

Therapiezieländerungen auf der Intensivstation

Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation

Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI)

Was medizinisch möglich und was medizinisch und ethisch sinnvoll ist, stellt Ärzte und auch Patienten oft vor keine einfache Wahl. Die multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) der ÖGARI möchte Ärzten Hilfestellung bei Entscheidungen in intensivmedizinischen Grenzbereichen geben. Anhand einer strukturierten Checkliste können die 2 Säulen jeder medizinischen Entscheidung – die Indikation und der Patientenwille – in systematischer Weise abgefragt werden. Im Hinblick auf die Therapiezieländerungen werden 4 Möglichkeiten unterschieden.

Generelle Überlegungen

Sonderfall Intensivmedizin Selten weisen Entscheidungen im medizinischen Alltag eine vergleichbare Dichte an Bezugspunkten zwischen medizinischer Indikation und Wertorientierungen auf wie im Bereich der Intensivmedizin [1–4]. Die zunehmende Vielfalt von Behandlungsoptionen, der steigende Altersdurchschnitt der Patienten, das häufige Vorliegen von Polymorbiditäten sowie die Bandbreite möglicher technikgebundener Lebensverlängerungen verschärfen die Sinnfragen ärztlichen Handelns, die oft erst in den intensivmedizinischen Einrichtungen zum ersten Mal – und damit häufig zu spät! – gestellt werden.

Ethische Orientierung Erfreulicherweise erweitern immer mehr therapeutische Teams den Horizont ihrer Überlegungen, die sich nicht bloß im medizinisch Machbaren erschöpfen, sondern den ärztlichen und menschlichen Sinngehalt ihres Handelns für den individuellen Patienten hinterfragen [2, 3, 5].

► Ethische Orientierung dafür bieten zunächst die wesentlichen medizinethischen Prinzipien wie jenes der Selbstbestimmung, der Fürsorgeverpflichtung, der Schadensvermeidung und der Gerechtigkeit [6].

Paradigmenwechsel Nicht zuletzt durch den wertvollen Dienst etablierter klinischer Ethikberatungen hat dies zu einem Paradigmenwechsel geführt. Die bislang mitunter unreflektiert gebliebene Grundauffassung, wonach „Leben um

jeden Preis“ erhalten bzw. „jeder Tod als Niederlage“ gewertet werden müsse, wird zunehmend zur Disposition gestellt.

Hilfestellung bei Entscheidungsfindung Da dies – nicht zuletzt auch mangels Befassen in Studium und Ausbildung – immer noch auf zumeist moralisch begründete Widerstände stößt, soll eine Hilfestellung bei einer umfassenden Entscheidungsfindung im Alltag gegeben werden. Diese Empfehlung greift die Thematik „Therapiezieländerungen im Kontext der Do-not-Resuscitate-Order“ heraus. Anhand verschiedener Abstufungen – von der DNR-Order selbst über die Neueinführung deeskalierender Konzepte bis zur Entscheidung für „Comfort Terminal Care“ – lassen sich Entscheidungen zur bestmöglichen Hilfe für den konkret betroffenen Patienten durchdenken und planen.

Die im Team gemeinsam überprüfte Sinnhaftigkeit der Indikation und ggfs. optionaler Therapiezieländerungen stehen dabei in Verbindung mit dem als vorrangig angesehenen Patientenwillen. Dieser wird mitunter durch Stellvertreterkonstruktionen (von Patientenverfügung über Vorsorgevollmacht bis Sachwalterschaft) präsentiert.

Checkliste Eine beigegefügte Checkliste, die konkrete Aspekte des Handelns hinterfragt, soll einerseits ein unreflektiertes Handeln „im guten Glauben“ sowie eine Neigung zur Vermeidung von Entscheidungen oder mögliche Automatismen vermeiden, und andererseits zur besseren Argumentierbarkeit der Indikation beitragen.

