eingriff. Außerdem kann die Entscheidungsfähigkeit fluktuieren, sodass Patient:in an einem Tag besser versteht, worum es geht, als an einem anderen. Ärzt:in muss daher regelmäßig evaluieren, inwieweit Patient:in bestimmte Maßnahmen einschließlich deren Benefits und Risiken verstehen kann und im jeweiligen Zusammenhang zum jeweiligen Zeitpunkt entscheidungsfähig ist.

Mythos: Kognitive Einschränkung geht mit dem Verlust der Entscheidungsfähigkeit einher.

- Schlechte kognitive Leistungsfähigkeit und eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit korrelieren zwar miteinander, jedoch darf davon nicht automatisch ausgegangen werden. Eine Person mit schlechtem kognitivem Testergebnis kann unter Umständen dennoch manche Entscheidungen für sich selbst treffen, so wie eine

entscheidungsunfähige Person auch gute Ergebnisse in kognitiven Tests erzielen kann. Kognitive Tests sind daher zum Feststellen der Entscheidungsfähigkeit ungeeignet.

Mythos: Entscheidungsunfähigkeit ist ein dauerhafter Zustand.

- Entscheidungsunfähigkeit besteht nicht immer dauerhaft, sondern ist oftmals auch nur temporär beschränkt oder fluktuierend (z.B. Operation, Delir). Besteht der Verdacht auf eine zeitlich beschränkte Entscheidungsunfähigkeit, soll mit nicht dringenden Entscheidungen gewartet werden, bis Patient:in wieder für sich selbst sprechen kann.

Mythos: Nur umfassend informierte:r Patient:in ist entscheidungsfähig.

- Es ist Aufgabe von Ärzt:in Patient:in umfassend über medizinische Maßnahmen aufzuklären. Manchmal benötigt die Aufklärung höhere zeitliche und / oder personelle Ressourcen, bis Patient:in die Maßnahme mitsamt den Benefits und Risiken verstanden hat. Sind aufgrund mangelhafter Aufklärung noch Fragen von Patient:in offen, darf das nicht als Entscheidungsunfähigkeit verstanden werden.

Mythos: Patient:innen mit bestimmten psychiatrischen Erkrankungen haben keine Entscheidungsfähigkeit.

- Psychiatrische Erkrankungen bedeuten nicht automatisch Einschränkungen in Bezug auf die Entscheidungsfähigkeit im jeweiligen Zusammenhang (hier: medizinisch). Demenz und Delir sind häufige Ursachen einer Entscheidungsunfähigkeit, jedoch gehen diese nicht immer mit einer solchen einher und können fluktuierend sein.

Mythos: Menschen, die gegen ihren Willen untergebracht sind, haben keine Entscheidungsfähigkeit.

- Patient:in, welche:r aufgrund einer Selbst- oder Fremdgefährdung gegen den eigenen Willen untergebracht ist, kann trotzdem in Bezug auf andere medizinische Maßnahmen entscheidungsfähig sein.

Mythos: Nur Expert:innen für geistige Gesundheit (Psychiater:in, klinische:r Psycholog:in, Neurolog:in) können beurteilen, ob jemand entscheidungsfähig ist.

- Alle Medical Professionals sind zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit von Patient:innen berechtigt. Behandelnde:r Ärzt:in muss dies vor dem Durchführen einer Maßnahme einschätzen. Bei Unklarheiten kann eine Fachärzt:in für Psychiatrie beigezogen werden, bei weiter bestehender inhaltlicher Unklarheit zusätzlich auch ein KEK.

Aus der klinischen Praxis ergibt sich außerdem ein elfter Mythos: *Patient:innen unter Schmerzmitteln oder psychiatrischer Medikation sind nicht entscheidungsfähig*. Auch längerfristig bestehende Schmerz-, Sedierungs- oder antipsychotische / antidepressive Therapien bedeuten nicht automatisch, dass Patient:in über keine Entscheidungsfähigkeit mehr verfügt. (Friesenecker B. persönliche Kommunikation; 24.11.2024)

1.2.3.2 Patientenverfügungsgesetz

Um den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen im Falle vorliegender Entscheidungsunfähigkeit besser entsprechen zu können, wird im Rahmen von ACP neben dem Bestimmen einer Vertretung gemäß ErwSchG (siehe Kapitel 1.2.3.1) das Errichten einer PV angeboten. (6) Diese kann nur persönlich von entscheidungsfähigen Personen errichtet werden und es können darin etwa medizinische Behandlungen abgelehnt werden, falls man zum Zeitpunkt dieser Behandlungsentscheidung nicht für sich selbst sprechen kann. (66) Hierbei handelt es sich um alle medizinischen Maßnahmen, welche von Patient:innen nicht gewollt werden, unabhängig davon, ob sie indiziert und technisch machbar wären. Das Patientenverfügungsgesetz (PatVG) differenziert zwischen der „verbindlichen“ und der „anderen“ PV. Eine verbindliche PV muss verschiedene Formkriterien erfüllen, um ihre Gültigkeit zu erlangen. So müssen die abgelehnten medizinischen Behandlungen möglichst genau ausgeführt werden und es muss aus dem Dokument hervorgehen, dass die:der Patient:in die Auswirkungen der PV versteht. Nach dem ärztlichen Gespräch kann die verbindliche PV bei Rechtsanwält:innen, Notar:innen sowie Mitarbeiter:innen einer Patient:innenvertretung oder eines Erwachsenenschutzvereins erstellt werden und besitzt eine Gültigkeit von acht Jahren. (67) Treffen diese Punkte allesamt zu und haben sich in Bezug auf den Inhalt der PV die medizinischen Erkenntnisse und Möglichkeiten nicht wesentlich verändert, so muss die PV vom behandelnden Team befolgt werden. (66) Es ist zu empfehlen, dass PV bei Änderungen des Gesundheitszustandes dynamisch angepasst werden, damit die Inhalte weiter zur Lebenssituation von Patient:in passen. (1) Erfüllt eine PV die angeführten Verbindlichkeitskriterien nicht oder nur zum Teil, so ist diese als „andere PV“ anzusehen. Eine solche besitzt zwar für das ärztliche Personal keine gleich strenge, rechtliche Verbindlichkeit, den darin enthaltenen Patient:innenwillen gilt es jedoch bei der medizinischen Entscheidungsfindung trotzdem zu beachten. (66) Die „andere“ PV ist umso beachtlicher, je öfter sie unterschrieben ist, je näher das Ereignis an der letzten Unterschrift liegt und je besser die beschriebenen Inhalte zum Ereignis passen. (67) Die Dokumentation der Wünsche und Wertvorstellungen im Rahmen eines Vorsorgedialogs bei entscheidungsfähigen Personen wäre dementsprechend als „andere PV“ zu werten. (31) Das Widerrufen einer PV ist jederzeit möglich und kann sowohl mündlich als auch durch Mimik / Gestik (z.B. Hand- oder

Kopfzeichen) vermittelt werden. Eine derartige Willensbekundung ist in der Patient:innen-dokumentation zu vermerken und der dadurch bekundete Wille in der medizinischen Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. (66)

Bei abgelaufener Gültigkeit einer „verbindlichen PV“ nach acht Jahren wird diese automatisch zu einer „anderen PV.“ Haben jedoch Patient:innen im Laufe der acht Jahre ihre vollständige Entscheidungsfähigkeit verloren und können ihre PV daher nicht mehr erneuern, so verliert diese ihre Verbindlichkeit nicht. (67)

Aktuell sind Patient:innen selbst verantwortlich, ihre PV dem behandelnden Team zur Verfügung zu stellen. Aufgrund des Vorliegens dieser sogenannten *Bringschuld* wird empfohlen, Kopien der PV bei Hausärzt:in und Angehörigen oder Vertrauenspersonen zu hinterlegen und auch bei Krankenhausbesuchen eine Kopie mitzunehmen. (68) Über ein Notariat oder Rechtsanwält:innen können Patient:innen auf eigenen Wunsch ihre PV in einem Patient:innenverfügbungsregister (Notariats- oder Rechtsanwaltskammer eines österreichischen Bundeslandes) hinterlegen lassen, welches Krankenanstalten die Möglichkeit einer Einsichtnahme bietet. (69) Gesetzlich geregelt, jedoch in der Praxis noch nicht umgesetzt, ist die Speicherung von PV in der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). (68) Das würde den medizinischen Institutionen einen raschen und unkomplizierten Zugriff auf diese Dokumente ermöglichen und könnte unter Umständen eine ärztliche *Holschuld* im Nicht-Notfall bedingen, wodurch dem mutmaßlichen Patient:innenwillen leichter entsprochen werden könnte. Ausdrücklich ausgenommen ist vom PatVG die Versorgung im medizinischen Notfall. (67) Ist dabei der Patient:innenwille nicht bekannt, gilt es Behandlungen entsprechend der medizinischen Indikation durchzuführen und es wird nach dem Prinzip „*in dubio pro vita*“ vorgegangen. Für jede weitere Folgebehandlung ist dann jedoch wieder die Zustimmung von Patient:in oder deren:dessen Vertretung einzuholen. (70)

1.2.3.3 Ärztegesetz

Das Ärztegesetz (ÄrzteG) verpflichtet Ärzt:innen, sterbenden Menschen unter Wahrung ihrer Würde beizustehen. (71) Unter einem würdevollen Sterben wird ein angst- und stressfreies Lebensende verstanden, das nicht alleine verbracht wird und wobei Symptome wie Atemnot und Schmerzen bestmöglich gelindert werden. (18) Zur Symptomlinderung bei Vorliegen einer palliativmedizinischen Indikation ist es Ärzt:innen auch erlaubt Maßnahmen zu ergreifen, welche mit dem Risiko eines schnelleren Verlustes von Lebensfunktionen vergesellschaftet sind. Das ärztliche Personal ist laut §49(1) zur Wahrung des Wohls der Kranken sowie des Schutzes der Gesunden verpflichtet. Orientierung bei medizinischer Entscheidungsfindung soll die ärztliche Wissenschaft sowie die persönliche Erfahrung der medizinischen Kräfte

geben. Es gibt auch gesetzlich keine Verpflichtung mit allen Mitteln eine Heilung zu versuchen oder das Leben längst möglich zu erhalten. (71)

Lehnen Patient:innen im Zuge ihres Selbstbestimmungsrechtes einzelne medizinische Behandlungen ab, so würden sich Ärzt:innen durch eine Missachtung dieser Willensbekundung der eigenmächtigen Heilbehandlung (§110 Strafgesetzbuch) strafbar machen. (72) Werden Therapien ohne Indikation trotzdem weitergeführt, kann das als Körperverletzung gewertet werden, wenn etwa der Sterbeprozess damit lediglich verlängert werden würde. (18)

1.2.4 Das gute Leben am Ende des Lebens

Wenn kurative Therapien nicht mehr wirkungsvoll sind oder Patient:in diese nicht mehr in Anspruch nehmen möchte, muss der Behandlungsfokus rechtzeitig auf palliativmedizinische Maßnahmen gelegt werden. Dadurch soll Patient:in eine letzte Lebensphase unter bestmöglicher Symptomlinderung und ein Sterben in Würde ermöglicht werden. Die Bioethikkommission hat Empfehlungen dazu verfasst, wie ein Sterben in Würde erreicht werden kann. Bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen sind physische, psychische, soziale und spirituelle Dimensionen zu berücksichtigen. Körperliche Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Schwäche sollen bestmöglich gelindert, Körperfunktionen und Mobilität so gut als möglich erhalten werden. Auf psychischer Ebene sollen Gefühle wie Angst und Stress, die unter anderem auch im Rahmen eines Delirs entstehen können, gelindert werden. Die Selbstkontrolle und das Mitbestimmen bei alltäglichen Entscheidungen sollten längstmöglich gewahrt werden. Außerdem sollte Patient:in die Möglichkeit gegeben werden, weiterhin ihre:seine zwischenmenschlichen Beziehungen zu pflegen, um soziale Isolation am Lebensende zu vermeiden. Angesichts des nahenden Lebensendes legen schwerstkranke Menschen oft Wert darauf, ihre spirituellen Bedürfnisse zu befriedigen, wollen noch wichtige Angelegenheiten regeln, ein Testament erstellen und offene Themen mit ihnen wichtigen Menschen klären. Sinn- und Existenzfragen sollten möglichst professionell aufgegriffen werden. (18)

Vermieden werden müssen Belastungen durch Übertherapien (siehe Kapitel 1.2.1) bzw. durch nicht sinnvolle Patient:innentransfers zwischen zu Hause / Pflegeheim und Krankenhaus. (18) Mithilfe von ACP (siehe Kapitel 1.1.1) kann bei Patient:in, Angehörigen sowie dem Betreuungspersonal eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Lebensende angeregt werden. Dabei werden in einem gemeinsamen Gespräch mit Ärzt:in und Pflegepersonal nicht indizierte bzw. von Patient:in nicht gewollte medizinische Maßnahmen definiert und ein palliativer Behandlungsplan entworfen, der in schwierigen Entscheidungssituationen am Lebensende Orientierung geben sowie Über- und Untertherapien vorbeugen kann. (1, 31)

1.2.5 Instrumente für ethisch schwierige Entscheidungen in der Klinik

Bei ethisch schwieriger Entscheidungsfindung kann Ärzt:in im klinischen Alltag auf verschiedene Hilfsmittel zurückgreifen. Mithilfe der in Kapitel 1.2.5.1 dargestellten Scoring-Systeme können Mortalitätsrisiko und Rehabilitationspotenzial von Patient:in sicherer abgeschätzt werden. Nach der Identifikation von Hochrisikopatient:innen wird bei diesen im Rahmen einer KPK gemeinsam im Team aller involvierten Behandler:innen ein Therapieziel definiert und daraus eine gesamtmedizinische Indikation abgeleitet. (Kapitel 1.1.3.3) Bei besonders herausfordernden Situationen kann das Behandlungsteam jederzeit das KEK hinzuziehen, das einen multiprofessionellen Handlungsvorschlag ausarbeitet, dem das anfordernde Team Folge leisten kann, aber nicht muss. Dadurch werden schwierige Entscheidungen auf breitere Schultern gestellt. (Kapitel 1.2.5.2)

1.2.5.1 Scoring-Systeme bei Patient:in am Ende des Lebens

Activities of Daily Living Score (ADL-Score): Zur Einschätzung und Objektivierung der funktionellen Leistungsfähigkeit sollte von Pflegekräften der ADL-Score erhoben werden. Dabei wird überprüft, wie selbstständig die sechs Aktivitäten des täglichen Lebens (sich waschen, sich anziehen, auf die Toilette gehen, essen, Mobilität, Kontinenz) von Patient:in ausgeführt werden können. Es wird bewertet, ob Patient:in die jeweiligen Aktivitäten vollkommen selbstständig (3 Punkte) oder mit Unterstützung (2 Punkte) beherrscht oder ob diesbezüglich eine komplett Abhängigkeit von Hilfspersonen (1 Punkt) besteht. Bezuglich der Kontinenz wird beurteilt, ob Patient:in Harn- und Stuhlabgang selbstständig kontrollieren kann (3 Punkte), gelegentlich inkontinent ist (2 Punkte) oder eine schwere Inkontinenz mit der Notwendigkeit eines Harnblasenkatheters (1 Punkt) aufweist. Demnach ergibt sich beim ADL-Score eine Spanne von 6 (vollständige Abhängigkeit) bis 18 (komplette Selbstständigkeit) Punkten. (73) Als kritische Grenze, ab der das weitere Vorgehen im Rahmen einer KPK besprochen werden soll, gilt ein ADL-Score von < 10. (5)

„Clinical Frailty Scale“ (CFS): Unter Frailty (Gebrechlichkeit) wird ein Zustand verminderter physiologischer Reserve und Widerstandskraft auf Stressoren verstanden, was mit einem erhöhten Risiko für schlechtes Outcome bzw. Versterben einhergeht. (74) Dieses Patient:innenkollektiv präsentiert sich häufig mit eingeschränkter Mobilität, allgemeiner Schwäche, reduzierter Muskelmasse, schlechtem Ernährungsstatus und Beeinträchtigungen in der kognitiven Funktion. Gebrechliche Patient:innen haben ein signifikant erhöhtes Risiko im Krankenhaus zu versterben, müssen nach Erkrankungen häufiger in Pflegeeinrichtungen versorgt werden und weisen ein schlechteres Langzeit-Überleben auf. (75) Obwohl Frailty gehäuft bei Patient:innen in höherem Alter auftritt, gibt es auch jüngere gebrechliche

Patient:innen, bei welchen ebenfalls eine Korrelation mit längeren Krankenhausaufenthalten bzw. erhöhtem Mortalitätsrisiko besteht. Damit gilt Frailty als altersunabhängiger Risikofaktor für schlechtes Outcome. (76)

Der Autor dieser Diplomarbeit hat sich unter den vielen möglichen Gebrechlichkeitsskalen für die Verwendung der CFS (abrufbar auf der Website der Dalhousie University unter: <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>) entschieden, da diese über die prägnante grafische Darstellung und wenig, aber sehr klarem Text einfach und schnell erfassbar ist. Dadurch eignet sich die CFS sehr gut für die Anwendung im klinischen Alltag, besonders auch durch noch unerfahrene Mediziner:innen, welche die Gebrechlichkeit im Rahmen von Aufklärungsgesprächen einschätzen sollen. Die CFS klassifiziert die Gebrechlichkeit von Patient:innen auf einer Skala von 1 (very fit) bis 8 (very severe frail) bzw. 9 (terminally ill). Berücksichtigt werden dabei unter anderem Mobilität, Aktivitäten wie Hausarbeit, Einkaufen, Ankleiden oder Essen sowie die Abhängigkeit von Betreuungspersonal und Hilfsmitteln. (77) Frailty Scores ≥ 5 zeigen ein zunehmend höheres Risiko für schlechtes Outcome an. Die CFS kann im Rahmen einer KPK verwendet werden, um zu entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen bei Hochrisiko-Patient:innen indiziert sind bzw. welche besser unterlassen werden sollten, da die Risiko-Nutzen-Abwägung für technisch machbare Behandlungen negativ ausfällt. Wichtig ist die Prognoseabschätzung durch Verwendung des ADL Scores und der CFS auch für das Komplikationsmanagement: Dabei soll festgelegt werden, welche medizinischen Behandlungen aufgrund fehlenden Therapieziels bei schwerer Erkrankung im Falle von Komplikationen nicht mehr durchgeführt werden. (5)

„Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality“ (POSPOM): Mittels POSPOM kann vor Operationen das postoperative Mortalitätsrisiko abgeschätzt werden. Grundlage dafür sind 17 verschiedene Parameter, darunter die Art / Invasivität des operativen Eingriffs sowie individuelle Komorbiditäten (z.B. Alter, ischämische Herzerkrankung, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Demenz, Diabetes, Krebserkrankung). (78) Der POSPOM kann über die Website <http://perioperativerisk.com/mortality/> ermittelt werden, wodurch sich Ärzt:in rasch und unkompliziert einen groben Überblick über das erwartbare Mortalitätsrisiko für eine geplante Operation verschaffen kann. Bei hoher Wahrscheinlichkeit für ein schlechtes Outcome soll das Betreuungsteam bereits vor Beginn der medizinischen Handlung mittels KPK klären, ob Patient:in überhaupt operiert werden soll und falls ja, welche medizinischen Maßnahmen im Falle etwaiger Komplikationen indiziert sind und welche nicht mehr – dies auch unter Berücksichtigung des Patient:innenwillens. (5)