Methodik und Definitionen

Konsultationsprozess Die vorliegende Empfehlung und die Checkliste sind das Ergebnis eines multidisziplinären Konsultationsprozesses. Zum Erstellen wurden zunächst die vorhandene Literatur zum Thema „Therapiezieländerung“ gesich-

tet, die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich geklärt und die Erfahrungen der ARGE-Mitglieder ausgetauscht. Anschließend wurde eine Terminologie für Therapieentscheidungen am Lebensende entwickelt, die der Differenziertheit an klinischen Sachverhalten gerecht werden soll, sowie ein Fragenkatalog erstellt, der den klinischen Entscheidungsträgern als Orientierungshilfe für Therapiezieländerungen dienen kann. Die Dokumente wurden von den ARGE-Mitgliedern in ihren Einrichtungen in einer Pilotphase getestet, daraufhin modifiziert und schließlich in der vorliegenden Fassung als Empfehlung zusammengefasst.

- Im Sinn eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird die Empfehlung und Checkliste regelmäßig evaluiert und ggs. weiterentwickelt.

Patientenwille

Mündlich oder schriftlich Medizinische Behandlungen müssen vom Patientenwillen gedeckt sein. Dieser kann im Gespräch mit dem Arzt aktuell geäußert werden oder er wurde vorab in einer verbindlichen Patientenverfügung deklariert.

- Eindeutige Willensäußerungen, die eine Behandlung ablehnen, sind zu respektieren – selbst wenn dies für den Patienten den Tod bedeutet.

Dies gilt sowohl für den primären Verzicht auf eine Maßnahme als auch für die sekundäre Zurrücknahme einer bereits begonnenen Maßnahme.

(Weiter-)Behandlungen gegen den Patientenwillen verstoßen in aller Regel gegen das fundamentale ethische und rechtliche Selbstbestimmungsprinzip.

Mutmaßlicher Patientenwille

Klärung mit Vorsicht Fehlen eindeutige aktuelle oder antizipierte Willensäußerungen des Patienten, so spricht man vom mutmaßlichen Patientenwillen. Anhaltspunkte dafür erhält man aus beachtlichen Patientenverfügungen und früheren Äußerungen des Patienten (z. B. gegenüber der Pflege, dem Hausarzt oder Angehörigen).

- Mutmaßungen über den Patientenwillen sind naturgemäß unsicher und daher mit Vorsicht zu verwenden.

Wo sich der mutmaßliche Patientenwille aber eindeutig substantiiert, dort ist er bei Therapiezieländerungen zu respektieren.

Stellvertretung des Patienten



Vorsorgevollmacht Solange jemand einsichts- und urteilsfähig ist, kann er eine andere Person mittels Vorsorgevollmacht dazu ermächtigen, stellvertretend für ihn die Einwilligung oder Ablehnung medizinischer Maßnahmen zu geben.

Das Wort des Vorsorgebevollmächtigten ist bindend wie jenes des Patienten selbst. Ist ein Patient nicht mehr einsichts- und urteilsfähig und kein Vorsorgebevollmächtigter vorhanden, so muss für die Durchführung medizinischer Maßnahmen ein Sachwalter bestellt werden, dessen Tätigkeit der gerichtlichen Kontrolle unterliegt.

Angehörige haben in Österreich nicht per se eine rechtliche Stellvertreterrolle. Ausnahmen bestehen bei Obsorge-berechtigten Eltern für ihre Kinder und behördlich registrierten (Registrierungsbestätigung!) nächsten Angehörigen bei einfachen Eingriffen (nicht jedoch bei schwerwiegenden Eingriffen, z. B. PEG-Sonde).

Ergebnisse und Diskussion

4 Begriffe ► Abb. 1 zeigt im oberen Bereich die „Pyramide“ der möglichen Entscheidungen zur Therapiezieländerung bei Intensivpatienten: 4 Begriffe wurden zur Darstellung der Therapiezieländerungen definiert:

Do Not Resuscitate (DNR) Eine DNR-Anordnung bedeutet, dass im Falle eines funktionellen Herz-Kreislauf-Stillstandes keine mechanischen und/oder pharmakologischen Maßnahmen der Reanimation durchgeführt werden.

- Diese Entscheidung hat aber keinerlei Einfluss auf andere bereits begonnene oder geplante diagnostische oder therapeutische Maßnahmen.

Do Not Escalate (DNE) Bei Patienten mit fortschrittlicher, schwerer Grundkrankheit oder bedeutenden funktionellen Einschränkungen kann eine weitere Verschlechterung definierter Organfunktionen aus Sicht des Intensivmediziners unter Umständen nicht mehr mit dem Überleben vereinbar sein. In solchen Fällen kann antizipatorisch eine DNE-Anordnung gegeben werden.

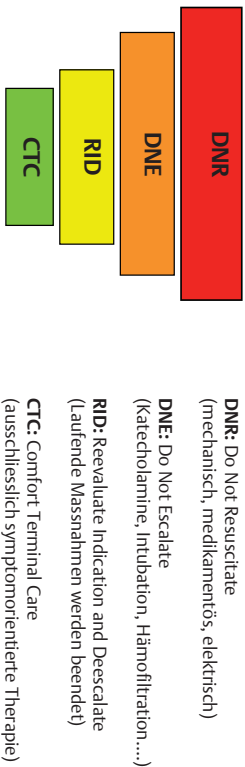
- DNE-Anordnungen können sowohl Dosisbegrenzungen für laufende lebenserhaltende Medikationen (z. B. Katecholamintherapie) als auch das Unterlassen definierter intensivmedizinischer Interventionen (z. B. Intubation, Nierenersatztherapie) umfassen.

Dokumentationsblatt Rückseite



Patientenetikette

Dokumentation Therapiezieländerungen

**Maßnahmen:**

☐ DNR	Datum:	☐ RID	Datum:
☐ DNE	Datum:	☐ CTC	Datum:

Begründung und Spezifizierung:

Grundlage für die Erkundung des Patientenwillens:

Grundlage für die Erkundung des Patientenwillens:		
☐ Einwilligung der Patientin/des Patienten nach Aufklärung	Datum:	
☐ Patientenverfügung:	☐ Verbindlich	☐ Beachtlich
☐ Einwilligung des/der Vorsorgevollmachtigten/ des Sachwalters/der Sachwalterin nach Aufklärung	Datum:	
☐ Mutmaßlicher Patientenwille (z. B. Gespräch mit Angehörigen, Vertrauenspersonen)	Datum:	

Entscheidungsprozess & Information:

☐ Im Behandlungsteam besprochen Teilnehmerinnen:	Datum:
☐ Ethische Fallbesprechung durchgeführt Teilnehmerinnen:	Datum:
☐ Entscheidung an die Angehörigen/Vertrauenspersonen kommuniziert durch Dr. _____ Name des Angehörigen/Verwandtschaftsgrad:	Datum: _____ im Beisein von _____

Die Entscheidung über die Therapieänderungen muss **ärztlich autorisiert**, bei Dienstübergabe **mitgeteilt**, sowie **täglich überprüft** und auf der **Fieberkurve/PDMS dokumentiert** werden.

Datum	Name in Blockschrift und Unterschrift

Die umseitig angeführten Entscheidungen werden widerrufen, weil ...
(Neuerliche Therapieländeränderungen erfordern das Anlegen eines neuen Dokumentationsblattes)

Datum	Name in Blockschrift und Unterschrift

DNE-Anordnungen definieren therapeutische Rahmenbedingungen, innerhalb derer intensivmedizinische Maßnahmen für einen konkreten Patienten sinnvoll erscheinen.

Werden vorgegebene therapeutische Grenzen erreicht und verschlechtert sich der klinische Zustand weiter, ist ein Wechsel auf Maßnahmen der Comfort-Terminal-Care (CTC) zu erwägen.

Reevaluate Indication and Deescalate (RID)

Alle in der Therapie von Intensivpatienten gesetzten Maßnahmen müssen täglich auf das Vorliegen der Indikation überprüft und nicht mehr indizierte Maßnahmen beendet werden. Diesem Umstand wird in der Anordnung RID-Rechnung getragen.