„Sequential Organ Failure Assessment Score“ (SOFA-Score): Mithilfe des SOFA-Scores können Organdysfunktionen beurteilt und dadurch das Mortalitätsrisiko von kritisch kranken Patient:innen abgeschätzt werden. Die Funktion von sechs Organsystemen (Lunge, zentrales

Nervensystem, kardiovaskuläres System, Leber, Niere, Blutgerinnung) wird anhand organspezifischer Parameter auf einer Skala von 0 (unauffällig) bis 4 (sehr stark eingeschränkte Organfunktion) Punkten eingestuft. Das Mortalitätsrisiko steigt von < 10 % bei einem SOFA-Score von 0 bis 6 Punkten auf > 90 % bei einem SOFA-Score von 16 bis 24 Punkten. (79, 80)

1.2.5.2 Klinisches Ethikkomitee

Das Klinische Ethikkomitee (KEK) stellt ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Gremium dar, das unter anderem aus speziell in klinischer Ethik geschulten Ärzt:innen, Pflegekräften, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Jurist:innen und Philosoph:innen besteht. (81) Dieses kann bei ethisch schwierigen Fragestellungen (z.B. Therapien am Lebensende) im klinischen Bereich durch Mitglieder des Behandlungsteams niederschwellig angefordert werden. Das KEK übt dabei eine beratende Funktion aus, erarbeitet einen Handlungsvorschlag zum weiteren medizinischen Prozedere und soll damit das betreuende Team beraten und trainieren, ethisch fundiert Entscheidungen zu treffen. Die Vorschläge des KEK können schließlich vom behandelnden Team angenommen oder abgelehnt werden, Verantwortung und Entscheidungsbefugnis obliegen trotz Ethikvotum weiter den behandelnden Ärzt:innen. Die Ethikberatung zielt darauf ab, im interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteam sowie mit Patient:in und Angehörigen einen Behandlungskonsens herzustellen und Unter- sowie Übertherapien (siehe Kapitel 1.2.1) zu vermeiden. Dabei orientiert sich das KEK unter anderem am Zwei-Säulen-Modell (siehe Kapitel 1.2.2.2), indem es erneut die medizinischen Optionen hinsichtlich Indikation und Patient:innenwille überprüft. Prospektive Fallbesprechungen behandeln einen aktuellen Patient:innenfall und beziehen sich auf das Planen des weiteren Vorgehens, bei retrospektiven Fallbesprechungen wird ein zurückliegender Patient:innenfall aus ethischer Perspektive analysiert und mit dem Behandlungsteam aufgearbeitet. Weitere Aufgabenbereiche des KEK sind das Abhalten von Aus- und Weiterbildungen im Bereich der medizinischen Ethik sowie das Entwickeln von Ethikrichtlinien für eine medizinische Einrichtung zu unterschiedlichen klinisch-ethischen Themen (z.B. TZÄ, EOLDs, assistierter Suizid etc.), aber auch zur Frage der Handhabung von PV und Vorsorgevollmachten im klinischen Alltag. (5, 82–84)

1.3 Ökonomische Aspekte von ACP

Funktionierendes ACP soll dazu führen, dass medizinische Behandlungen den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen entsprechen, selbst wenn diese nicht für sich selbst sprechen können. Dabei können Therapien, die bei etwaigen gesundheitlichen Krisen medizinisch indiziert wären, im Voraus besprochen werden und es wird geklärt, ob Patient:in diese erhalten möchte. (Kapitel 1.1.1) Mittels ACP soll einerseits die Patient:innenautonomie (siehe Kapitel 1.2.2.1) gestärkt werden, andererseits soll Übertherapien (siehe Kapitel 1.2.1) vorgebeugt werden. (6, 48) Übertherapien und CCI binden Ressourcen und verursachen hohe (und sinnlose) Kosten im Gesundheitssystem. (Kapitel 1.2.1) Molloy et al. konnten in einer Studie an kanadischen Pflegeheimen zeigen, dass bei Etablierung eines ACP-Programms die jährlichen Gesundheitsausgaben pro Bewohner:in um durchschnittlich 1.748 C\$ reduziert werden konnten. Die Ersparnisse durch weniger und kürzere Hospitalisierungen übertrafen die Kosten des ACP-Programms um ein Vielfaches. Bewohner:innen von Pflegeheimen mit ACP-Konzept verbrachten im 18-monatigen Vergleichszeitraum durchschnittlich 2,64 Tage im Krankenhaus, in der Kontrollgruppe waren es mehr als doppelt so viele (5,86 Tage). (85) Klingler et al. analysierten sechs US-amerikanische Studien sowie jene von Molloy et al., welche in verschiedenen Patient:innenpopulationen die Kosten mit und ohne ACP-Interventionen verglichen. Sechs der sieben Studien wiesen dabei auf reduzierte Gesundheitskosten bei jenen Patient:innen hin, welchen die Möglichkeit von ACP geboten wurde. Die Übertragbarkeit dieser Daten auf andere Regionen ist jedoch aufgrund unterschiedlich strukturierter Gesundheitssysteme und uneinheitlicher ACP-Programme eingeschränkt. Klingler et al. weisen daher auf die Notwendigkeit solcher Studien außerhalb Nordamerikas hin. Außerdem sollten sich zukünftige Studien damit beschäftigen, inwieweit beispielsweise ACP-bedingte Kosteneinsparungen im intensivmedizinischen Bereich zu steigenden Kosten in anderen Bereichen (z.B. Hospizsektor) beitragen. Dass Kosteneinsparungen mittels ACP möglich sind, kann die Bemühungen zur Einführung von ACP-Programmen bestärken, darf jedoch nicht als vordergründiges Argument dafür gelten. Unter ökonomischem Druck könnte ACP als Methode zur Reduktion medizinischer Therapien missverstanden werden. (86) Medizinische Entscheidungsfindung muss stets auf dem Zwei-Säulen-Modell sowie den medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress basieren. ACP kann dabei helfen, indem es darauf abzielt, die Patient:innenautonomie zu stärken und über eine streng am Therapieziel orientierte Indikationsstellung eine gerechtere Verteilung von Ressourcen zu ermöglichen. (Kapitel 1.1.1 und 1.2.2.1) Die Ein-Jahres-Mortalität werde durch medizinische Entscheidungsfindung, welche auf einem ACP-Konzept basiert, nicht beeinflusst, wie Benoit et al. in einer Studie mit Patient:innen von Intensivstationen sowie internistischen Abteilungen zeigen konnten. (87)

1.3.1 Finanzierung von ACP in Österreich

Die genannten Zahlen entstammen einer Internet-Recherche vom 01.05.2025

In Österreich stehen für den VSD® sowie für „weitere Vorsorge- und Informationsgespräche“ (nicht dem VSD® entsprechende Vorsorgegespräche, VSD®-Evaluierungsgespräche) Mittel aus dem „Hospiz- und Palliativfonds“ zur Verfügung, sofern dadurch der Ausbau der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung nicht eingeschränkt wird. Einerseits können mit den Fondsmitteln für den VSD® notwendige Projekte (z.B. HPCPH, HPC Mobil; siehe Kapitel 1.1.3.1) finanziert werden, andererseits können auch die VSD®-Gespräche selbst damit gedeckt werden. Dadurch entstehen für Palliativpatient:innen, welche von mobilen Diensten bzw. in Pflegeheimen betreut werden, keine zusätzlichen Kosten. Als Voraussetzung dafür gilt, dass Patient:in noch keine verbindliche PV bzw. Sterbevorbereitung hat und nicht von einem mobilen Palliativteam mitbetreut wird. Für den pflegerischen Gesprächsanteil sowie die Organisation erhält das Pflegeheim dabei keine Vergütung, da dies als Teil der generellen Pflegeaufgaben angesehen wird. Mobilen Pflegediensten stehen hingegen für Organisation und Gespräch 171 € für ein „VSD®-Erstgespräch“ sowie 70 € für „weitere Vorsorge- und Informationsgespräche“ zu. Der ärztliche Gesprächsanteil wird mit 93 € je „VSD®-Erstgespräch“ bzw. 70 € je „weiteres Vorsorge- und Informationsgespräch“ vergütet. Dieser Tarif gilt nur für freiberuflich tätige Ärzt:innen, angestellte Heimärzt:innen dürfen keine Fondsmittel geltend machen. (88) Von der Ärztekammer wird für VSD®-Gespräche ein Tarif von 160 € pro angefangener halber Stunde empfohlen – diese Summe sei jedoch mit öffentlichen Mitteln nicht abdeckbar. (88, 89)

In der hausärztlichen Praxis kann im Rahmen einer „ausführlichen therapeutischen Aussprache“ das weitere Therapieprozedere vertiefend mit Patient:in besprochen werden. (Anmerkung: Es geht inhaltlich um die Vertiefung und Erweiterung einer Therapie, die Möglichkeit einer TZÄ oder palliativmedizinischen Versorgung wird nicht genannt!) Dieses Gespräch soll circa 10-15 Minuten dauern und stellt eine kassenärztliche Leistung dar, welche Allgemeinmediziner:in mit 16,57 € (Tirol) vergütet wird. (Anmerkung: Gespräche über Therapieziele sind in 15 Minuten nicht erschöpfend zu führen!) Diese Leistung kann in 17 % der Behandlungsfälle (durchschnittlich jeder sechste Patient!) pro Quartal verrechnet werden, darüber hinaus wird derartige Gesprächszeit nicht vergütet. (90) Wenn Personen, welche nicht von mobilen Diensten bzw. im Pflegeheim betreut werden, über Hausärzt:in gesundheitlich vorausplanen möchten, dann gibt es für diese ebenfalls die Möglichkeiten einer PV bzw. eines VSD®, sofern dieser von Hausärzt:in angeboten wird. Das Errichten einer PV und der VSD® stellen jedoch eine medizinische Privatleistung dar, deren Kosten sich gemäß Tarifempfehlungen der Ärztekammer auf 160 € pro angefangener halber Stunde belaufen. (89)

Bei einer verbindlichen PV kommen zusätzlich noch Kosten von Notar:in oder Rechtsanwält:in hinzu. Erwachsenenschutzvereine können diese Leistung aktuell (Mai 2025) aufgrund von Ressourcenmangel nicht anbieten. (91) Eine Vorsorgevollmacht kann ebenfalls über Notar:in oder Rechtsanwält:in errichtet werden, außerdem wird dies auch von Erwachsenenschutzvereinen angeboten. Bei Erwachsenenschutzvereinen belaufen sich die Kosten für das Errichten einer Vorsorgevollmacht auf 75 €. Bei einem Hausbesuch gibt es einen Aufschlag von 25 €. Die Registrierung kostet schließlich 10 €. (92)

Eine ausführliche Kostenanalyse der medizinischen Leistungen in österreichischen Krankenhäusern würde im Rahmen dieser Diplomarbeit zu weit führen. Es sei hier lediglich angemerkt, dass sich etwa im intensivmedizinischen „LKF-Katalog“ derzeit Gesprächszeit als ärztliche Leistung überhaupt nicht abbildet. (93)

2 Methoden

Im nachfolgenden Abschnitt soll dargestellt werden, inwieweit ACP mit einem qualitativ hochwertigen Schnittstellenmanagement im österreichischen Gesundheitssystem bereits umgesetzt ist, ob dadurch Übertherapien vorgebeugt werden kann und ob eine dokumentierte vorausschauende Vorsorgeplanung das Gesundheitspersonal entlasten kann. Dafür wurden Daten mittels Expert:inneninterviews erhoben, welche mit Medical Professionals aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich durchgeführt wurden. Im Zeitraum von Februar bis April 2025 wurden sieben Interviews durchgeführt. Den Gesprächspartner:innen wurde der Interviewleitfaden (siehe Anhang) im Vorfeld via E-Mail zugesandt und sie konnten zwischen einer mündlichen (persönliches Gespräch oder Videokonferenz) und einer schriftlichen Beantwortung der Fragen wählen. Dabei entschieden sich vier Personen für die schriftliche Beantwortung, zwei für das persönliche Gespräch und eine für die Videokonferenz. Die Videokonferenz wurde auf der Plattform Zoom durchgeführt. Die mündlichen Interviews wurden nach eingeholter Einwilligung der Interviewpartner:innen (IP) aufgezeichnet.

Der Interviewleitfaden umfasste 16 Fragen, größtenteils mit weiteren Unterfragen. Es wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt. Bei den mündlichen Interviews gab der Interviewleitfaden die Grundstruktur des Gesprächs vor. Außerdem wurden Antworten durch gezieltes Nachfragen präzisiert bzw. auch jene Themen aufgegriffen, welche sich spontan aus dem Gespräch ergeben hatten. Von Gläser J. und Laudel G. wird bei Expert:inneninterviews die Form des Leitfadeninterviews empfohlen, da „*mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Untersuchung und nicht durch die Antworten des Interviewpartners [sic] bestimmt werden,*“ und weiters „*auch einzelne, genau bestimmbarer Informationen erhoben werden müssen.*“ (94) Die Expert:innen sollen im Interview ihr Spezialwissen in Bezug auf die Forschungsfragen teilen und dabei frei nach Kenntnissen und Interessen antworten. (94) Für diese Arbeit wurden daher Expert:innen ausgewählt, welche als Ärzt:innen oder Pflegepersonen in Österreich tätig sind, die Schnittstellen der Patient:innenversorgung aus dem eigenen Arbeitsalltag kennen und dadurch über praktische Erfahrungen berichten können, die das Einholen und Weitergeben von Informationen zu Patient:innenwünschen und nicht indizierten Maßnahmen betreffen. Mithilfe der Expert:innen aus unterschiedlichen Fachgebieten können die Schnittstellen von mehreren Perspektiven aus beleuchtet werden.

Nach dem Interview bzw. dem Beenden der Aufzeichnung wurde mit den IPs ein abschließendes Gespräch geführt. Gläser J. und Laudel G. empfehlen dies, um den IPs die Möglichkeit für Feedback zu geben. Außerdem könnte man dabei unter Umständen noch weitere wichtige Informationen von den Gesprächspartner:innen erhalten. (94) Diese wurden

gegebenenfalls dokumentiert. Mit einer IP, die sich für eine schriftliche Beantwortung entschieden hatte, erfolgte eine telefonische Nachbesprechung.

Die aufgezeichneten Interviews wurden in Schriftdeutsch übertragen. Dabei wurden der Dialekt bereinigt sowie Satzbaufehler behoben. Diese Technik soll die Lesbarkeit erleichtern und kann verwendet werden, wenn für das weitere Vorgehen die inhaltlich-thematische Ebene im Mittelpunkt steht (z.B. Expert:inneninterviews). (95) Bei den schriftlich beantworteten Interviews wurden Formatierungs-, Satzbau- und Tippfehler behoben sowie verwendete Abkürzungen ausgeschrieben. Die fertigen Textdokumente wurden mit einer fortlaufenden Zeilenummerierung versehen. Im Anschluss wurden die Interviews anonymisiert, indem diese eine Nummerierung von IP1 bis IP7 erhielten. Die Aufzeichnungen wurden gelöscht.

Die Auswertung der offenen Fragen erfolgte gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Dabei wird eine systematische Analyse der Texte mittels Kategoriensystem durchgeführt, die Kategorien werden auf Basis des Textmaterials selbst entwickelt. (95) „*Durch dieses Kategoriensystem werden diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.*“ (95) Bei der vorliegenden Arbeit erfolgte die Kategorienbildung induktiv: Die Antworten der sieben IPs zur jeweiligen Frage des Leitfadens wurden gelesen und aus diesen Textstellen wurden Kategorien abgeleitet. Die Kategorien wurden anschließend deskriptiv dargestellt und es wurde angegeben, wie häufig diese genannt wurden. Weiters wurden zu den einzelnen Kategorien Ankerbeispiele angeführt. Als Ankerbeispiele werden Textstellen aus den Interviews bezeichnet, welche für die jeweilige Kategorie typisch sind. (95)

Die geschlossenen Fragen wurden quantitativ ausgewertet. Wenn die Antworten darauf jedoch im Interview begründet wurden, dann wurden diese in der Auswertung berücksichtigt und zum Teil in Form von Zitaten angeführt.

3 Resultate

Das erhobene Datenmaterial aus den sieben Expert:inneninterviews wird in diesem Abschnitt dargestellt. Die offenen Fragen des Interviewleitfadens (siehe Anhang) wurden dabei gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Kapitel 2) ausgewertet. Die einzelnen Fragen werden entsprechend der Chronologie des Leitfadens in den Kapiteln 3.1 bis 3.15 behandelt.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Auswahl der Stichprobe erfolgte unter den Voraussetzungen, dass die IPs über langjährige Berufserfahrung als Ärzt:in oder Pflegeperson in Österreich und über praktische Erfahrungen an den Schnittstellen der Informationsübergabe verfügen. In einer ersten Frage wurden die Berufserfahrung in Jahren, die sich von 9 bis 38 Jahren erstreckte, sowie die bisherigen Tätigkeitsfelder an den Schnittstellen abgefragt. (Tab. 3.1)

Tab. 3.1 Stichprobenbeschreibung

	IP1	IP2	IP3	IP4	IP5	IP6	IP7
Berufserfahrung in Jahren	30	38	25	25	12	9	10
Fachärzt:in für Anästhesie und Intensivmedizin		X		X			
Fachärzt:in für Innere Medizin			X				
Allgemeinmediziner:in im Krankenhaus		X			X	X	
Hausärzt:in						X	
Notärzt:in	X		X		X		
Pflegeperson im Pflegeheim				X			
Pflegeperson in einem Hospiz				X			
Pflegeperson auf einer Intensivstation							X

3.2 Die Begriffe Advance Care Planning (ACP) und Vorsorgedialog® (VSD®)

Sechs der sieben befragten Personen gaben an, die Begriffe ACP und VSD® zu kennen. Von mehreren Personen wurden dabei der Gesprächsprozess sowie das sorgfältige Abwägen von Therapieentscheidungen hervorgehoben:

„Einen strukturierten Gesprächsprozess mit Patient:innen und deren An- und Zugehörigen bzw. deren gesetzlichem Vertreter zur Therapiezielfindung“ (IP1, Zeilen 30-32)

„ACP ist die kontinuierliche Kommunikation am Lebensende mit Patient:innen und Angehörigen, mit dem Ziel, die Autonomie von Personen am Lebensende zu stärken und gemeinsam die richtigen Entscheidungen sowohl über Intensität und Umfang der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen als auch über den Ort der Betreuung zu treffen (Krankenhaus? Pflegeheim? Zuhause?)“ (IP2, Zeilen 30-35)

„Eine fundierte und klinisch gut abgewogene Entscheidung zum besseren Umgang am Ende des Lebens, um eine ungewollte Übertherapie zu vermeiden.“ (IP7, Zeilen 30-31)

3.3 Gespräche über medizinische Krisensituationen und das Lebensende

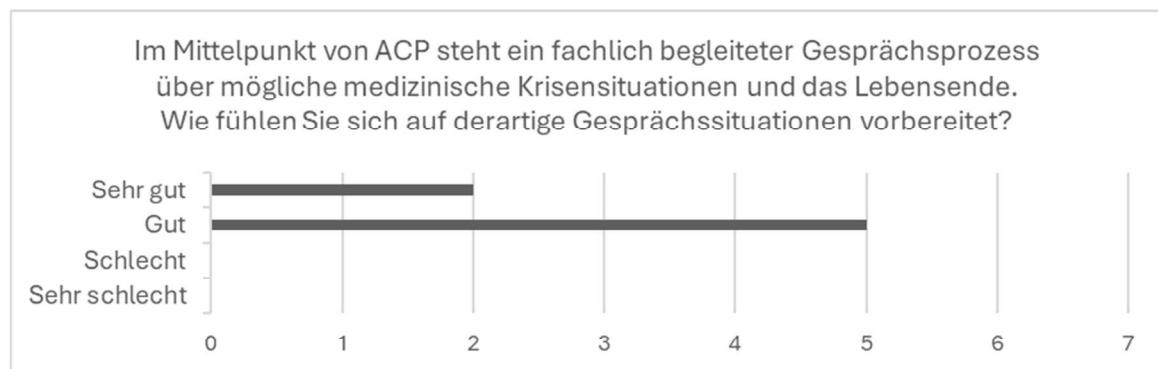


Abb. 3.1 Darstellung der Antworten zu Frage 3a

3.3a Die befragten Personen, die bis auf eine Person mit dem Begriff ACP vertraut waren, fühlten sich „sehr gut“ (zwei Personen) und „gut“ (fünf Personen) auf ein Gespräch über eine medizinische Krise vorbereitet. (Abb. 3.1)

3.3b Alle sieben Befragten stimmten der Aussage zu, dass Medical Professionals auch nach Beendigung ihrer Ausbildung **weiterführende Schulungen in Gesprächs-**

führung zu schwierigen medizinethischen Themen (z.B. „End-of-Life Decisions“, „Breaking Bad News“) erhalten sollen.

3.3c Sechs der sieben befragten Personen glauben, dass sie im **Überbringen schlechter Nachrichten** sicherer wären, wenn sie das regelmäßig trainieren könnten.

Eine IP merkte an, dass sie dies im Alltag bereits regelmäßig trainiere:

„Ich trainiere das regelmäßig, weil ich regelmäßig schlechte Nachrichten überbringe. Aber natürlich ist man sicherer in dem, was man regelmäßig macht. Also ja.“ (IP6, Zeilen 26-27)

Eine Person sprach an, dass neben regelmäßIGem Training auch das klinische Umfeld entsprechend weiterentwickelt werden müsse:

„... ja, es ist gut, wenn wir regelmäßig trainieren. Aber man muss auch ein Ambiente und eine Unternehmenskultur schaffen, wo das akzeptiert wird. (...) Es braucht eine Änderung der Unternehmenskultur und nicht nur mehr Gesprächsführung.“ (IP3, Zeilen 138-140, 163-164)

3.3d+e Alle IPs stimmten zu, dass im Rahmen der verpflichtenden Fortbildung **ärztliche Kommunikation mit eigenen DFP-Punkten** belegt werden soll. Sechs Personen befürworteten das auch in Bezug auf **pflegerische Kommunikation**, eine IP wandte ein, dass DFP-Punkte lediglich für ärztliche Fortbildungen vergeben werden. Weiters wurde von einer IP angeführt, dass es für das Sammeln von DFP-Punkten auch genügend Fachliteratur zum Thema geben müsste:

„Aber es muss dann auch mehr Fachliteratur vorhanden sein, damit man das auch einsetzen kann.“ (IP3, Zeilen 175-176)

3.3f Die Frage, ob sich die IPs vorstellen können, selbst eine **Ausbildung zur Gesprächsbegleiter:in** im Rahmen von ACP zu absolvieren, wurde von vier Personen bejaht und von drei verneint. Als Gründe, die gegen das Absolvieren einer solchen Ausbildung sprechen, wurden insbesondere zeitliche genannt:

„Nein. (...) Auch wenn ich die Ausbildung hätte, wüsste ich nicht, wann ich das umsetzen sollte. Da sollte es Spezialisten dafür geben. (...) wenn jemand Hausarzt ist und von Kinderarzt bis Geriater alles sein soll und dann noch in

jedes Altersheim fahren soll und dort mit allen Bewohnern sprechen soll, geht sich das zeitlich nicht aus und es würde die Qualität darunter leiden“ (IP6, Zeilen 42-50)

„Nein, derzeit zeitlich nicht möglich.“ (IP5, Zeilen 66-67)

3.4 Gespräche nach gesundheitlichen Krisen und Therapiezieländerungen

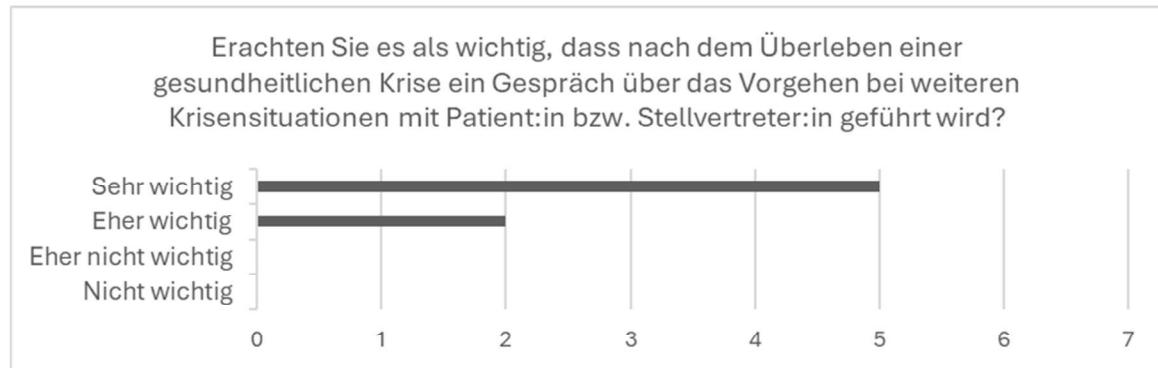


Abb. 3.2 Darstellung der Antworten zu Frage 4

3.4 Fünf Befragte schätzten es als „sehr wichtig“ ein, dass nach dem Überleben einer gesundheitlichen Krise ein **Gespräch über weitere mögliche Krisensituationen** mit Patient:in bzw. Stellvertreter:in geführt wird. Für zwei Personen war dies „eher wichtig.“ (Abb. 3.2)

3.4a Alle Personen, die im klinischen Bereich bzw. im Hospiz tätig sind, gaben an, dass derartige Gespräche an ihren Abteilungen geführt werden. Unterschiede traten bezüglich der Dokumentation dieser Gespräche hervor:

„Ja, regelmäßig und striktest dokumentiert und nach außen kommuniziert (Hausärzt:in, Notfalldienste wie 144 und Acute Community Nurse)“ (IP1, Zeilen 78-79)

„Ja, und werden sporadisch, nach Beurteilung des behandelnden Arztes dokumentiert.“ (IP2, Zeilen 85-86)

„Ja, finden statt. Therapiezielentscheidungen werden dokumentiert.“ (IP5, Zeilen 77-78)

„Die Gespräche finden statt, eine direkte Protokollierung ist nicht dabei.“ (IP7, Zeile 77)

Hausärzt:in gab an, dass diese Gespräche in der täglichen Praxis selten seien. In diesem Zusammenhang wurden auch strukturelle Probleme angesprochen, welche die zeitnahe Übermittlung von Arztbriefen betreffen:

„Das wird für mich erst schlagend, wenn es so weit ist und wenn ich dann dorthin kommen sollte, was als Hausarzt nur ganz selten passiert, weil im Notfall eh die Rettung gerufen wird. Man fragt dann eher in der Situation erst. Ich bekomme den Arztbrief teilweise erst sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt. Das wäre einfach komisch, wenn ich dann noch wen bezüglich der damaligen Therapiezieländerung anrufen würde.“ (IP6, Zeilen 281-286)

3.4b Sechs IPs gaben an, dass in deren Arbeitsbereich **Informationen zu TZÄ** an übernehmende Einheiten im Sinne eines guten Schnittstellenmanagements weitergegeben werden. Bei allen sechs erfolgt diese Übergabe schriftlich, bei fünf davon gibt es zusätzlich auch eine mündliche Übergabe.

Eine Person gab hingegen an, dass in deren Arbeitsbereich diese Informationen nicht übergeben werden. Diese würde eine solche Übergabe jedoch als sinnvoll erachten:

„Ja – um eindeutige Therapiepläne zu verfolgen“ (IP7, Zeile 88)

(IP6, Hausärzt:in, bezog sich bei dieser Frage explizit auf Erfahrungen aus dem klinischen Bereich)

3.5 Thema Patient:innenverfügungen

Zur praktischen Anwendung von PV befragt, gaben fünf Befragte an, dass diese durch **ungeheure Formulierungen** zumeist eingeschränkt sei:

„... die Patientenverfügungen sind auch von der Genauigkeit der Ausführungen her in der Regel selten bis so gut wie nie ausreichend genau. (...) Zum Beispiel stehen darin solche Phrasen wie „Ich will keine Therapie, die sinnlos ist“ oder „Ich will keine verlängerte intensivmedizinische Therapie haben“. Das sind schon die genauesten Sachen, da passt jetzt viel rein.“ (IP3, Zeilen 239-245)

„Die Formulierungen sind meistens nicht aussagekräftig genug, damit sich alle beteiligten Professionalist:innen daran halten.“ (IP7, Zeilen 97-98)

Eine befragte Person betonte die Notwendigkeit des genauen Nachfragens beim Erstellen einer PV. Ärzt:in dürfe nicht ohne Weiteres die Formulierungen von Patient:in übernehmen:

„Wenn man aber nicht nachbohrt, dann sind die Patientenverfügungen eher schwammig, weil die Patienten die Termine nicht kennen und nicht wissen, was wofür steht. Sie sagen dann etwa: „Ich will keine künstliche Beatmung!“ Dann frage ich nach, was denn passieren soll, wenn sie operiert werden. Da wollen sie die Beatmung dann auf einmal schon.“ (IP6, Zeilen 73-77)

Weiters erwähnten vier IPs eine **eingeschränkte Verfügbarkeit** von PV im Bedarfsfall. Einerseits würden nur wenige Patient:innen über eine PV verfügen, andererseits sei diese dann im Notfall vielfach nicht auffindbar:

„Im perioperativen Setting sind es unter 5 % (Patient:innen mit PV; Anm. des Verfassers) - darauf kann man sich von der Menge her nicht verlassen...“ (IP3, Zeilen 238-239)

„Wir kennen das Dilemma der Patientenverfügung: Wenn sie da ist, wo ist sie denn, wenn man sie braucht?“ (IP4, Zeilen 101-102)

„Teilweise liegen diese auch wieder nicht vor. Zum Beispiel in Akutsituationen, wo niemand Bescheid weiß, wo die Dokumente sind.“ (IP5, Zeilen 95-97)

Zwei IPs thematisierten hierbei auch die **Bringschuld von PV**. Diese würden nur vorliegen, „wenn der Patient diese mitführt oder diese in der EDV bereits abgelegt worden sind.“ (IP5, Zeilen 94-95)

Zwei Befragte hoben den Stellenwert der PV in der **Patient:innenkommunikation** hervor. Eine PV gebe Sicherheit und könne auch als Ausgangspunkt für weitere gesundheitliche Vorsorgeplanung dienen:

„... extrem wichtig und beruhigend für die Betroffenen (Sinn: Kommunikationsbrücke, man wird gehört und die Wünsche, Ziele und Bedürfnisse beachtet)“ (IP1, Zeilen 96-98)

„Wenn ein Patient eine Patientenverfügung macht, dann hat sich der Patient schon Gedanken über seinen Gesundheitszustand gemacht und will auch Dinge regeln. Deswegen ist das ein super Ausgangspunkt für ein weiteres Gespräch...“ (IP4, Zeilen 114-117)

3.6 Thema Erwachsenenvertretung

Unter dem Begriff „Erwachsenenvertreter:in“ werden im folgenden Abschnitt alle vier Formen der persönlichen Stellvertretung gemäß dem Erwachsenenschutzgesetz (siehe Kapitel 1.2.3.1) verstanden. Von den IPs wurde nicht zwischen Vorsorgebevollmächtigten sowie gewählten, gesetzlichen und gerichtlichen Erwachsenenvertreter:innen differenziert.

IP6 hatte im Arbeitsalltag noch keine Berührungspunkte mit Erwachsenenvertreter:innen und konnte aus diesem Grund dazu keine Angaben machen.

Drei befragte Personen gaben an, dass Erwachsenenvertreter:innen im Aufklärungsgespräch in der Regel ausreichend über den mutmaßlichen Patient:innenwillen informiert sind, eine IP verneinte dies.

3.6a Zwei IPs erwähnten, dass durch „**unterschiedliche Ansichten**“ (IP5, Zeile 104) Konflikte im ärztlichen Gespräch oder in der Therapieplanung mit Erwachsenenvertreter:in entstehen können:

„*Wenn es unterschiedliche Annahmen oder Perspektiven gibt: Vor allem, was die Mittel betrifft, mit welchen die Ziele erreicht werden sollen. Oder unterschiedliche Perspektiven das Wohl eines Menschen betreffend.*“ (IP1, Zeilen 110-112)

Zwei IPs gaben an, dass bei der Entscheidungsfindung mit Stellvertreter:in darauf geachtet werden müsse, dass diese:r nicht **eigene Interessen** vertrete:

„*Schwierig wird es, wenn der Vertreter von sich und seinen Vorstellungen redet. Wenn die persönlichen Präferenzen des Vertreters in dieses Gespräch einfließen. Aber es geht nicht um ihn, sondern um den Betroffenen.*“ (IP4, Zeilen 146-149)

Außerdem würden **Wissensdefizite** von Stellvertreter:in in Bezug auf Prognose, Therapiemöglichkeiten und Rechtssituation ein Konfliktpotenzial darstellen:

„*Unzureichendes Wissen über Prognose der akuten Erkrankungen, Konsequenzen der verschiedenen Therapiemöglichkeiten.*“ (IP2, Zeilen 111-112)

„Wenn die Menschen „irrige Annahmen“ zur Rechtssituation haben.“ (IP1, Zeile 113)

Eine befragte Person wies darauf hin, dass stets die **medizinische Indikation** beachtet werden müsse und Erwachsenenvertreter:in keine nicht-indizierten Therapien vorgeben dürfe:

„Es kann aber nicht sein, dass der Erwachsenenschutzvertreter vorgibt, wie die Therapie zu sein hat. Es braucht immer noch die Indikation.“ (IP4, Zeilen 152-153)

Eine IP gab an, dass Stellvertreter:in „oft nicht von Anfang an in die Therapie involviert“ (IP7, Zeile 107) sei und „daher werden bei einer Therapiezieländerung oft **Missverständnisse** zu spät aus dem Weg geräumt.“ (IP7, Zeilen 108-109)

3.6b Fünf Befragte gaben an, dass das **Miteinbeziehen nahestehender Personen** in die gesundheitliche Vorsorgeplanung die Entscheidungsfindung erleichtern würde.

Von zwei IPs wurde angesprochen, dass das Miteinbeziehen nahestehender Personen zu einer **besseren Kommunikation** und **mehr Verständnis** führe:

„Man teilt eine Information und man hört die andere Sicht auf die Dinge, die Menschen fühlen sich gehört und ernst genommen. Bei sensorischen oder kognitiven Defiziten ist die nahestehende Person die „kommunikative Brücke“ und Partner im Ziel des Patientenwohls („Wir reden vom selben und haben ein geteiltes Verständnis“).“ (IP1, Zeilen 118-122)

Laut zwei IPs trage dies auch zu einem **ganzheitlicheren Bild von Patient:in** bei:

„Oft sind die Angehörigen DIE [sic] Informationsquelle und das über die physische Dimension hinaus! (sozial, sozialrechtlich, psychisch, biographisch, spirituell, Beziehungen und Entscheidungsfaktoren)“ (IP1, Zeilen 122-126)

„Mehrere Beteiligte bringen mehrere Puzzleteile ins Spiel. Dadurch kann sich das Bild durch verschiedene Perspektiven erweitern.“ (IP4, Zeilen 161-162)

Zwei Befragte betonten, dass das Miteinbeziehen nahestehender Personen einen Vorteil für medizinische Krisensituationen bringe, wenn **Patient:innenwünsche** bereits im Voraus gemeinsam besprochen werden. Dadurch „*werden Schnittstellen abgebaut*“ (IP7, Zeile 118):

„*Ja, wenn Entscheidungen in kritischen Lebenssituationen im Vorfeld gut ausgesprochen sind.*“ (IP5, Zeilen 109-110)

3.7 Thema Übertherapien

3.7a+b (es wurden diese Fragen bei der Beantwortung inhaltlich zusammengefasst)

Von den Befragten kannten alle sieben Personen Übertherapien aus dem eigenen Arbeitsalltag.

Als Ursache für Übertherapie wurden von vier Befragten **Wissensdefizite bei Medical Professionals** genannt:

„*Einerseits ist es ein Wissensdefizit, was angemessene Therapien in der jeweiligen Situation sind.*“ (IP4, Zeilen 170-171)

Dementsprechend wurden zur Reduktion von Übertherapien „*Aus- und Fortbildungen*“ (IP2, Zeile 138), „*aktuelles Fachwissen*“ (IP4, Zeile 188) sowie „*Veröffentlichungen zum Thema oder mitreißende Vorträge*“ (IP1, Zeilen 148-149) vorgeschlagen.

Drei IPs thematisierten **Informationslücken in der Bevölkerung** zum Thema der Übertherapien. Eine IP ging dabei besonders darauf ein, dass die Gesellschaft auch ein verzerrtes Bild über das Älterwerden habe und die Themen „Tod“ und „Sterben“ weiterhin als Tabuthemen gelten würden:

„*In der Gesellschaft ist das Thema Tod und Sterben ein Tabuthema und man will es nicht akzeptieren und will, dass alles Mögliche ausgeschöpft wird. (...) wenn man schaut, welches Bild uns die Werbung von älteren Menschen vermittelt. Die sind alle gutaussehend, agil und bei bester Laune und Gesundheit. Und so gestaltet sich die Gesellschaft auch ihr Bild und letzten Endes führt es vielleicht auch dazu, dass man es nicht akzeptieren kann, dass der Zeitpunkt (des Lebensendes; Anm. des Verfassers) jetzt da ist.*“ (IP4, Zeilen 179-187)

Deswegen brauche es laut zwei IPs eine „*öffentlichkeitswirksame Aufklärung, um dem Thema an sich einen Raum zu geben.*“ (IP4, Zeilen 187-188)

Zwei befragte Personen beschrieben **Defizite bei Aufklärungsgesprächen**, die zu Übertherapien führen würden. Patient:innen mangle es an „*Wissen über Nebenwirkungen und Komplikationen von Interventionen.*“ (IP2, Zeilen 131-132)

Vier befragte Personen sahen häufige Gründe für Übertherapien in **Ängsten und Unsicherheiten** bei Medical Professionals.

Einerseits wurde von einer IP die „*Angst vor Versagen und Verlust*“ (IP1, Zeilen 141-142) angesprochen.

Andererseits gaben zwei IPs Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf rechtliche Belange an:

„*Angst vor rechtlichen Konsequenzen bei Unterlassung*“ (IP1, Zeilen 139-140)

Von zwei IPs wurden Ursachen für Übertherapien auch in den aktuellen **rechtlichen Gegebenheiten** gesehen:

„*Judikatur fördert Überbehandlung*“ (IP2, Zeilen 132-133)

„*Gleichzeitig gibt es sicher ein Manko bei den rechtlichen Gegebenheiten im Gesundheitssystem für Medizin und Pflege. (...) Das ist für mich das sichtbarste, dass es da Unklarheiten und Unsicherheiten gibt, die die Menschen dazu bringen, im Sinne eines hilflosen Aktionismus noch alles zu tun.*“ (IP4, Zeilen 173-177)

Zwei IPs gaben an, dass die „**Ökonomielogik** des Medizinbetriebs“ (IP1, Zeilen 137-138) bzw. „*Finanzierungsströme*“ (IP2, Zeile 133) Übertherapien begünstigen würden.