► Dabei ist der medizinethische und juristische Grundsatz zu beachten, dass das Beenden einer Therapie bei fehlender Indikation dem Nicht-Beginn einer Therapie absolut gleichwertig ist. Wird in Zusammenschau aller krankheitsrelevanten und patientenbezogenen Umstände beispielsweise keine Indikation zur veno-venösen Hämofiltration mehr gestellt, so muss eine zu diesem Zeitpunkt bereits begonnene derartige Maßnahme beendet werden.

Comfort Terminal Care (CTC) Der Tod eines Patienten kann absehbar sein aufgrund der Schwere der aktuellen Erkrankung und des fortgeschrittenen Patientenalters, oft in Kombination mit lebensbegrenzenden Vorerkrankungen, der fehlenden Indikation für chronische Organersatzverfahren oder auch aufgrund eines fehlenden neurologischen Rehabilitationspotenzials. Auch in diesem Fall gibt es eine der Situation angepasste, für den Patienten optimale symptomorientierte Therapie, die allgemein unter dem Begriff Comfort Terminal Care (CTC) zusammengefasst wird.

Das Therapieziel bei CTC ist die Behandlung krankheitsassoziierter Symptome ohne Aussicht auf Heilung. In diesem Sinn kommen palliativmedizinische Konzepte – insbesondere in Hinblick auf Flüssigkeitszufuhr, Ernährung und Symptomkontrolle – zur Anwendung.

Am Ende des Lebens dienen Flüssigkeitsgabe und Ernährung nicht der Lebensverlängerung, sondern ausschließlich der Symptomkontrolle. Auch die terminale Extubation kann in bestimmten klinischen Situationen sinnvoller Bestandteil der CTC sein.

Ausmaß der Therapiebreite In Abb. 1 symbolisiert die Darstellung der Begriffe zu Therapiezieländerungen das Ausmaß der intensivmedizinischen Therapiebreite. Bei DNR finden alle übr-

gen intensivmedizinischen Maßnahmen uneingeschränkt Anwendung. Bei den nachfolgenden Begriffen DNE, RID und CTC wird das Spektrum der intensivmedizinischen Maßnahmen immer enger, bis zuletzt die symptomorientierte Therapie im Sinne des bestmöglichen Patientenkomforts ohne Anspruch auf Heilung im Vordergrund steht.

Checkliste als Hilfestellung Die Checkliste „Intensivmedizinische Fragen für individuelle Therapiezieländerungen“ (Abb. 3) gibt Intensivmedizinern Hilfestellung bei der Entscheidung, ob die bei einem individuellen Patienten auf der Intensivstation begonnenen oder geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen weiter- bzw. überhaupt durchgeführt werden sollen.

Die Säulen zur Entscheidungsfindung Mit der Checkliste werden die beiden Säulen jeder medizinischen Entscheidung in systematischer Weise abgefragt, nämlich

1. die Indikation und
2. der Patientenwille als Entscheidungskriterium im ethischen Kontext der Therapieentscheidung.

Die beiden Säulen zur Entscheidungsfindung werden durch Fragen zur Prognose der aktuellen Erkrankung ergänzt.

Säule der Indikation Bei der Säule der Indikation sind in der Regel nur Angaben in Bezug auf eine wahrscheinliche Entwicklung des Patienten möglich. Fragen zur Prognose benötigen häufig eine multidisziplinäre Problembetrachtung durch Vertreter unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen (z.B. Neurologie, Onkologie, Nephrologie).

Säule des Patientenwillens Auch die Erkundung des Patientenwillens ist gerade bei Intensivpatienten im besonderen Maß erschwert. Trotz der gesetzlichen Möglichkeit, im Rahmen einer Patientenverfügung Angaben über eigene Präferenzen in Bezug auf medizinische Behandlungsmaßnahmen festzulegen, wird diese Möglichkeit nur von einer Minderheit der österreichischen Bevölkerung genutzt. Ebenso selten liegen eine Vollsorgevollmacht oder eine Sachwalterschaft für medizinische Maßnahmen vor.

► Angaben zum Patientenwillen durch nächste Angehörige, denen keine Rechtsstellung für Behandlungsentscheidungen zusteht, sind vom Arzt sorgfältig zu prüfen und können so im Rahmen der Erhebung des mutmaßlichen Patientenwillens in den Entscheidungsprozess bei Therapiezieländerung einfließen.

In Österreich liegen schwerwiegende Behandlungsentscheidungen außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der „Vertretung durch nächste Angehörige“.

Dokumentation ☞ Abb. 1 und 2 geben die Empfehlungen der ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI hinsichtlich der Dokumentation von Therapiezieländerungen wieder.

- ▶ Therapiezieländerungen müssen immer im Kontext zum Krankheitsverlauf evaluiert und bei Bedarf neu diskutiert werden.

So wie jede (intensiv-)medizinische Maßnahme kritisch auf die zugrundeliegende Indikation geprüft werden muss und entsprechend zu adaptieren ist, müssen auch die Therapiezieländerungen und deren Ausmaß mit der aktuellen Krankheits-situation Schritt halten.

In gleicher Weise, wie medizinisch indizierte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen begründet werden, ist von den verantwortlichen Fachärzten das beschlossene und/oder durchgeführte Unterlassen medizinischer Maßnahmen ausreichend und medizinisch nachvollziehbar zu begründen.

Dokumentationsblatt ☞ Abb. 2 zeigt die Rückseite des Dokumentationsblattes.

- ▶ Im oberen Drittel werden, sofern vorhanden, Informationen zum Patientenwillen dokumentiert.
- ▶ Der Mittelteil dient zur Dokumentation des Entscheidungsprozesses und der dazugehörigen Informationsweitergabe an Angehörige, z. B. im Rahmen einer Familienkonferenz.
- ▶ Alle Entscheidungen hinsichtlich Therapiezieländerung sind von den verantwortlichen Fachärzten schriftlich mit Datum und Unterschrift zu autorisieren (unterer Bereich des Dokumentationsblattes).

Entscheidungshoheit Obwohl zur Entscheidungsfindung alle Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit zu berücksichtigen sind, liegt die Entscheidungshoheit im konkreten Fall bei dem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt.

- ▶ Dabei bedingen die unterschiedlichen Organisationsformen der jeweiligen Intensivstationen auch unterschiedliche hierarchische Entscheidungsstrukturen, die innerhalb der Abteilungsorganisation vorweg festzuschreiben sind.

Abb. 3 Das Ausmaß von Organfunktionsstörungen und die Schwere vorbestehender Erkrankungen bzw. damit einhergehender funktioneller Einschränkungen sind im Einzelfall genau zu erheben. Ebenso sind Informationen zum Patientenwillen, sofern vorhanden, genau zu überprüfen.

Checkliste „Intensivmedizinische Fragen für individuelle Therapiezieländerungen“



©ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin

Patientenetikette

Datum:

Unterschrift:

Checkliste: Intensivmedizinische Fragen Therapiezieländerung

INDIKATION

	ja	wahr-scheinlich	unklar	unwahr-scheinlich	nein
Ist die aktuelle Erkrankung überhaupt überlebbar?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Kreislauffunktion zu erwarten?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der ZNS-Funktion zu erwarten?					
Besteht bei voraussichtlicher ZNS-Schädigung ein klinisch relevantes Rehabilitationspotenzial?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Lungenfunktion zu erwarten?					
Ist im Falle einer permanenten, schweren Lungenfunktionseinschränkung eine langfristige Respiratortherapie medizinisch indiziert?					
Ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Nierenfunktion zu erwarten?					
Besteht bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz die Möglichkeit der dauerhaften maschinellen Nierenersatztherapie?					

Viele der angeführten Fragen sind interdisziplinär zu beantworten. Wenn eine der angeführten Fragen mit „Unwahrscheinlich“ beantwortet wird, ist eine Therapiezieländerung zu erwägen. Welche Maßnahmen gesetzt werden, ist im Einzelfall zu entscheiden. (siehe Therapieziel-Graphik am Dokumentationsblatt)

Besteht davon unabhängig eine stark beschränkte Lebenserwartung?					
--	--	--	--	--	--

PATIENTEN
WILLE

Gibt es einen geäußerten Patientenwillen?					
Liegt eine gültige, situationsbezogene, verbindliche Patientenverfügung vor?					
Liegt eine gültige, situationsbezogene, beachtliche Patientenverfügung vor?					
Liegt eine Vorsorgevollmacht mit inhaltlich bestimmten Behandlungsablehnungen vor?					