Zwei Befragte gaben an, dass durch viele **verschiedene Behandler:innen** Übertherapien zunehmen würden. Einerseits geschehe dies durch wechselnde Behandlungsteams im Krankenhaus, andererseits würden sich durch Verordnungen

verschiedener Ärzt:innen pharmakologische Therapien summieren, welche in der Gesamtheit die Lebensqualität von Patient:in beeinträchtigen können:

„Ich glaube es kommt deswegen dazu, weil innerhalb von 24 Stunden das Behandler:innenteam wechselt bzw. Visiten unterschiedlich strukturiert werden. Jede Therapie wird individuell aufgebaut und hängt von der handelnden Person ab.“ (IP7, Zeilen 125-129)

„Die Patienten kommen mit den verschiedensten Medikamenten, die von den einzelnen Fachärzten verordnet wurden. Da wird man auch nie auf einen Konsens kommen, weil sich keiner traut, die Medikamente des anderen abzusetzen. (...) Ab 5 Medikamenten hat man mehr Nebenwirkungen und Kreuzwirkungen als reine Wirkungen. (...) Ab einem gewissen Alter hat aber Lebensqualität Vorrang vor einem Laborwert.“ (IP6, Zeilen 125-131, 150)

Von zwei Befragten wurde „**falsche oder übermäßige Hoffnung**“ (IP2, Zeile 130) als ein Grund für Übertherapie angegeben.

Außerdem gaben zwei befragte Personen an, dass häufig auch der „**Ehrgeiz** der Medizinberufe“ (IP1, Zeilen 136-137) zu Übertherapie führe.

Als Maßnahmen, welche das Auftreten von Übertherapie reduzieren könnten, wurden von einer IP im Weiteren folgende vorgeschlagen: „*Kommunizieren, (...) politische Maßnahmen (Ärztekammer), Problembewusstsein schaffen, Empathiefähigkeit der Ärzt:innen ansprechen („Wenn du in dieser Situation wärst...“), (...) strukturiertes Vorgehen und gezieltes Ansprechen der genannten Gründe (z.B. durch Podcasts und soziale Medien)*“ (IP1, Zeilen 146-151)

Eine IP erwähnte, dass die **Unternehmenskultur** ein wichtiger Faktor zur Reduktion von Übertherapie sei. Durch ethische Konsile und interdisziplinäre Fallbesprechungen könne Übertherapie vorgebeugt werden:

„Und da braucht es schon auch wieder mehrere ethische Konsile über Tage und Wochen, das ist Unternehmenskultur. Zum Beispiel dreimal pro Woche ethische

Konsile und interdisziplinäre Fallbesprechungen, bei denen man jedes Mal den Status und die Therapieziele bespricht...“ (IP3, Zeilen 328-331)

3.7c Alle sieben IPs gaben an, dass Übertherapie mittels flächendeckender gesundheitlicher Vorsorgeplanung besser vermieden werden könnte.

3.8 Belastungen durch unklaren Patient:innenwillen

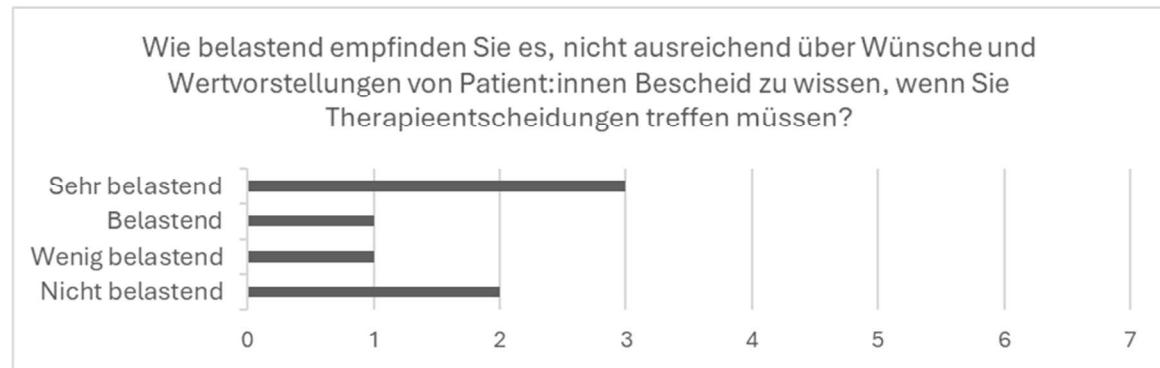


Abb. 3.3 Darstellung der Antworten zu Frage 8

3.8 Drei IPs empfinden es als „sehr belastend“, wenn sie Therapieentscheidungen treffen müssen, ohne über Patient:innenwünsche ausreichend informiert zu sein. Je eine Person gab an, dass dies „belastend“ bzw. „wenig belastend“ wäre. Zwei Personen empfanden dies als „nicht belastend.“ (Abb. 3.3)

Zwei IPs begründeten diese geschlossene Frage. Diese fühlen sich bei derartigen Entscheidungen unterschiedlich stark belastet, erwähnten aber beide, dass es **Teil des ärztlichen Berufes** sei, schwierige Entscheidungen treffen zu müssen:

„...es ist schon belastend, aber es ist das, mit dem wir leben müssen, das wir tun müssen – es ist unsere Aufgabe.“ (IP3, Zeilen 370-371)

„Überhaupt nicht belastend – dafür habe ich diese Ausbildung gemacht, dafür bin ich Mediziner. Ich weiß, dass ich Entscheidungen treffen muss.“ (IP6, Zeilen 170-171)

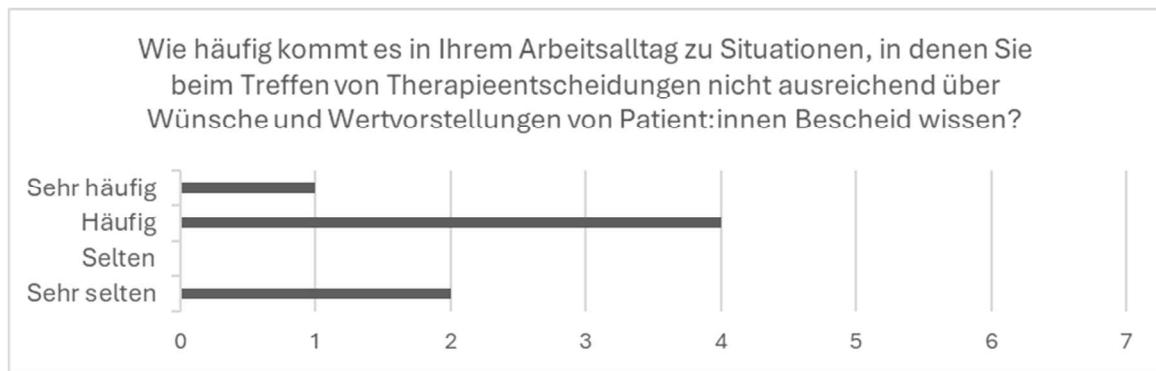


Abb. 3.4 Darstellung der Antworten zu Frage 8a

3.8a Eine IP gab an, dass es „sehr häufig“ zu Situationen komme, in denen sie beim Treffen von Therapieentscheidungen nicht ausreichend über Patient:innenwünsche informiert wäre. Bei vier Personen sei dies „häufig“ der Fall, zwei IPs würden das nur „sehr selten“ erleben. (Abb. 3.4)

3.8b Vier IPs berichteten, dass sie in Situationen, in denen sie medizinische Entscheidungen treffen müssen, ohne den Patient:innenwillen genau zu kennen, eine **Außenanamnese mit Angehörigen** und nahestehenden Personen durchführen:

„...ich muss Angehörige befragen und eventuell den Kreis auf Zugehörige erweitern.“ (IP4, Zeilen 230-231)

Zwei Befragte gaben an, dass sie in derartigen Entscheidungssituationen in der **Patient:innenakte** nach etwaigen relevanten Informationen suchen:

„Ich muss einfach schauen, was in der Dokumentation hinterlegt ist.“ (IP4, Zeilen 228-229)

Zwei Personen betonten die Wichtigkeit der eigenen **klinischen Erfahrungen**:

„Entscheidung wird anhand der klinischen Einschätzung und der Erfahrung getroffen.“ (IP5, Zeilen 140-141)

„...ich muss die typischen und wahrscheinlichen Outcomes kennen (Information, Wissen), dann kann ich sofort handeln / unterlassen und das auch begründen“ (IP1, Zeilen 174-176)

Von einer IP wurde darauf hingewiesen, dass man trotz eventuell eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit den **Patient:innenkontakt** weiter aufrechterhalten müsse:

„Das Wichtige ist, dass man den Kontakt zum Patienten erhält. Wir unterschätzen sehr häufig, was ein Patient im Sinne der nonverbalen Kommunikation noch beitragen kann. Das sieht man bei Menschen mit Demenz, dass eine Kommunikation sehr lange möglich ist, wenn man die Sprache entsprechend anpasst und die nonverbalen Signale entsprechend deuten kann.“ (IP4, Zeilen 228-235)

Zwei Befragte erwähnten, dass in Fällen ohne erhebbaren Patient:innenwillen die Behandlung gemäß der **medizinischen Indikation** erfolgen müsse bzw. in zeitkritischen Situationen der Grundsatz „*in dubio pro vita*“ gelte:

„... wenn überhaupt kein Patientenwille da ist und auch keine nächsten Angehörigen da sind, was wirklich extrem selten ist, dann muss man sich auf die medizinische Indikation zurückziehen und das funktioniert dann auch wirklich gut.“ (IP3, Zeilen 375-378)

*„wenn es keine Info gibt und rasch gehandelt werden muss: *in dubio pro vita* (ist aber selten)“ (IP1, Zeilen 177-178)*

Eine IP gab an, in unklaren Situationen gemäß den **eigenen Wertvorstellungen** zu handeln:

„Wenn es keine Angehörigen oder Freunde gibt, mit denen man reden kann und von denen man sich Informationen holen kann, dann muss ich meine moralischen Vorstellungen und meine Werte auf den Patienten umsetzen.“ (IP6, Zeilen 171-174)

3.9 ACP als Hilfe bei schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung

Alle sieben befragten Personen würden sich eine bessere Kenntnis der Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen wünschen.

3.9a Ebenfalls alle sieben erwarten sich, dass eine gut dokumentierte Vorsorgeplanung ihre medizinischen Entscheidungen erleichtern würde.

3.10 Dokumentationshilfen und Dokumente zur TZÄ

3.10a+b Fünf Befragte gaben an, dass es in ihrem Arbeitsumfeld vorgefertigte Dokumentationshilfen (z.B. Dokumente zur TZÄ) gibt, auf welchen nicht mehr indizierte bzw. von Patient:innen nicht mehr gewünschte Maßnahmen verpflichtend zu dokumentieren sind. Bei zwei IP erfolgt diese Dokumentation ohne vorgefertigte und einheitliche Dokumentationshilfen:

„Die Informationen werden im Dekurs vermerkt und im Entlassungsbeftrag angekündigt.“ (IP7, Zeilen 183-184)

Hausärzt:in notiert diese Informationen in Signalfarbe in der elektronischen Patient:innenakte:

„Ich kann das ins Computersystem hineinschreiben. Das schreibe ich mir in Rot zur Patientenakte. Wenn ich eine Patientenverfügung mache, dann sind die auch bei mir im Computer abgespeichert.“ (IP6, Zeilen 202-204)

3.11 Sondersituation Schnittstelle Schockraum

IP4 konnte zu diesem Bereich mangels praktischer Erfahrungen keine Angaben machen.

IP6 (Hausärzt:in) bezog sich hierbei explizit auf die Erfahrungen aus dem klinischen Bereich.

3.11a Zwei Befragte gaben an, dass im Schockraum Informationen aus der häuslichen Situation oder aus dem Pflegeheim bei Aufnahme von Patient:in in ausreichendem Umfang und zeitgerecht zur Verfügung stehen würden. Für zwei IPs sei dies nur bei Patient:innen aus dem Pflegeheim der Fall. Bei diesen würde meistens eine schriftliche Pflegedokumentation vorliegen. Die übrigen zwei Personen verneinten diese Frage, als Grund wurde unter anderem die „fehlende verpflichtende Dokumentation“ (IP2, Zeile 199) angegeben.

3.11b Vier der befragten Medical Professionals gaben an, dass von Patient:in nicht gewünschte Maßnahmen im Schockraum weder bekannt sind, noch berücksichtigt werden, noch standardisiert an die Folgebehandler:innen übergeben werden. Zwei gaben an, dass diese Informationen sowohl bekannt sind und berücksichtigt werden, als auch standardisiert übergeben werden.

3.11c+e (es wurden diese Fragen bei der Beantwortung inhaltlich zusammengefasst)

Als Defizit der Schnittstelle Schockraum wurde von vier Befragten der **eingeschränkte Zugang zu externen Daten** (z.B. über ELGA) genannt:

„v.a. Unzugänglichkeit externer Information, obwohl das technisch möglich wäre – z.B. eine Schnittstelle zu ELGA, wie in Basel“ (IP1, Zeilen 234-236)

Dementsprechend wurden als mögliche Verbesserungen auch eine Vereinheitlichung von IT-Systemen sowie eine „obligate Dokumentation in ELGA“ (IP2, Zeile 217) erwähnt:

„Da sehe ich das Potenzial, dass man das IT-System vereinheitlicht – da ist die e-Card sicher ein wichtiger Punkt.“ (IP3, Zeilen 491-493)

Laut zwei Befragten sei in Notfallsituationen auch **Zeitmangel** oftmals ein Grund für fehlende Informationen:

„Das größte Defizit ist der Zeitfaktor, dass die Information noch nicht da ist, wenn der Patient aber schon da ist.“ (IP3, Zeilen 466-468)

Zwei IPs sprachen außerdem eine **unstrukturierte Kommunikation im Schockraum** an, welche die lückenlose Informationsübergabe erschweren würde. Notärzt:innen würden dabei auch häufig unterbrochen werden. Verbesserungen könnten durch „*diszipliniertes Schockraummanagement*“ (IP1, Zeilen 242-243) erzielt werden:

„Notärzte werden oft unterbrochen und gedemütigt bzw. nicht ernst genommen und implizit entwertet.“ (IP1, Zeilen 239-241)

Von einer IP wurde das **Verschriftlichen von DNR- und DNE-Anordnungen** (v.a. auch von Hausärzt:in) als mögliches Verbesserungspotenzial genannt:

„... wäre es sehr wünschenswert, wenn bei Menschen aus dem Pflegeheim und dem häuslichen Bereich, bei denen das Lebensende absehbar ist, möglichst gut DNR und DNE definiert werden würden. (...) Verbesserungen gäbe es, wenn die Kollegen draußen DNR und DNE schreiben und das auch verschriftlichen.“ (IP3, Zeilen 474-476, 484-485)

3.11d Drei IPs gaben an, dass an der Schnittstelle Schockraum häufig **Informationen über den Patient:innenwillen** fehlen oder verloren gehen würden. Eine IP erwähnte außerdem, dass man oftmals nicht ausreichend über etwaige Vorerkrankungen Bescheid wisse:

„Am häufigsten gehen die Informationen „wie viel Therapie soll gemacht werden?“ oder „was wünscht sich der Patient noch?“ verloren. (...) Wie krank der Patient ist, das weiß man auch oft nicht.“ (IP3, Zeilen 471-473)

3.12 Sondersituation Schnittstelle innerklinische Übergaben

IP4 konnte zu diesem Bereich mangels aktueller Einblicke keine Angaben machen.

IP6 (Hausärzt:in) bezog sich hierbei explizit auf die Erfahrungen aus dem klinischen Bereich.

3.12a Sechs IPs bestätigten, dass an Ihren Abteilungen darauf Wert gelegt wird, Entscheidungen zu TZÄ klar an Nachfolgestationen zu übergeben. Bei drei Personen geschieht dies sowohl schriftlich als auch mündlich, bei je einer nur mündlich bzw. nur schriftlich, eine Person machte dazu keine genauere Angabe.

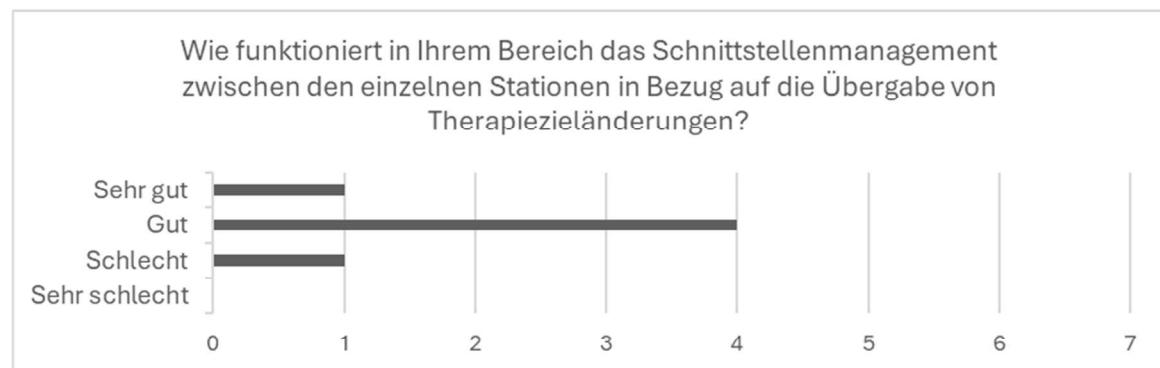


Abb. 3.5 Darstellung der Antworten zu Frage 12b

3.12b Bezüglich der Übergabe von TZÄ funktioniere das Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Stationen bei einer befragten Person „sehr gut“, bei vier „gut“ und bei einer weiteren IP „schlecht.“ (Abb. 3.5)

3.12c+e (es wurden diese Fragen bei der Beantwortung inhaltlich zusammengefasst)

Drei IPs nannten **Kommunikationsprobleme** als ein Defizit innerklinischer Informationsübergaben. Gründe dafür seien unter anderem zwischenmenschliche Konflikte, Undiszipliniertheit, eingeschränkte Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen (u.a. durch Fachjargon) und strukturelle Probleme in Bezug auf die Gesprächskultur:

„Kommunikation zwischen den Disziplinen und den verschiedenen Berufsgruppen.“ (IP7, Zeilen 231-232)

„Defizite sehe ich am ehesten, wenn Menschen nicht gut miteinander können.“ (IP3, Zeile 508)

Dementsprechend wurde zu diesem Bereich auch Verbesserungspotenzial aufgezeigt:

„Kommunikation und standardisierte Übergabeprotokolle“ (IP7, Zeile 235-236)

„Verbesserungspotenzial: Verbesserung der Unternehmenskultur, Verbesserung der Gesprächskultur, Fachliches über Menschliches stellen.“ (IP3, Zeilen 520-522)

„Hierarchische Anordnung und Bewusstwerdungsprozesse, (...) M+M-Rounds (Morbidity and Mortality Rounds), Fehlerkultur, Förderung kommunikativer Schnittstellen“ (IP1, Zeilen 269-270, 274-275)

Von drei IPs wurde auf Verbesserungspotenzial in Bezug auf **elektronische Dokumentation** hingewiesen. Die „*händisch ausgefüllte Fieberkurve*“ (IP5, Zeile 210) solle durch „*EDV-basierte Dokumentation*“ (IP5, Zeile 214) ersetzt werden. Eine IP wünscht sich eine „*obligate Dokumentation in ELGA*“ (IP2, Zeile 236). Von einer weiteren IP wurde eine elektronische Abfrage zu DNR- bzw. DNE-Status vorgeschlagen:

„Da müsste dann immer eine Abfrage kommen, ob der Patient DNR / DNE ist und man müsste diese immer quittieren. Das ist zwar irrsinnig lästig, aber vielleicht würde das dann gemacht werden.“ (IP6, Zeilen 258-260)

Zwei IPs erwähnten, dass in **chirurgischen Fächern** tendenziell weniger Wert auf eine umfassende Informationsübergabe gelegt werde:

„Chirurgische Fächer waren da etwas nachlässiger und internistische oder neurologische Fächer waren da sehr genau (...) gibt es in chirurgischen Fächern eine größere Häufung von Menschen, die eher an dem interessiert sind, technisch etwas umzusetzen als sich auf Gespräche über das Lebensende einzulassen.“ (IP6, Zeilen 243-244, 252-254)

3.12d Auch an dieser Schnittstelle gehe laut drei IPs am häufigsten die **Information über den Patient:innenwillen verloren.**

Eine IP erwähnte, dass bei den innerklinischen Übergaben keine Informationen verloren gehen würden.

3.13 Sondersituation Schnittstelle Krankenhaus zu Pflegeheim / häusliche Pflege

3.13a Sechs Personen gaben an, dass in ihren Abteilungen Wert darauf gelegt werde, Entscheidungen zur TZÄ klar an die häusliche Weiterbetreuung zu übergeben. IP3 konnte dazu keine Angaben machen. Die Informationsübergabe erfolge bei jenen sechs IPs stets schriftlich, mündlich (telefonisch, via Rettungssanitäter bei Heimtransport) erfolge diese bei fünf.

(IP6 bezog sich hierbei explizit auf Erfahrungen aus dem klinischen Bereich)

3.13b Die Entscheidungen über TZÄ während des Aufenthaltes von Patient:in sind an den Abteilungen von fünf der sieben IPs verpflichtend in Arztbriefen zu dokumentieren.

(IP6 bezog sich hierbei explizit auf Erfahrungen aus dem klinischen Bereich)

3.13c+e (es wurden diese Fragen bei der Beantwortung inhaltlich zusammengefasst)

IP3 konnte mangels aktueller Einblicke im Weiteren keine Angaben zu dieser Schnittstelle machen.

Eine IP nannte in Bezug auf die Informationsübergabe zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege / Pflegeheim keine Defizite.

Zwei Personen gaben diesbezüglich die gleichen Probleme wie bei den innerklinischen Schnittstellen an. Dabei wurden erneut „*Strukturmangel einzelner Abteilung, Unidisziplinarität, sprachliche Besonderheiten (Jargonbegriffe), Ignoranz (chirurgische Fächer), nicht zeitnahe Kommunikation.*“ (IP1, Zeilen 263-265) genannt sowie die „*Kommunikation zwischen den Disziplinen und den verschiedenen Berufsgruppen.*“ (IP7, Zeilen 258-259) angesprochen.

Eine weitere IP sah Defizite „*im Bereich der chirurgischen Fächer*“ (IP2, Zeile 257).

Die zwei Befragten aus dem außerklinischen Bereich wiesen beide auf Defizite bei der **schriftlichen Kommunikation / Dokumentation** (z.B. Arztbriefe) hin. Einerseits würde vieles von dem, was im Krankenhaus besprochen wird, im Arztbrief nicht fachgerecht verschriftlicht werden, andererseits würde es zu lange dauern, bis dieser im niedergelassenen Bereich zur Verfügung stehe (siehe auch Abschnitt 5.4a):

„*Es wäre super, wenn ich zeitnah einen Arztbrief bekommen würde. (...) Und die Behandler sollten hineinschreiben, warum sie etwas gemacht oder nicht gemacht haben. Wenn die einfach Therapien starten, ändern oder beenden und nichts dabeisteht, dann ist das für mich sehr oft nicht nachvollziehbar. (...) oft werden einfach nur Textbausteine von einer Sekretärin eingefügt.*“ (IP6, Zeilen 304-307, 323-324)

„*Ich frage mich, wer denn für das Thema ACP zuständig ist und wo das denn eigentlich anfangen soll? Für mich beginnt es eigentlich beim Klinikaufenthalt, im Zuge dessen vielleicht einmal Sätze in diese Richtung fallen. Da muss man dann über die Schnittstelle hinausschauen. (...) Es sollte zumindest strukturiert verschriftlicht an die nächsten weitergegeben werden.*“ (IP4, Zeilen 334-337, 360-361)

3.13d Eine IP erwähnte, dass durch schlecht dokumentierte (siehe Abschnitt 5.13c+e) bzw. falsche verstandene Vorsorgeplanung im Krankenhaus bedeutende Informationen zu Patient:in verloren gehen würden:

„*Für mich geht auch der Kitt zwischen den Fakten verloren. Wenn man vorausschauende Planung so versteht, dass es ein Abarbeiten einer Checkliste ist, dann geht der Beziehungsraum, der sich da auftut, verloren. Und mit diesem geht das Wesentliche zwischen den Fakten verloren.*“ (IP4, Zeilen 343-346)

Weitere drei IPs betonten, dass an dieser Schnittstelle häufig Informationen über den **Patient:innenwillen** verloren gehen würden.

3.14 Implementierung von ACP

Fünf der sieben befragten Personen gaben an, dass sie es als sinnvoll erachteten würden, ein **österreichweit verpflichtendes ACP-Konzept** zu fordern. Eine IP erachtet dies als sinnvoll, da Binnenmigration auch im Gesundheitswesen stattfinde:

„wir haben Binnenmigration – auch im Gesundheitswesen“ (IP1, Zeilen 305-306)

Eine IP betonte diesbezüglich, dass ACP aus zeitlichen Gründen nicht immer von Hausärzt:innen initiiert werden kann:

„Ja, das wäre sinnvoll, wenn es nicht immer der Hausarzt machen muss, das geht sich zeitlich nicht aus.“ (IP6, Zeilen 328-329)

Zwei der Befragten sehen die Forderung nach einem verpflichtenden ACP-Konzept als nicht sinnvoll an. Einerseits wurde eingewendet, dass eine Verpflichtung kontrolliert werden müsse und in Bezug auf ACP eher auf Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien gesetzt werden solle. Andererseits wies eine IP darauf hin, dass es mit dem VSD® bereits ein österreichisches ACP-Konzept gebe, jedoch Alternativen dazu ebenso ihren Wert hätten:

„Wer kontrolliert das? Man braucht einen eigenen Apparat, der das dann kontrolliert und der das dann auch sanktioniert. Deswegen glaube ich, dass es verpflichtend nicht gut ist, aber Empfehlungen, Leitlinien, Richtlinien wären auf jeden Fall sinnvoll.“ (IP3, Zeilen 575-578)

„Da habe ich an den VSD gedacht. Ich glaube, solche Sachen sind sehr hilfreich, aber ich glaube auch, dass es eine Variante dazu geben darf. Der VSD ist ja an strenge Kriterien geknüpft (...) Ich finde es aber voll in Ordnung, ein anderes vorausschauendes Gespräch zu führen, weil das auch seinen Wert hat.“ (IP4, Zeilen 377-380)

3.14a Fünf Befragte gaben an, dass durch ein österreichweit verpflichtendes ACP-Konzept **Futility vermieden** werden könnte.

3.14b+d Zwei IPs gaben an, dass eine **verpflichtende postpromotionelle Ausbildung** in medizinischer Ethik, Palliativmedizin, Kommunikation und Medizinrecht notwendig sei, um ausreichend **ärztliche Expertise** für eine funktionierende Umsetzung des ACP-Konzepts zu schaffen. Fünf Personen sprachen sich hierbei dagegen aus. Als Begründung wurde dafür von drei Personen angegeben, dass eine derartige Ausbildung freiwillig, aber nicht verpflichtend angeboten werden solle.

Für **pflegerische Berufe** wünschen sich fünf IPs verpflichtende Aus- und Weiterbildungen in medizinischer Ethik, Palliativmedizin, Kommunikation und Medizinrecht. Begründet wird dies von zwei IPs damit, dass derartige Ausbildungen zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Mediziner:innen beitragen könnten:

„weil wir koordiniert zusammenwirken (müssen!), daher brauchen wir ein geteiltes Verständnis“ (IP1, 335-337)

Eine IP erwähnte, dass ACP mit wenigen, dafür gut ausgebildeten Medical Professionals gut funktioniere. Eine Verpflichtung brauche es daher nicht.

„Man braucht speziell ausgebildete Menschen im Team, aber es muss nicht jeder machen – das wäre auch wieder zu viel. (...) Wenn man dann so 1-2 Leuchttürme in der Abteilung hat, dann funktioniert das eh schon sehr gut. Da braucht es nichts Zwingendes oder Verpflichtendes.“ (IP3, Zeilen 587-589, 606-607)

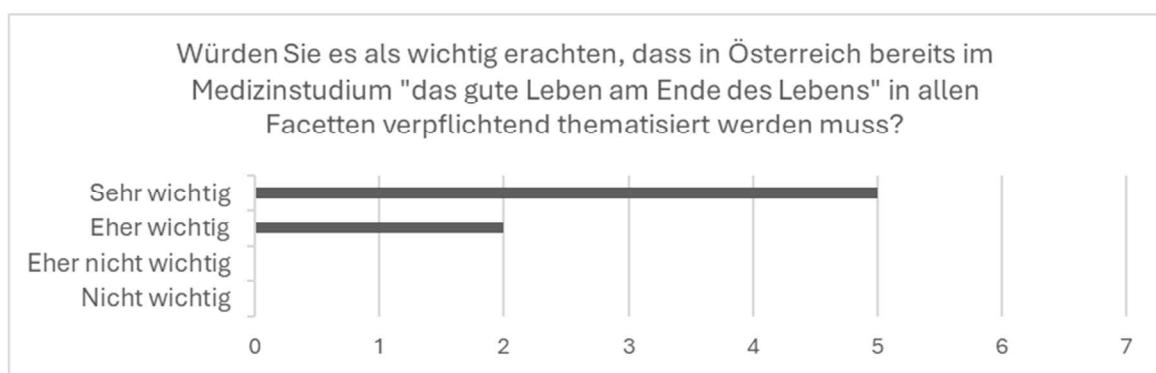


Abb. 3.6 Darstellung der Antworten zu Frage 14c

3.14c Fünf IPs bezeichneten es als „sehr wichtig“, dass „das gute Leben am Ende des Lebens“ im Medizinstudium verpflichtend thematisiert wird. Für zwei befragte Personen sei dies „eher wichtig.“ (Abb. 3.6)

Eine IP gab an, dass man dadurch ACP im chirurgischen Bereich verbessern könnte:

„Damit könnte man vielleicht auch einmal in den chirurgischen Fächern eine Verbesserung erreichen.“ (IP6, Zeilen 344-345)

3.15 Gesprächsführung als berufliche Exit-Strategie

Drei der befragten Ärzt:innen sowie eine Pflegeperson konnten sich vorstellen, dass das Errichten von Patient:innen- oder Sterbeverfügungen bei langjähriger beruflicher Expertise eine sinnvolle Exit-Strategie sein könnte, wenn das Ausüben von Nachtdiensten oder anderen körperlich anstrengenden Tätigkeiten aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr möglich sein sollte und ärztliche Gesprächszeit in Zukunft angemessen honoriert werden würde. Für drei IPs sei dies keine geeignete Exit-Strategie.

Ein:e Befragte:r wandte ein, dass dafür die **Vergütung von Gesprächszeit** deutlich erhöht werden müsste:

„Könnte ich mir schon vorstellen, aber das müsste da schon wirklich gut honoriert werden. (...) 155€ pro angefangener halber Stunde sind jetzt durchaus okay, aber wenn man davon leben will, dann wird das zu wenig sein.“ (IP6, Zeilen 352-353, 357-359)

Eine IP gab an, dass dies keine geeignete Exit-Strategie sei, da man bei gesundheitlichen Einschränkungen **zu wenig Energie** für derartige Gespräche hätte:

„Für mich ist es keine Exit-Strategie. Ich denke mir einfach, wenn man sich die Inhalte solcher Gespräche näher anschaut, da geht es wirklich um wirklich viel, da geht es um das Schicksal von Menschen in Not. Wenn ich Exit lese, dann denke ich mir, dass ich da keine Substanz und keine Energie mehr habe eine gute Gesprächspartnerin zu sein. Den Anspruch habe ich aber.“ (IP4, Zeilen 429-433)

4 Diskussion

Im Mittelpunkt von ACP stehen Gespräche über die Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen sowie die strukturierte Dokumentation und Übergabe der Gesprächsinhalte an wichtigen Schnittstellen im Gesundheitssystem. Nach einem geführten Gespräch mit speziell dafür ausgebildeten Personen soll gemeinsam mit den betreuenden Ärzt:innen ein palliativer Vorsorgeplan erstellt werden, in dem das Ausmaß der medizinischen Versorgung, vor allem aber die Ablehnung bestimmter Behandlungen für den Fall definiert wird, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert. (1) Wenn Patient:in nicht mehr für sich selbst sprechen kann und der Wille nicht in einer PV festgehalten worden ist, dann muss der mutmaßliche Patient:innenwille in medizinischen Entscheidungssituationen berücksichtigt werden. Dieser ist von Medical Professionals zu ermitteln und kann durch An- und Zugehörige sowie im besten Fall durch eine:n Stellvertreter:in nach dem neuen ErwSchG (siehe Kapitel 1.2.3.1) in den Entscheidungsprozess eingebracht werden. Aus den Antworten ging hervor, dass Medical Professionals den mutmaßlichen Patient:innenwillen häufig über eine erweiterte Außenanamnese bzw. Befundrecherche eruieren, wenn sie diesen im direkten Gespräch mit Patient:in nicht erfassen können. (Kapitel 3.8) Prinzipiell muss jede medizinische Entscheidung auf dem Zwei-Säulen-Modell beruhen, gemäß dem die beiden Säulen „Patient:innenwille“ und „medizinische Indikation“ gleichwertig nebeneinander stehen. Eine nicht indizierte Maßnahme darf – vollkommen unabhängig vom Patient:innenwillen – nicht durchgeführt werden. Eine indizierte Maßnahme ist gemäß dem Recht auf Selbstbestimmung bei Ablehnung durch Patient:in zu unterlassen, wobei Patient:in auf die negativen Konsequenzen nachweislich hingewiesen werden muss. (Kapitel 1.2.2.2) Zwei Personen erwähnten in den Interviews, dass die eigene klinische Erfahrung wichtig sei, wenn der Patient:innenwille unklar ist und die Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit einer technisch machbaren Intervention abgewogen werden müssen. Außerdem gaben zwei befragte Mediziner:innen an, sich in zeitkritischen Situationen bei unklarem oder nicht bekanntem Patient:innenwillen ausschließlich an der medizinischen Indikation und am Prinzip „*in dubio pro vita*“ zu orientieren. (Kapitel 3.8) Dabei darf Ärzt:in annehmen, dass es im Sinne des mutmaßlichen Patient:innenwillens ist, wenn medizinisch indizierte Therapien eingeleitet werden. Im weiteren Verlauf der Behandlung ist – falls möglich – der tatsächliche Patient:innenwille zu eruieren und in Entscheidungen miteinzubeziehen. (70) Im Informationsmangel eine Therapieentscheidung auf Basis eigener Wertvorstellungen zu treffen, verletzt das Recht auf Selbstbestimmung und mag dem wahren Patient:innenwillen nicht entsprechen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit gesundheitlicher Vorsorgeplanung, bei der Patient:innen rechtzeitig und in bestmöglicher Entscheidungsfähigkeit ihre Wünsche und Wertvorstellungen definieren, die dann im Falle des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit den betreuenden Medical Professionals bekannt sind.

Das Treffen medizinischer Entscheidungen ohne ausreichende Informationen zum Patient:innenwillen kommt im Arbeitsalltag der Medical Professionals häufig vor und führt auch unter den befragten Expert:innen mehrheitlich zu Belastungen. Zwei befragte Ärzt:innen gaben explizit an, dass es aber eine zentrale Aufgabe als Mediziner:in sei, schwierige Entscheidungen treffen zu müssen. (siehe Kapitel 3.8) Um diese Rolle erfüllen und mit den damit verbundenen Belastungen besser umgehen zu können, sollen Mediziner:innen durch Aus- und Weiterbildungen, universitär sowie postpromotionell, darauf rechtzeitig vorbereitet sowie fortlaufend trainiert werden.

Werden Maßnahmen durchgeführt, welche nicht dem Patient:innenwillen entsprechen bzw. nicht medizinisch indiziert sind, so spricht man von Übertherapie. (Kapitel 1.2.1) Diese war allen Befragten aus dem eigenen Arbeitsalltag bekannt und stellt somit nach wie vor ein weit verbreitetes Problem im österreichischen Gesundheitssystem dar. Technisch machbare, aber für Patient:in wirkungslose medizinische Maßnahmen (Futility) schaden nicht nur Patient:innen, Angehörigen und Medical Professionals, sondern verursachen auch hohe Kosten und verbrauchen Ressourcen, welche dadurch an anderen Stellen nicht zur Verfügung stehen. (96) Es herrschte Konsens darüber, dass eine gut dokumentierte vorausschauende Vorsorgeplanung Übertherapien reduzieren kann. (Kapitel 3.7) Darauf deuten etwa auch die Daten des US-amerikanischen ACP-Konzepts Respecting Choices (RC) (siehe Kapitel 1.1.2.1) hin. Als mögliche Gründe für Übertherapien wurden Wissens- und Ausbildungsdefizite bei Medical Professionals (v.a. in Bezug auf die Einschätzung der Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit einer technisch machbaren Therapie) genannt sowie nicht realistische Hoffnungen und falsch verstandener therapeutischer Ehrgeiz. (Kapitel 3.7) In diesem Zusammenhang wurde auf die Notwendigkeit von Aus- und Fortbildungen verwiesen, um Ärzt:innen im Bereich schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu trainieren. Die Befragten waren sich darin einig, dass bereits im Medizinstudium „das gute Leben am Ende des Lebens“ (siehe Kapitel 1.2.4) in allen Facetten verpflichtend thematisiert werden sollte. (Kapitel 3.14) Als Beispiel kann hierfür Innsbruck dienen, wo beginnend mit dem Jahr 2019 eine verpflichtende Ethiklehre im Medizincriculum in allen drei Studienabschnitten implementiert wurde. (97)

Eine IP sprach an, dass das Vermeiden von Übertherapie auch eine Frage der Unternehmenskultur sei. (Kapitel 3.7) Durch regelmäßige Ethikkonsile und interdisziplinäre Fallbesprechungen könne Übertherapien vorgebeugt werden, was die Wichtigkeit der Institutionalisierung von KEKs und der regelmäßigen Durchführung von KPKs für Hochrisiko-Patient:innen in interdisziplinären Teams unterstreicht. Handlungsvorschläge eines KEK sollen im weiteren Verlauf die Teams dazu ermächtigen, auch schwierige Entscheidungen

schlussendlich immer besser selbst begründen zu können. Das KEK sollte dann nur mehr bei komplexen Fällen hinzugezogen werden müssen, bei welchen eine multidisziplinäre und interprofessionelle Meinungsbildung erforderlich ist.

End-of-Life Decisions (EOLD), die in einer rechtzeitigen TZÄ münden, werden oftmals aus Angst vor medico-legalen Konsequenzen vermieden, ohne dass sich ärztliches Personal bewusst ist, dass die Weiterführung einer für Patient:in nicht mehr nützlichen (nicht indizierten, evtl. auch nicht gewünschten) Therapie – nur weil diese noch technisch machbar ist – eine Körperverletzung und damit eine strafbare Handlung darstellt. (5) Mehrere Befragte haben den Eindruck, dass die aktuelle Rechtsprechung Unsicherheiten verstärke und dadurch Übertherapie fördere. (Kapitel 3.7) Dies wird auch in der Stellungnahme der österreichischen Bioethikkommission zum Thema „Sterben in Würde“ in der Forderung nach verbesserter Rechtssicherheit für Behandlungen am Lebensende zum Ausdruck gebracht. (18) Der Autor dieser Diplomarbeit ist der Meinung, dass medizinische Entscheidungen aus Mangel an ärztlicher Entscheidungsfreude oder aus Angst vor medico-legalen Konsequenzen nicht an Jurist:innen geturft werden dürfen, welche nicht die medizinische Expertise haben, eine schwierige medizinische Situation korrekt einzuschätzen. Außerdem sind sowohl Patient:innen als auch klinische Situationen – selbst bei gleichem Krankheitsbild im gleichen Krankheitsstadium – so unterschiedlich, dass sich dafür keine Rechtsregel finden lässt. Medizinische Entscheidungsfindung auf Basis von Wissenschaft und Erfahrung (siehe ÄrzteG; Kapitel 1.2.3.3) ist und bleibt eine ärztliche Kernkompetenz, die mutig und auf Basis von gutem Wissen in Medizinethik und Medizinrecht wahrgenommen werden muss.

Die IPs wiesen darauf hin, dass zusätzlich auch die Bevölkerung in Bezug auf Übertherapien nicht ausreichend sensibilisiert sei. „Tod“ und „Versterben“ würden weiterhin als Tabuthemen gelten. Es braucht eine „*öffentlichkeitswirksame Aufklärung, um dem Thema an sich einen Raum zu geben.*“ (Kapitel 3.7) Hierbei sieht der Autor das Potenzial, dass Universitäten im Sinne einer „Third Mission“ dieses Thema aufgreifen und durch öffentlichkeitswirksame Fortbildungen ein verstärktes gesellschaftliches Bewusstsein dafür schaffen können. Als Beispiel dafür kann der Vortrag von Ao. Univ.-Prof.in Dr.in med. univ. Barbara Friesenecker an der Arbeiterkammer Vorarlberg dienen. Dieser steht aktuell (November 2025) unter dem Link https://vbg.arbeiterkammer.at/service/audioundvideo/WissenfuerLeben/2019/Barbara_Friesenecker_Uebertherapie_oder_Sterben_in_Wuerd.html zur Verfügung.

Im Rahmen von ACP soll mittels PV und Erwachsenenvertretung vorgesorgt werden, damit der Patient:innenwille in den medizinischen Entscheidungsprozess eingebracht werden kann, wenn Patient:in nicht mehr für sich selbst sprechen kann. (6) Rechtliche Grundlagen bieten hierfür das PatVG (siehe Kapitel 1.2.3.2) sowie das ErwSchG (siehe Kapitel 1.2.3.1).

Insgesamt errichten noch zu wenig Menschen eine verbindliche oder andere PV. Außerdem sind diese häufig ungenau formuliert und liegen dem medizinischen Personal im Bedarfsfall oftmals nicht vor. (1) Dies entspricht auch den Erfahrungen, von welchen die Medical Professionals in den Interviews mehrheitlich berichteten. Auch wenn Patient:in über eine PV verfüge, wisse im Bedarfsfall oft niemand, wo die Dokumente sind. Die Bringschuld von PV stelle ein weiteres Hindernis dar. (Kapitel 3.5) Die mehrfach vom Bundesministerium angekündigte Möglichkeit, ein zentrales Patient:innenverfügungsregister in ELGA zu etablieren, wurde bisher nicht umgesetzt. Solange es eine Bringschuld gibt, wird es auch vorkommen, dass Angehörige die PV absichtlich erst später bringen, da sie eine schlechtere Behandlung bzw. einen verfrühten Behandlungsabbruch bei Vorliegen einer PV befürchten. Wenig bewusst ist Patient:innen und Angehörigen, wie belastend eine Intensivtherapie sein kann, sodass sie das Risiko einer verlängerten Leidenssituation (z.B. CCI) nicht ausreichend würdigen und dadurch öfter mehr Sorge vor dem „zu wenig“ als vor dem „zu viel“ haben. In Kombination mit der häufig beobachteten ärztlichen Vermeidungshaltung in Bezug auf das rechtzeitige Treffen von medizinischen Entscheidungen im Sinne einer TZÄ (von Heilung in Richtung Palliation) steigt die Wahrscheinlichkeit für die Durchführung nicht mehr indizierter Behandlungen (Übertherapie) signifikant an. In Gesellschaften mit etabliertem ACP-Konzept zeigte sich hingegen, dass mehr PV errichtet wurden, diese dann an den kritischen Schnittstellen auch vorlagen und die von Patient:in gewünschten bzw. nicht mehr gewünschten medizinischen Maßnahmen genauer definiert wurden. (13, 14) Dies ermöglicht schließlich eine medizinische Entscheidungsfindung gemäß den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen.

Wenn Erwachsenenvertreter:innen im Sinne des mutmaßlichen Patient:innenwillens sprechen, dann sind diese gemäß der befragten IPs – bis auf eine Gegenstimme – meist ausreichend darüber informiert. Konflikte entstünden in der Therapieplanung mit Stellvertreter:innen besonders dann, wenn es „*irrige Annahmen zur Rechtssituation*“ (Kapitel 3.6) gebe. Außerdem birgt mangelhaftes Wissen in Bezug auf die Erkrankung, deren Prognose und die negativen Konsequenzen verschiedener Therapiemöglichkeiten weiteres Konfliktpotenzial. (Kapitel 3.6) Auch im Gespräch mit Stellvertreter:in ist „shared decision making“ ein wichtiges Kommunikationsprinzip, um den mutmaßlichen Patient:innenwünschen in der Therapieentscheidung möglichst nahe zu kommen. Daher wird im Rahmen von ACP das Miteinbeziehen nahestehender Personen in die Vorsorgeplanung empfohlen. (1) Die Befragten gaben mehrheitlich an, dass dies die Entscheidungsfindung erleichtern würde. Davon erwarten sie sich eine bessere Kommunikation, mehr gegenseitiges Verständnis sowie ein ganzheitlicheres Bild von Patient:in. (Kapitel 3.6)

Mit den Begriffen und dem Konzept von ACP bzw. VSD® waren die Befragten bis auf eine Person vertraut. Diese gaben im Rahmen der Interviews auch an, dass sie sich eine bessere Kenntnis der Wünsche und Wertvorstellungen der Patient:innen wünschen würden und eine gut dokumentierte gesundheitliche Vorsorgeplanung ihre medizinischen Entscheidungen erleichtern würde. (siehe Kapitel 3.9) Fünf der sieben befragten Expert:innen sprachen sich auch für ein österreichweit verpflichtendes ACP-Konzept aus. Hausärzt:in erachtete ein derartiges Konzept ebenfalls für sinnvoll, erwähnte aber, dass die Umsetzung derzeit aus zeitlichen Gründen nicht möglich sei. (Kapitel 3.14) Dafür müssten zusätzliche Zeitressourcen (inkl. entsprechender Bezahlungsmodelle) zur Verfügung stehen. Diesbezüglich wurden die IPs befragt, ob das Errichten von Patient:innen- oder Sterbeverfügungen bei langjähriger beruflicher Expertise eine sinnvolle Exit-Strategie sein könnte, wenn das Ausüben von Nachtdiensten oder anderen körperlich anstrengenden Tätigkeiten aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr möglich sein sollte. Voraussetzung wäre, dass Gesprächszeit in Zukunft angemessener honoriert werden würde. Dann wäre dies für drei der befragten Ärzt:innen und eine Pflegeperson eine sinnvolle berufliche Exit-Strategie. (Kapitel 3.15) Dadurch würden große Vorteile für Patient:innen entstehen, besonders in Hinblick auf die Verwirklichung ihrer Wünsche und Wertvorstellungen bezüglich der medizinischen Versorgung bei schwerer Erkrankung und am Lebensende. Eine ausreichende Finanzierung ärztlicher bzw. pflegerischer Gesprächszeit durch das öffentliche Gesundheitssystem sowie das Schaffen adäquat bezahlter Stellen für eine medizinische Betreuung im Rahmen von ACP sollten angedacht werden, insbesondere angesichts der zu erwartenden Einsparungsmöglichkeiten im Gesundheitssektor durch funktionierendes ACP: So konnte am Beispiel kanadischer Pflegeheime gezeigt werden, dass bei Etablierung eines ACP-Programms die jährlichen Gesundheitsausgaben pro Bewohner:in um durchschnittlich 1.748 C\$ reduziert werden konnten. Die Ersparnisse durch weniger und kürzere Hospitalisierungen übertrafen die Kosten des ACP-Programms um ein Vielfaches. (85) Von zwei Befragten wurde ein österreichweit verpflichtendes ACP-Konzept abgelehnt. Eine IP erwähnte, dass eine verpflichtende Anwendung von ACP auch staatlich kontrolliert werden müsse und empfahl stattdessen, sich auf Richtlinien zu beschränken, was nach Meinung des Autors zu wenig effektiv sein wird. Eine weitere IP befürwortete auch alle unstrukturierten Formen einer gesundheitlichen Vorsorgeplanung und lehnte daher eine Verpflichtung zu einheitlichem ACP ab. Nach Meinung des Autors dieser Diplomarbeit ist ein verpflichtendes, österreichweit einheitliches ACP-Konzept grundlegende Voraussetzung dafür, dass medizinische Entscheidungsfindung und tragfähiges Schnittstellenmanagement sinnvoll und auf den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen beruhend stattfinden können.

Nachdem bisher in Österreich noch kein ACP-Konzept flächendeckend etabliert worden ist, im Zuge dessen die Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen vor medizinischen Krisen

verschriftlicht werden, ist es umso wichtiger, dass spätestens nach dem Überleben gesundheitlicher Krisen Gespräche über das gewünschte Prozedere bei erneuten Krisensituationen mit Patient:in bzw. Stellvertreter:in geführt und dokumentiert werden. Das wurde auch von allen Befragten als wichtig eingestuft. Alle IPs, die im klinischen Bereich bzw. im Hospiz tätig sind, gaben an, dass derartige Gespräche an ihren Abteilungen geführt werden. Es gab jedoch Unterschiede in Bezug auf die Dokumentation, diese Gespräche wurden selbst in der Gruppe der befragten Expert:innen nicht bei allen verpflichtend dokumentiert. (Kapitel 3.4) Der Autor merkt an, dass das Führen solcher Gespräche ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Umsetzung von ACP ist, dass dazu aber eine zeitnahe schriftliche Dokumentation unerlässlich ist. Dadurch kann dafür Sorge getragen werden, dass auch von anderen Medical Professionals bzw. an anderen Stellen der medizinischen Versorgung Gesprächsinhalte eingesehen und nachvollzogen werden können.

Ein funktionierendes Schnittstellenmanagement im Rahmen von ACP soll dafür sorgen, dass der Patient:innenwille in Übergabesituationen thematisiert und damit allen involvierten Behandler:innen jederzeit bekannt ist. (5) Übergabesituationen ergeben sich entlang des Patient:innenweges vom hausärztlich abgedeckten Bereich (zu Hause / Pflegeheim) über Notärzt:in bzw. Rettungsdienst bis hin zu den Stationen des innerklinischen Bereiches (Schockraum, OP, Intensivstation, Normalstation) und schließlich wieder zurück nach Hause / ins Pflegeheim. Das in Österreich nur teilweise umgesetzte Konzept des VSD® sieht zwar eine Schulung der Mitarbeiter:innen von Pflegeheimen vor, bisher sind aber Schnittstellen-übergreifende Schulungen für Mitarbeiter:innen von Rettungsdiensten und Krankenhäusern nicht vorgesehen. (31–33) Dies wäre aber für ein funktionierendes ACP, wo Entscheidungen auf allen Ebenen entlang des Behandlungspfades im Sinne der Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen getroffen werden sollten, unbedingt erforderlich. Bezugnehmend auf die „Schnittstelle Schockraum“ gaben die Befragten mehrheitlich an, dass bei Ankunft im Schockraum die von Patient:innen nicht gewünschten Maßnahmen weder bekannt sind noch berücksichtigt oder standardisiert an die Folgebehandler:innen übergeben werden. Hierbei zeige sich ein Unterschied, ob Patient:innen aus dem Pflegeheim oder von zuhause eingeliefert werden. Wenn Patient:innen aus dem Pflegeheim kommen, sind im Schockraum meist mehr Informationen (z.B. aus der zumeist mitgeführten Pflegedokumentation) vorhanden. Offen blieb aber, inwieweit die Pflegedokumentation über die pflegerischen Informationen hinaus auch Auskunft über Patient:innenwünsche beinhaltet. Um diese Qualitäten zu einem obligatorischen Bestandteil der Übergaben an allen Schnittstellen entlang des Behandlungspfades einer Patient:in zu machen, wäre es daher dringend notwendig, die schriftliche Dokumentation im Rahmen eines ACP-Konzepts (z.B.

VSD® in Österreich) verpflichtend einzuführen. Die ungenügende Errichtung von PV (nur 4 % der österreichischen Bevölkerung haben eine verbindliche PV (98)), die mangelhafte schriftliche Dokumentation von TZÄ (DNR- und DNE-Anordnungen) sowie die eingeschränkte Verfügbarkeit externer Daten erschweren eine Patient:innen-zentrierte Versorgung erheblich, was die Befragten den Wunsch nach einem einheitlichen Register (z.B. ELGA) und nach einem vereinfachten Zugang zu digitalen Patient:innendaten äußern ließ. Zusätzlich wurde von einer IP mehr Disziplin und Objektivität bei Übergaben im Schockraum eingefordert, insbesondere da Notärzt:innen bei den Übergaben „oft unterbrochen und gedemütigt bzw. nicht ernst genommen und implizit entwertet“ werden. (Kapitel 3.11)

Innerklinisch werden TZÄ bei allen Befragten an die Nachbehandler:innen übergeben, wobei das nicht immer in der eigentlich wünschenswerten schriftlichen Form erfolgt, obwohl bei den meisten Befragten im Arbeitsumfeld vorgefertigte Dokumentationshilfen (z.B. Dokumente zur TZÄ) vorliegen, auf welchen nicht mehr indizierte bzw. von Patient:in nicht gewünschte Maßnahmen verpflichtend zu vermerken wären. (Kapitel 3.10, 3.12) Die innerklinischen Übergaben funktionieren „schlecht“ bis „sehr gut“. Potenzial zur Verbesserung sehen die Befragten vor allem im Bereich der interdisziplinären und interprofessionellen Kommunikation. Außerdem stellen händisch ausgefüllte Fieberkurven eine Fehlerquelle dar, welche jedoch durch die österreichweit zunehmende digitale Dokumentation in den medizinischen Institutionen abnehmen wird. (Kapitel 3.12)

Wenn Patient:in zurück nach Hause / ins Pflegeheim kommt, geben alle Befragten an, dass sie Wert darauf legen, die Entscheidungen zur TZÄ klar an die häusliche Weiterbetreuung zu übergeben. Jedoch müssen nicht alle IPs die TZÄ auch verpflichtend im Arztbrief dokumentieren. Diese Informationen fehlen besonders nachbetreuender Hausärzt:in, für welche:n im Krankenhaus begonnene bzw. beendete Maßnahmen (z.B. im Rahmen einer TZÄ) ohne ausreichende Begründung oftmals nicht nachvollziehbar sind. (Kapitel 3.13) Außerdem kommt es teilweise zu Wartezeiten von bis zu sechs Monaten, bis ein Arztbrief aus der Klinik im niedergelassenen Bereich zur Verfügung steht. (siehe Kapitel 3.4) Für ein funktionierendes ACP-Konzept ist aber eine rasche – am besten elektronische – Übermittlung von Arztbriefen, die neben der medizinischen Information auch Informationen zu etwaigen stattgehabten TZÄ beinhalten, unverzichtbar. Erst dann kann Hausärzt:in im Sinne eines ACP nach einer medizinischen Krise zeitnah mit Patient:in über zukünftige Behandlungswünsche sprechen und einen weiteren Behandlungsplan im Zuge einer gesundheitlicher Vorsorgeplanung festlegen (z.B. „Welche medizinischen Maßnahmen sollen bei erneuter Verschlechterung nicht mehr durchgeführt werden?“).

Die genannten Probleme an den verschiedenen Schnittstellen zeigen, dass ein qualitativ hochwertiges Schnittstellenmanagement im österreichischen Gesundheitssystem noch nicht ausreichend umgesetzt ist. Im Rahmen der Übergaben an kritischen Schnittstellen steht der

Patient:innenwille bei schwerkranken Patient:innen, die nicht mehr für sich selbst sprechen können, oft nicht zeitnah zur Verfügung. Es wäre daher einerseits wichtig, bei Patient:innen und Angehörigen das Bewusstsein für die Notwendigkeit zu schaffen, rechtzeitig über Wünsche und Wertvorstellungen zu sprechen und diese im Rahmen von PV und Vorsorgevollmachten zu verschriftlichen („Third Mission“ einer Medizinuniversität). Andererseits ist ein verpflichtendes ACP-Konzept flächendeckend in Österreich zu etablieren (Politik), um eine einheitliche Umsetzung gewährleisten zu können. Therapien, die nicht mit den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen übereinstimmen, können so besser vermieden werden, weil durch lückenloses Schnittstellenmanagement die dazu notwendigen Informationen dem Team der Behandler:innen zeitnahe zur Verfügung stehen.

Häufig sind es Kommunikationsprobleme (mündlich und schriftlich) sowie Wissensdefizite, welche zu unvollständigem Schnittstellenmanagement und in weiterer Folge zu Übertherapie führen. Verbesserungen werden diesbezüglich vor allem über spezifische Aus- und Fortbildungen des medizinischen Personals zu erzielen sein. Alle sieben Befragten stimmten der Aussage zu, dass Medical Professionals auch nach Beendigung ihrer Ausbildung weiterführende Schulungen in Gesprächsführung zu schwierigen medizinethischen Themen (z.B. EOLDs, „Breaking Bad News“) erhalten sollen. Obwohl sich die befragten Expert:innen alle „sehr gut“ oder „gut“ auf ein Gespräch über eine medizinische Krise vorbereitet fühlen, gaben dennoch sechs an, dass sie im Überbringen schlechter Nachrichten sicherer wären, wenn sie das regelmäßig trainieren könnten. (Kapitel 3.3) Dies unterstreicht die Notwendigkeit von Trainingsangeboten in Gesprächsführung für alle Medical Professionals während ihrer Ausbildungszeit sowie für die Dauer ihres Berufslebens. Ärztliche bzw. pflegerische Kommunikation sollte gemäß den Expert:innen im Rahmen der verpflichtenden Fortbildung auch mit eigenen DFP-Punkten belegt werden. (Kapitel 3.3) Nur zwei IPs gaben an, dass eine verpflichtende postpromotionelle Ausbildung in medizinischer Ethik, Palliativmedizin, Kommunikation und Medizinrecht notwendig sei, um ausreichend ärztliche Expertise für eine funktionierende Umsetzung des ACP-Konzepts zu schaffen. Fünf Personen sprachen sich gegen eine Ausbildungsverpflichtung aus, unter anderem mit dem Hinweis, dass eine derartige Ausbildung freiwillig, jedoch nicht verpflichtend angeboten werden sollte. Für pflegerische Berufe wurde eine verpflichtende Ausbildung von fünf Personen befürwortet. (Kapitel 3.14) Grundsätzlich ist anzumerken, dass es auch jetzt bereits freiwillige Ausbildungsangebote gibt, die aber offensichtlich nicht ausreichend wahrgenommen werden, wie an den häufig bestehenden Wissensdefiziten über medizinethische und medizinrechtliche Inhalte ersichtlich ist, die oftmals Ursache für verzögerte Entscheidungsfindung sind. Dies schadet Patient:innen, Angehörigen und Medical Professionals gleichermaßen. Eine IP erwähnte, dass ACP mit

wenigen, dafür speziell ausgebildeten Medical Professionals gut funktionieren kann und es daher eine verpflichtende Ausbildung für alle Medical Professionals nicht brauche. (Kapitel 3.14) In diesem „Leuchtturmkonzept“ wird es als ausreichend erachtet, dass wenige Expert:innen als Mentor:innen an ihren Abteilungen fungieren. Dem Autor erscheint es dennoch wichtig, dass alle Vertreter:innen eines ärztlichen oder pflegerischen Berufes (unabhängig von der Fachdisziplin) über eine grundlegende Ausbildung in medizinischer Ethik, Palliativmedizin, Kommunikation und Medizinrecht verfügen, um eine friktionsfreie interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit gerade auch bei schwierigen medizinischen Entscheidungen zu ermöglichen – „Leuchttürme“ können dann mit ihrer spezifischen Expertise zu einer differenzierteren Entscheidungsfindung beitragen. Das KEK kann bei besonders herausfordernden Fragestellungen hinzugezogen werden, um einen Handlungsvorschlag für das anfragende Behandlungssteam zu erstellen und damit eine schwierige Entscheidung auf breitere Schultern zu stellen sowie um zur Konfliktlösung in und zwischen den Behandlungsteams beizutragen. (Kapitel 1.2.5.2)

Von den befragten Personen konnten sich vier vorstellen, selbst eine Ausbildung zur:zum Gesprächsbegleiter:in im Rahmen von ACP zu absolvieren. Für drei war dies keine Option, das hatte hauptsächlich zeitliche Gründe.

Im internationalen Vergleich hat sich mittlerweile eine Vielzahl verschiedener ACP-Modelle etabliert. (siehe Kapitel 1.1.2) In Deutschland beispielsweise kann die Ausbildung für eine Gesprächsmoderation im Rahmen von ACP durch jede daran interessierte Person des Gesundheits- und Sozialbereiches (mit ausreichender Berufserfahrung) wahrgenommen werden. (Kapitel 1.1.2.2) Für Österreich wäre die verpflichtende Umsetzung eines ACP-Konzepts in allen Bundesländern eine Möglichkeit, Medizin jenseits technischer Machbarkeit wieder menschlicher zu gestalten. Durch Berücksichtigung der Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen könnten Übertherapie und deren negative Folgen für Patient:innen, Angehörige, Medical Professionals und das Gesundheitssystem insgesamt weitgehend vermieden werden.

Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit unterliegen einem Expert:innenbias, der dem Diplomanden bewusst ist. Die sieben Befragten haben sich bis auf eine Person bereits im Vorfeld intensiv mit ACP beschäftigt und kannten dessen Bedeutung. Außerdem ergibt sich ein möglicher Bias durch Unterschiede zwischen mündlichen und schriftlichen Interviews: Während die schriftlichen Antworten knapper formuliert waren, wurden in den mündlichen Interviews Inhalte durch direkte Nachfrage präzisiert und auch geschlossene Fragen teilweise mit Kommentaren versehen. Dadurch ergaben sich bei den mündlich durchgeföhrten Interviews stets größere Datenmengen als bei den schriftlich beantworteten Interviews.

Bewertung der 0-Hypothesen / Alternativhypothesen dieser Diplomarbeit

1. Nullhypothese: ACP mit einem qualitativ hochwertigen Schnittstellenmanagement ist ein im österreichischen Gesundheitssystem noch nicht ausreichend umgesetztes Konzept.
Schnittstellen: Hausärzt:in – Notärzt:in – Krankenhaus (Schockraum – OP – Intensivstation – Normalstation) – Hausärzt:in
2. Nullhypothese: Ärzt:innen und Pflegepersonal empfinden eine gut dokumentierte vorausschauende Vorsorgeplanung als entlastend.
3. Nullhypothese: Ein gutes Schnittstellenmanagement im Rahmen von ACP beugt Übertherapie vor und verhindert nicht indizierte Therapien.

Die drei Nullhypothesen können durch die Ergebnisse der Diplomarbeit bestätigt werden (Literaturrecherche und Interviewergebnisse).

1. Alternativhypothese: ACP mit einem qualitativ hochwertigen Schnittstellenmanagement ist ein im österreichischen Gesundheitssystem bereits ausreichend umgesetztes Konzept.
Schnittstellen: Hausärzt:in – Notärzt:in – Krankenhaus (Schockraum – OP – Intensivstation – Normalstation) – Hausärzt:in
2. Alternativhypothese: Für Ärzt:innen und Pflegepersonal stellt eine gut dokumentierte vorausschauende Vorsorgeplanung keine Entlastung dar.
3. Alternativhypothese: Ein gutes Schnittstellenmanagement im Rahmen von ACP ist keine wirksame Maßnahme gegen Übertherapien sowie nicht indizierte Therapien.

Die Alternativhypothesen können durch die Ergebnisse der Diplomarbeit abgelehnt werden (Literaturrecherche und Interviewergebnisse).

5 Konklusion

Die gesundheitliche Vorsorgeplanung stellt sich in Österreich noch sehr uneinheitlich dar. Im Rahmen der Interviews wurden dem Autor verschiedene Strategien nahegebracht, wie ACP an einzelnen Abteilungen umgesetzt wird. Jedoch bestehen allgemein und besonders an den Schnittstellen nach wie vor einige Hindernisse, die einem reibungslosen Informationsfluss über nicht indizierte bzw. von Patient:in nicht gewünschte Maßnahmen im Weg stehen.

Trotz der aktuellen Defizite gibt es aber bereits jene Modelle gesundheitlicher Vorausplanung, mithilfe derer eine zeitnahe und flächendeckende Etablierung von ACP im österreichischen Gesundheitssystem verwirklicht werden könnte. So wie der VSD® in Österreich ein ACP-Konzept für den außerklinischen / niedergelassenen Bereich (Hausärzt:in, Pflegeheim, mobile Dienste) darstellt, gibt es mit dem 2025 publizierten Modell der KPK ein entsprechendes ACP-Äquivalent für den klinischen Bereich. Das gedeihliche Zusammenspiel beider Vorsorgemodele im niedergelassenen und innerklinischen Bereich könnte in Zukunft dazu beitragen, Übertherapien und deren negative Folgen für alle zu reduzieren und eine an den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen orientierte, medizinische Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Wichtige Informationen könnten somit Schnittstellen-übergreifend und möglichst lückenlos transportiert werden und rechtzeitig an den entscheidenden Stellen der Patient:innenversorgung zur Verfügung stehen. Unabdingbare Voraussetzung dafür wäre, dass Medical Professionals an allen Schnittstellen entlang des Behandlungspfades von Patient:in (Hausärzt:in / Pflegeheim / mobile Dienste – Notärzt:in / Rettungsdienst – Schockraum / OP / Intensivstation / Normalstation) in Hinblick auf ACP geschult sind.

Es ist sowohl eine politische als auch organisationsethische Verantwortung, die ACP-Konzepte von VSD und KPK verpflichtend einzuführen, um deren Umsetzung flächendeckend zu ermöglichen. Durch eine Verpflichtung könnte ein österreichweit einheitliches Handeln in Bezug auf die gesundheitliche Vorsorgeplanung realisiert werden. Dies würde helfen, unnötige Kosten für nicht indizierte bzw. von Patient:innen nicht gewünschte Therapien zu vermeiden und die vorhandenen Ressourcen des Gesundheitssystems sinnvoll und sorgfältig einzusetzen. Dadurch kann unser derzeit noch solidarisches Gesundheitssystem hoffentlich lange erhalten bleiben und eine Rationierung bei zunehmender Ressourcenknappheit weiter vermieden werden. Ansonsten würde dies der Entstehung einer ungerechten und unerwünschten Mehrklassenmedizin Vorschub leisten.

6 Literaturverzeichnis

1. in der Schmitten J, Nauck F, Marckmann G. Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. *Z Palliativmed.* 2016; 17(04):177–95.
2. Hospiz Österreich. Der Beirat Hospizkultur und Palliative Care (HPC) in der Grundversorgung (HPCPH, HPC Mobil, VSD) [Online document]. 2021 [zuletzt aufgerufen am 23.05.2024]. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2021/01/Der-Beirat-HPC-in-der-Grundversorgung-2021.pdf>.
3. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017; 18(9):e543–51.
4. in der Schmitten J, Marckmann G. Theoretische Grundlagen von Advance Care Planning: Was ist Advance Care Planning? Internationale Bestandsaufnahme und Plädoyer für eine transparente, zielorientierte Definition. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J [Hrsg]. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2015. S. 75–94.
5. Friesenecker B, Steinwendtner A, Fruhwald S, Dier H. Klinische Perspektiven Konferenz: Vorsorgedialog im Krankenhaus - Konzept der ARGE Ethik der ÖGARI zur Vermeidung von Übertherapie. *Anästhesie Nachrichten.* 2025; 7(Suppl 1):S1–10.
6. Bundesärztekammer. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: "Advance Care Planning (ACP)". *Dtsch Arztebl.* 2019; 116(50):A1–9.
7. in der Schmitten J, Marckmann G. Erfolgreiche ACP-Implementierung durch regionale Koordination: Warum eine gute ACP-Gesprächsbegleitung (facilitation) alleine nicht ausreicht. *Bioethica Forum.* 2016; 9(3):113–4.
8. Werdecker L. Krankheitsspezifische Vorausplanung am Beispiel der Herzinsuffizienz. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J [Hrsg]. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2015. S. 342–353.
9. Jox RJ. Lost decisional capacity – lost chance of Advance Care Planning? *Bioethica Forum.* 2016; 9(3):109–10.

10. Krones T, Otto T, Karzig I, Loupatatzis B. Advance Care Planning im Krankenhaussektor – Erfahrungen aus dem Zürcher »MAPS« Trial. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J [Hrsg]. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2015. S. 270–287.
11. Knochel K, Zaimovic V, Gatzweiler B, Hein KK, Heitkamp N, Monz A, et al. Participatory Development of a Modular Advance Care Planning Program in Pediatric Palliative Care (MAPPS). *J Pain Symptom Manage*. 2022; 63(2):189–98.
12. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(5):821–32.
13. in der Schmitten J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G. Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial. *Dtsch Arztebl Int*. 2014; 111(4):50–7.
14. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD. A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58(7):1249–55.
15. Brinkman-Stoppeleburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. 2014; 28(8):1000–25.
16. Hammes BJ, Briggs L. Das "Respecting Choices" Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J [Hrsg]. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2015. S. 181–195.
17. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 340:c1345. doi: 10.1136/bmj.c1345 [Epub 23.03.2010].
18. Bioethikkommission / Austrian Bioethics Commission. Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission [Online document]. Wien: Geschäftsstelle der Bioethikkommission; 2015 [zuletzt aufgerufen am 26.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf.
19. Krones T, Anderson S, Borenko C, Fromme E, Götze K, Lasmarias C, et al. Editorial: Advance Care Planning as Key to Person Centered Care: Evidence and Experiences, Programmes and Perspectives. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2023; 180:1–6.

20. Fromme EK, Montgomery C, Hickman S. Advance Care Planning in the United States: A 2023 review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023; 180:59–63.
21. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD, Hickman SE, Hager N. The POLST program: a retrospective review of the demographics of use and outcomes in one community where advance directives are prevalent. *J Palliat Med.* 2012; 15(1):77–85.
22. Respecting Choices. Facilitator Certification: Respecting Choices ACP Facilitator Certification [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 10.05.2024] Verfügbar unter: <https://respectingchoices.org/types-of-curriculum-and-certification/facilitator-certification/>.
23. Götze K, Feddersen B, in der Schmitten J, Marckmann G. Advance Care Planning in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023; 180:127–32.
24. GKV-Spitzenverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband, Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen, Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen, Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen, et al. Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017 [Online document]. 13.12.2017 [zuletzt aufgerufen am 22.05.2024]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf.
25. Krones T, Budilivschi A, Karzig I, Otto T, Valeri F, Biller-Andorno N, et al. Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial. *BMJ Support Palliat Care.* 2019; 12(e3):e411–23.
26. Clavien C, Ehlers U, Jox RJ, Karzig I, Krones T, Loupatatzis B, et al. Advance Care Planning in Switzerland: Chances and challenges of delivering high-quality ACP in a small high-income, multilingual, federally organized country. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023; 180:115–20.
27. ACP Swiss. Beratungsangebote [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 17.05.2024]. Verfügbar unter: <https://www.acp-swiss.ch/beratungsangebote>.
28. Careum Stiftung. GVP Gesundheitliche Vorausplanung – Qualifikation in der Basisberatung nach Advance Care Planning, ACP [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 11.10.2025]. Verfügbar unter: <https://careum.ch/bildungsangebot/weiterbildung/gvp-gesundheitliche-vorausplanung-qualifikation-der-basisberatung-3>.

29. Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (2023). Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz [Online document]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW; 2023 [zuletzt aufgerufen am 17.05.2024]. Verfügbar unter: https://www.samw.ch/dam/jcr:3392b4d7-efc1-4445-9fcb739a7903586c/roadmap_samw_bag_gvp_2023.pdf.
30. ACP Swiss. Ziele [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 17.05.2024]. Verfügbar unter: <https://www.acp-swiss.ch/acp-swiss/ziele>.
31. Hospiz Österreich. VSD Vorsorgedialog®: Ein Instrument der vorausschauenden Planung für Alten- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsdienste und Arztpraxen [Online document]. 25.05.2022 [zuletzt aufgerufen am 30.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/VSD-Vorsorgedialog-fuer-Heime-HKP-und-Arztpraxen_25.05.2022.pdf.
32. Beyer S, Pissarek AH. Integrating Hospice and palliative care in Austrian nursing homes. Eur J Palliat Care. 2015; 22(6):282–4.
33. Peitari L, Slezak N, Nemeth C. Hospiz und Palliative Care in Österreich 2021: Datenbericht der spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen, der Bildungsarbeit sowie der Projekte in der Grundversorgung [Online document]. Wien: Hospiz Österreich; 2022 [zuletzt aufgerufen am 07.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2023/07/Datenbericht_DVHospizOesterreich_2021_v1_WEB.pdf.
34. Hospiz Österreich. Palliative Geriatrie: Kurzinformation August 2022 [Online document]. Wien: Hospiz Österreich; 2022 [zuletzt aufgerufen am 04.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/Kurzinformation_Curriculum_Pall.Geriatrie_Stand-Maerz-2022.pdf.
35. Beyer S, Ertl R, Bitschnau K. Dialog als Vorsorge – Ist die Vorbereitung auf die Krisensituation in Pflegeheimen möglich? Erfahrungen aus Österreich. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J [Hrsg]. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2015. S. 225–233.
36. Hospiz Österreich. VSD Vorsorgedialog® in Alten- und Pflegeheimen – Pilotphase: Ergebnisse der Evaluierung 2017-2020 [Online document]. Wien: Hospiz Österreich; Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 11.04.2024]. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2021/09/Endauswertung-VSD-Alten-und-Pflegeheime_Kurzfassung.pdf.
37. Hospiz Österreich. VSD Vorsorgedialog® - sechs Jahre Entwicklungsarbeit haben sich gelohnt! Der VSD Vorsorgedialog - die Wünsche und der Wille von alten, mehrfach erkrankten

Menschen finden zentral Beachtung [Online document]. 09.12.2020 [zuletzt aufgerufen am 08.10.2024]. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2020/12/Artikel-VSD-VORSORGEDIALOG-2020-Beirat-HPC-in-der-Grundversorgung_Kurzfassung.pdf.

38. Friesenecker B. Schwierige Entscheidungen gemeinsam treffen: Würdevolles Sterben zulassen und begleiten [Vortrag]. Fortbildung für Ärzt:innen und Pflegepersonen aus allen klinischen Bereichen. Tauernklinikum Zell am See, 05.09.2023.
39. Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J. Advance Care Planning: eine Einführung. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J [Hrsg]. Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2015. S. 11–22.
40. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. Lancet. 2017; 390(10090):191–202.
41. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. Int J Qual Health Care. 2016; 28(4):456–69.
42. Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012; 57(6):1021–7.
43. Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014; 370(2):175–7.
44. Hickman RL, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. AACN Adv Crit Care. 2010; 21(1):80–91.
45. Nelson JE, Mercado AF, Camhi SL, Tandon N, Wallenstein S, August GI, et al. Communication about chronic critical illness. Arch Intern Med. 2007; 167(22):2509–15.
46. Schwarzkopf D, Rüddel H, Thomas-Rüddel DO, Felfe J, Poidinger B, Matthäus-Krämer CT, et al. Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians. Crit Care Med. 2017; 45(3):e265–73.
47. Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schröder S, Michalsen A, Dey K, et al. Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life care“: Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation. Anaesthetist. 2018; 67(11):850–8.
48. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, Rogge A, Seidlein AH, Jörges S, et al. Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der

Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIIN. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2021; 116(4):281–94.

49. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, Lenhart-Orator A, Weixler D, Dier H, et al. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. Anästhesie Nachrichten. 2023; 5(2):134–7.
50. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8. Auflage. New York: Oxford University Press. 2019.
51. Friesenecker B, Gasser G, Fruhwald S, Hasibeder W, Dier H, Valentin A. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. Anästhesie Nachrichten. 2024; 6(4):220–4.
52. Neitzke G. Ermittlung des Patientenwillens. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2019; 54(07/08):474–83.
53. Neitzke G. Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2014; 109:8–12.
54. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2013; 48(4):216–23.
55. Birklbauer A. Das Thema Sterben und Tod in Dokumenten der Bioethikkomission: Definition zentraler Begriffe. In: Likar R, Kada O, Pinter G, Janig H, Schippinger W, Cernic K, et al [Hrsg]. Ethische Herausforderungen des Alters: Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2019. S. 240–243.
56. Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C, et al. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie. 2024; 73(3):177–85.
57. Österreichische Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin (ÖGIAIM), Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), Österreichische Gesellschaft für Neurointensivmedizin (ÖGNIM), Österreichische Gesellschaft für Chirurgie. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Wien Klin Wochenschr. 2004; 116(21-22):763–7.
58. Bioethikkommission / Austrian Bioethics Commission. Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Stellungnahme der Bioethikkommission [Online document]. Wien: Geschäftsstelle der Bioethikkomission; 2011 [zuletzt aufgerufen am 19.11.2025]. Verfügbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6616c75d-5eb5->

4f83-921e-193ea9fa5b4f/Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende vom 27. Juni 2011.pdf.

59. Wallner J. Der Patient und seine Vertretung in medizinischen Angelegenheiten: Rechtsethische Grundlagen. In: Likar R, Kada O, Pinter G, Janig H, Schippinger W, Cernic K, et al [Hrsg]. Ethische Herausforderungen des Alters: Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2019. S. 96–113.
60. Friesenecker B. SOP-Intensivstation – das neue Erwachsenenschutzgesetz [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 21.11.2024]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/SOP_Blockdiagramm_EWSG%2012072018_%C3%96GARI.pdf.
61. Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, Fassung vom 30.10.2024 [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 30.10.2024]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622>.
62. Wirtschaftskammer Österreich. Vorsorgevollmacht und Erwachsenenvertretung: Rechtliche und formale Voraussetzungen [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 07.11.2024]. Verfügbar unter: <https://www.wko.at/vertragsrecht/vorsorgevollmacht-und-erwachsenenvertretung>.
63. Bundesärztekammer. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“. Dtsch Arztebl. 2016; 113(15):A1–6.
64. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012; 27(10):1361–7.
65. Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derse AR. Ten myths about decision-making capacity. J Am Med Dir Assoc. 2004; 5(4):263–7.
66. Hospiz Österreich. Entscheidungen für das Lebensende: Die Patientenverfügung (PV) [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 12.10.2025]. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/entscheidungen-am-lebensende/#pv>.
67. Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Patientenverfügbungs-Gesetz, Fassung vom 01.11.2024 [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 01.11.2024]. Verfügbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723>.

68. Hospiz Österreich. Empfehlung von Hospiz Österreich für die Errichtung einer Patientenverfügung [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 01.11.2024]. Verfügbar unter: <https://www.hospiz.at/empfehlung-von-hospiz-oesterreich-fuer-die-errichtung-einer-patientenverfuegung/>.
69. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Österreichische Notariatskammer. Patientenverfügung: Patientenverfügbungsregister [Internet]. 07.05.2025 [zuletzt aufgerufen am 12.10.2025]. Verfügbar unter: <https://www.oesterreich.gv.at/de/themen/gesundheit/patientenrechte/3>.
70. Bundesärztekammer. Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. Dtsch Arztebl. 2018; 115(51-52):A2434–41.
71. Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998, Fassung vom 26.10.2024 [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 26.10.2024]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>.
72. Aigner G. Rechtliche und ethische Betrachtungen zur palliativmedizinischen Betreuung in der Sterbephase: Strafrecht versus ärztliches Berufsrecht. In: Likar R, Kada O, Pinter G, Janig H, Schipplinger W, Cernic K, et al [Hrsg]. Ethische Herausforderungen des Alters: Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2019. S. 47.
73. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963; 185(12):914–9.
74. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013; 381(9868):752–62.
75. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017; 43(8):1105–22.
76. Smart R, Carter B, McGovern J, Luckman S, Connelly A, Hewitt J, et al. Frailty exists in younger adults admitted as surgical emergency leading to adverse outcomes. J Frailty Aging. 2017; 6(4):219–23.

77. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J.* 2020; 23(3):210–5.
78. Le Manach Y, Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccard B, Riou B, et al. Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM): Derivation and Validation. *Anesthesiology.* 2016; 124(3):570–9.
79. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996; 22(7):707–10.
80. Vincent JL, De Mendonça A, Cantraine F, Moreno R, Takala J, Suter PM, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med.* 1998; 26(11):1793–800.
81. A.ö. Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck. Klinisches Ethikkomitee [Online document]. Innsbruck: A.ö. Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck; Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 24.11.2024]. Verfügbar unter: <https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-innsbruck/weitere-einrichtungen/klinisches-ethikkomitee>.
82. Neitzke G. Klinische Ethikberatung als multiprofessionelle Aufgabe. Sprache, Stimme, Gehör. 2013; 37(03):136–40.
83. Woellert K. Das Klinische Ethikkomitee: Ziele, Strukturen und Aufgaben Klinischer Ethik. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2019; 62(6):738–43.
84. Bundesärztekammer. Ethikberatung in der klinischen Medizin. *Dtsch Arztebl.* 2006; 103(24):A1703–7.
85. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, Goeree R, O'Brien BJ, Bédard M, et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2000; 283(11):1437–44.
86. Klingler C, in der Schmitten J, Marckmann G. Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliat Med.* 2016; 30(5):423–33.
87. Benoit DD, De Pauw A, Jacobs C, Moors I, Offner F, Velghe A, et al. Coaching doctors to improve ethical decision-making in adult hospitalized patients potentially receiving excessive treatment. The CODE stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *Intensive Care Med.* 2024; 50(10):1635–46.

88. Gesundheit Österreich GmbH. Tarifgestaltung zur Förderung des VSD Vorsorgedialogs® sowie weiterer Vorsorge- und Informationsgespräche im Erwachsenenbereich aus HosPal-Fondsmitteln gemäß § 4 HosPalFG [Online document]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 01.05.2025]. Verfügbar unter: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/2_Tarifgestaltung%20VSD%20bei%20F%C3%B6rderung%20HosPal-Fondsmitteln.pdf.
89. Ärztekammer für Tirol. Honorarempfehlung für häufige außervertragliche Leistungen [Online document]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 01.05.2025]. Verfügbar unter: [https://www.aektirol.at/fileadmin/Data/Downloadcenter/Honorarempfehlung_fuer_haeufige_ausservertragliche_Leistungen_2025.pdf](https://www.aektirol.at/fileadmin/Data/Downloadcenter/Honorare-Tarife/Honorarempfehlung_fuer_haeufige_ausservertragliche_Leistungen_2025.pdf).
90. Ärztekammer für Tirol, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. OEGK Gesamtvertrag und Honoraranordnung 2022-2024 [Online document]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 01.05.2025]. Verfügbar unter: https://www.aektirol.at/fileadmin/Data/Downloadcenter/Gesamtvertrage und Honorarordnungen/TGKK - Tiroler Gebietskrankenkasse/OEGK_Gesamtvertrag_und_Honorarordnung_2022-2024.pdf.
91. VertretungsNetz - Erwachsenenvertretung, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung. Patientenverfügung [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 01.05.2025]. Verfügbar unter: <https://vertretungsnetz.at/erwachsenenvertretung/patientenverfuegung/>.
92. NÖ Landesverein für Erwachsenenschutz. Vorsorgevollmacht: Gut überlegt und vorgesorgt in die Zukunft [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 13.10.2025]. Verfügbar unter: <https://www.noelv.at/vertretung-fuer-erwachsene/vorsorgevollmacht/>.
93. Klinische Abteilung für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin der Universitätsklinik für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin Innsbruck. Definitionen zum TISS: Übersicht (nach NEMS-Gruppen) [Internet]. 2003 [zuletzt aufgerufen am 30.04.2025]. Verfügbar unter: <https://web.archive.org/web/20050308210410/http://www.intensiv-innsbruck.at/tiss/index.htm>.
94. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Lehrbuch. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2009.
95. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 2016.
96. Friesenecker B. Übertherapie in der Intensivmedizin - weniger ist manchmal mehr! In: Likar R, Kada O, Pinter G, Janig H, Schipplinger W, Cernic K, et al [Hrsg]. Ethische Herausforderungen des Alters: Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 2019. S. 357–365.

97. Feller D. Evaluierung der neuen praxiszentrierten Ethikpflichtlehre an der Medizinischen Universität Innsbruck [Diplomarbeit]. Innsbruck: Medizinische Universität Innsbruck. 2025.
98. Körtner U, Kopetzki C, Kletecka-Pulker M, Kaelin L, Dinges S, Leitner K, et al. Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen: Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) [Online document]. 2014 [zuletzt aufgerufen am 19.08.2025]. Verfügbar unter: https://ierm.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/i_erm/Projekte/Endbericht-Studie_Patientenverfuegung_PatVG_II_15.12.2014.pdf.

Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
ADL	Activities of Daily Living
ÄrzteG	Ärztegesetz
BVP	Behandlung im Voraus planen
CCI	Chronic Critical Illness
CFS	Clinical Frailty Scale
CTC	Comfort Terminal Care
DNE	Do Not Escalate
DNR	Do Not Resuscitate
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EOLD	End-of-Life Decisions
ErwSchG	Erwachsenenschutzgesetz
GVP	Gesundheitliche Vorausplanung
HPC Mobil	Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause
HPCPH	Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen
IP	Interviewpartner:in
KEK	Klinisches Ethikkomitee
KPK	Klinische Perspektivenkonferenz
NBT	Non-Beneficial Treatment
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖZVV	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
POSPOM	Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality
PV	Patient:innenverfügung
RC	Respecting Choices
RID	Reevaluate Indication and Deescalate
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment Score
TZÄ	Therapiezieländerung
VSD®	Vorsorgedialog®

Anhang

Interviewleitfaden

Diplomarbeit: Advance Care Planning (ACP)

Diplomand: Stephan Kraus

Betreuerin: Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Friesenecker

Dieses Interview richtet sich absichtlich an Personen, die beruflich in Bereichen arbeiten, in denen es immer wieder zu Konflikten im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung kommt.

1. Ich bin

- Ärzt:in
- Pflegeperson
- und arbeite seit ... Jahren auf einer Intensivstation
- und arbeite seit ... Jahren im Krankenhaus als Allgemeinmediziner:in / Fachärzt:in für
- und arbeite seit ... Jahren in einem Pflegeheim
- und arbeite seit ... Jahren in einem Hospiz / auf einer Palliativstation
- und arbeite seit ... Jahren als Hausärzt:in
- und arbeite seit ... Jahren als Notärzt:in

2. Kennen Sie die folgenden Begriffe?

a. „Advance Care Planning“ (ACP)

- Ja

- Nein

b. „Vorsorgedialog“ (VSD)

- Ja

- Nein

Wenn ja, was verstehen Sie darunter?

3. Im Mittelpunkt von ACP steht ein fachlich begleiteter Gesprächsprozess über mögliche medizinische Krisensituationen und das Lebensende. In vielen Ländern gibt es dafür spezielle Ausbildungen in Gesprächsführung, in Österreich ist eine solche noch nicht vorgesehen.

a. Wie fühlen Sie sich auf derartige Gesprächssituationen vorbereitet?

- Sehr gut
- Gut
- Schlecht
- Sehr schlecht

b. Sind Sie der Meinung, dass Medical Professionals auch nach Beendigung ihrer Ausbildung weiterführende Schulungen in Gesprächsführung zu schwierigen medizinethischen Themen (z.B. end of life decisions, breaking bad news) erhalten sollten?

- Stimme ich zu
- Stimme ich eher zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme ich nicht zu

c. Glauben Sie, dass Sie im Gespräch mit Angehörigen und Patient:innen im Rahmen von ‚breaking bad news‘ sicherer wären, wenn Sie das regelmäßig trainieren könnten?

- Ja
- Nein

d. Soll Ihrer Meinung nach *ärztliche Kommunikation* im Rahmen der verpflichtenden Fortbildung mit eigenen DFP Punkten belegt werden?

- Ja
- Nein

Wenn nein, warum nicht?

e. Soll Ihrer Meinung nach *pflegerische Kommunikation* im Rahmen der verpflichtenden Fortbildung mit eigenen DFP Punkten belegt werden?

- Ja
- Nein

Wenn nein, warum nicht?

f. Könnten Sie sich vorstellen, selbst eine Ausbildung zur:zum Gesprächsbegleiter:in im Rahmen von ACP zu absolvieren?

4. Erachten Sie es als wichtig, dass nach dem Überleben einer gesundheitlichen Krise ein Gespräch über das Vorgehen bei möglichen weiteren Krisensituationen mit Patient:in bzw. deren Stellvertreter:in geführt wird?

- Sehr wichtig
- Eher wichtig
- Eher nicht wichtig
- Nicht wichtig

- a. Finden an Ihrer Abteilung derartige Gespräche statt und werden diese dokumentiert?
- b. Werden in Ihrem Arbeitsbereich Informationen zur Therapiezieländerung an übernehmende Einheiten im Sinne eines guten Schnittstellenmanagements weitergegeben?

- Ja
 - mündlich
 - schriftlich
- Nein

Würden Sie eine Übergabe dieser Informationen als sinnvoll erachten?

- Ja (Begründung als Freitext)
- Nein (Begründung als Freitext)

5. Wie gestaltet sich die Umsetzung von Patient:innenverfügungen in Ihrem Tätigkeitsbereich? Liegen diese in Krisensituationen verlässlich vor bzw. sind die Formulierungen in Patient:innenverfügungen exakt genug, um im Bedarfsfall auch danach handeln zu können?

6. Sind Ihrer Meinung nach Erwachsenenvertreter:innen im Aufklärungsgespräch in der Regel ausreichend über den mutmaßlichen Patient:innenwillen informiert?

- a. Wo können Ihrer Erfahrung nach im ärztlichen Gespräch bzw. in der Therapieplanung mit Erwachsenenvertreter:innen Konflikte entstehen?
- b. ACP umfasst, wenn Patient:in dies zulässt, das Miteinbeziehen von nahestehenden Personen in die gesundheitliche Vorsorgeplanung. Inwiefern würde dadurch das Einbeziehen des mutmaßlichen Patient:innenwillens in die ärztliche Entscheidungsfindung erleichtert werden?

7. Als Übertherapie wird das Durchführen medizinischer Maßnahmen verstanden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit weder Lebenszeit noch Lebensqualität steigern, die mehr Schaden als Nutzen mit sich bringen oder denen Patient:in nach einer umfassenden Aufklärung über mögliche Benefits und Risiken wahrscheinlich nicht zugestimmt hätte.
- Kennen Sie Übertherapie auch aus Ihrem Arbeitsalltag und was sind Ihrer Meinung nach Gründe, wieso es dazu kommt?
 - Wie könnte man Ihrer Meinung nach Übertherapie in Ihrem Arbeitsbereich reduzieren?
 - Haben Sie den Eindruck, dass Übertherapie mittels flächendeckender gesundheitlicher Vorsorgeplanung (ACP) besser vermieden werden könnte?
8. Wie belastend empfinden Sie es, nicht ausreichend über Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen Bescheid zu wissen, wenn Sie Therapieentscheidungen treffen müssen?
- Sehr belastend
 - Belastend
 - Wenig belastend
 - Nicht belastend
- Wie häufig kommt es in Ihrem Arbeitsalltag zu derartigen Situationen?
 - Sehr häufig
 - Häufig
 - Seltene
 - Sehr selten
 - Wie gehen Sie konkret damit um, medizinische Entscheidungen treffen zu müssen, ohne den Willen von Patient:in genau zu kennen (z.B. Patient:innenverfügung)?
9. Würden Sie sich eine bessere Kenntnis der Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen wünschen (die z.B. im Rahmen von ACP routinemäßig erhoben werden sollten)?
- Ja
 - Nein
- Wenn nein, warum nicht?

- a. Glauben Sie, dass eine gut dokumentierte gesundheitliche Vorsorgeplanung Ihre medizinischen Entscheidungen erleichtern würde?
- Ja (Begründung als Freitext)
 Nein (Begründung als Freitext)
10. Gibt es in Ihrem Arbeitsumfeld vorgefertigte Dokumentationshilfen (z.B. Dokumente zur Therapiezieländerung), auf denen
- a. nicht mehr indizierte Maßnahmen verpflichtend zu dokumentieren sind?
- Ja
 Nein
- b. von Patient:in nicht mehr gewünschte Maßnahmen verpflichtend zu dokumentieren sind?
- Ja
 Nein
- Wenn nicht, wie werden Patient:innenwünsche und besprochene Therapieziele bzw. Therapiezieländerungen teamintern kommuniziert, dokumentiert und an Folgebehandler:innen übergeben?
11. Sondersituation *Schnittstelle Schockraum*:
- a. Stehen Ihrer Erfahrung nach im Schockraum Informationen aus der häuslichen Situation oder aus dem Pflegeheim bei Aufnahme von Patient:in in ausreichendem Umfang zeitgerecht zur Verfügung?
- Ja
- Schriftlich (z.B. Patient:innenverfügung, Vorsorgevollmacht, frühere Arztbriefe)
- Mündlich (z.B. Notärzt:innenübergabe, Angehörige)
- Nein (Begründung als Freitext)
- b. Haben Sie das Gefühl, dass von Patient:in nicht gewünschte Maßnahmen im Schockraum in ausreichendem Umfang
- i. bekannt sind (ausreichende Übergabe)?
- Ja
 Nein
- ii. berücksichtigt werden?
- Ja
 Nein

iii. an die Folgebehandler:innen standardisiert übergeben werden?

- Ja
- Nein

- c. Wo sehen Sie in diesem Bereich die größten Defizite?
- d. Welche Informationen gehen Ihrer Erfahrung nach am häufigsten verloren?
- e. Wo und wie sehen Sie Verbesserungspotenzial?

12. Sondersituation *Schnittstelle innerklinische Übergaben*:

- a. Wird in Ihrer Abteilung Wert darauf gelegt, Entscheidungen zur Therapiezieländerung klar an die Nachfolgestation zu übergeben?
 - Wenn ja, findet diese Übergabe mündlich oder schriftlich statt?
 - Wenn nein, warum nicht?
- b. Wie funktioniert in Ihrem Bereich das Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Stationen in Bezug auf die Übergabe von Therapiezieländerungen?
 - Sehr gut
 - Gut
 - Schlecht
 - Sehr schlecht
- c. Wo sehen Sie in diesem Bereich die größten Defizite?
- d. Welche Informationen gehen Ihrer Erfahrung nach am häufigsten verloren?
- e. Wo und wie sehen Sie Verbesserungspotenzial?

13. Sondersituation *Schnittstelle Krankenhaus zu Pflegeheim / häusliche Pflege*:

- a. Wird in Ihrer Abteilung Wert darauf gelegt, Entscheidungen zur Therapiezieländerung klar an die häusliche Weiterbetreuung zu übergeben?
 - Ja
 - mündlich
 - telefonisch
 - via Rettungssanitäter:in bei Heimtransport
 - sonstiges (Freitext)
 - schriftlich (für Hausärzt:in / Pflegeheim zur Anpassung der ACP-Direktive)
- Nein

- b. Sind in Ihrer Abteilung Entscheidungen zur Therapiezieländerung während des Krankenhausaufenthaltes verpflichtend in Arztbriefen zu dokumentieren?

Ja

Nein

Haben Sie Informationen über die generelle Handhabung an anderen Abteilungen?

- c. Wo sehen Sie in diesem Bereich die größten Defizite?
d. Welche Informationen gehen Ihrer Erfahrung nach am häufigsten verloren?
e. Wo und wie sehen Sie Verbesserungspotenzial?

14. Erachten Sie es als sinnvoll, ein österreichweit verpflichtendes ACP-Konzept zu fordern?

Ja (Begründung als Freitext)

Nein (Begründung als Freitext)

- a. Glauben Sie, dass dadurch Futility vermieden werden könnte?

Ja

Nein

- b. Glauben Sie, dass eine verpflichtende postpromotionelle Ausbildung in medizinischer Ethik, Palliativmedizin, Kommunikation und Medizinrecht notwendig ist, um ausreichend ärztliche Expertise für eine funktionierende Umsetzung des ACP-Konzeptes zu schaffen?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

- c. Würden Sie es für wichtig erachten, dass in Österreich bereits im Medizinstudium „das gute Leben am Ende des Lebens“ in allen Facetten verpflichtend thematisiert werden muss (z.B. verpflichtende Ethiklehre im Medizincirculum in allen 3 Studienabschnitten an der MUI)?

Sehr wichtig

Eher wichtig

Eher nicht wichtig

Nicht wichtig

(Begründung als Freitext)

d. Würden Sie sich auch verpflichtende Aus-, und Weiterbildungen in medizinischer Ethik, Palliativmedizin, Kommunikation und Medizinrecht für pflegerische Berufe wünschen?

- Ja (Begründung als Freitext)
- Nein (Begründung als Freitext)

15. Könnten Sie sich vorstellen, dass das Errichten von Patient:innen- oder Sterbeverfügungen bei langjähriger beruflicher Expertise eine sinnvolle Exit-Strategie sein könnte, wenn das Ausüben von Nachtdiensten oder anderen körperlich anstrengenden Tätigkeiten aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr möglich sein sollte und ärztliche Gesprächszeit in Zukunft angemessen honoriert werden würde?

- Ja
- Nein

- Ich treffe diese Aussage als Pflegeperson
- Ich treffe diese Aussage als Ärzt:in

16. Gibt es etwas, das wir in diesem Zusammenhang noch nicht besprochen haben und Sie noch gerne sagen möchten?