Der Patientenwille ist das wichtigste Entscheidungskriterium im ethischen Kontext der Therapieentscheidungen.

Bildnachweis: Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI)

Widerruf Im Falle bedeutsamer positiver Entwicklungen im Krankheitsverlauf des Patienten kann die Therapiezieländerung jederzeit in allen oder einzelnen Aspekten widerrufen werden; auch diese Entscheidung ist schriftlich zu dokumentieren. Selbstverständlich kann der einwilligungsfähige Patient jederzeit eine geplante oder bereits stattfindende Behandlung ablehnen – unabhängig davon, ob diese Entscheidung nach medizinischen Maßstäben unvernünftig ist („Freiheit zur Willkür“).

Ideal wäre, wenn bei risikoreichen, elektiven chirurgischen Eingriffen im Rahmen der Operationsaufklärung / Indikationsstellung der Patientenwille für den Fall schwerer operationsassoziierter Komplikationen bereits im Vorfeld erhoben und dokumentiert wird.

Gegebenenfalls ist das auch der optimale Zeitpunkt, den Patienten auf die Möglichkeiten einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht hinzuweisen.

Intensivmedizin in der Gegenwart Mit der Entwicklung der modernen Intensivmedizin in den letzten 50 Jahren werden heute Erkrankungen überlebt, die zu Anfang des letzten Jahrhunderts noch als tödlich angesehen wurden. Durch die enormen Fortschritte im Organersatz und der medikamentösen Organunterstützung sind Intensivmediziner mit neuen klinischen Krankheitsbildern wie z. B. SIRS, CARS, MODS konfrontiert, deren maximale Ausprägungen sich ausschließlich durch die vorhandenen intensivmedizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung entwickeln können [7, 8]. Die enormen Fortschritte in allen medizinischen Fachdisziplinen und die demografische Entwicklung der Bevölkerung führen dazu, dass auf Intensivstationen häufig ältere, oft mehrfach vorerkrankte Patienten behandelt werden.

- ▶ In der Folge befinden sich Ärzte zunehmend im Spannungsfeld zwischen dem intensivmedizinisch noch Machbaren und dem – in einem größeren Kontext – oft als nicht mehr sinnvoll erachteten therapeutischen Tun.

Geschichtliche Entwicklung In den Anfangszeiten der Intensivmedizin war es üblich, alle lebenserhaltenden Maßnahmen ungeachtet der Grunderkrankung, der Vorerkrankungen bzw. der Schwere der funktionellen Einschränkungen von Patienten ohne Einschränkung bis zum Tod weiterzuführen [9, 10]. In gleicher Weise war es unüblich, den Willen von Patienten hinsichtlich intensivmedizinischer Interventionen aktiv zu hinterfragen [9, 10].

- ▶ Grundlage für dieses paternalistische Entscheidungsprinzip war die allgemein geltende Auffassung, dass Mediziner aufgrund ihrer Ausbil-

dung und Erfahrung schon „am besten wüssten“ was für einen bestimmten Patienten notwendig sei [9, 11, 12].

In den letzten Jahren ist v. a. in den USA, aber auch in europäischen Ländern das ethische Prinzip des Respekts vor der „Autonomie des Menschen“ in den Vordergrund medizinischer Entscheidungen getreten [2, 13, 14]. Unter diesem Gesichtspunkt werden diagnostische Entscheidungen im Konsens zwischen Patienten und Ärzten erst getroffen nach genauer Aufklärung hinsichtlich

- ▶ der aktuellen Schwere der Erkrankung,
- ▶ der Prognose,
- ▶ der alternativen Behandlungsmöglichkeiten und
- ▶ der zu erwartenden Nebenwirkungen bzw. Komplikationen einer definierten Behandlung.

Alle ärztlichen Entscheidungen und Maßnahmen, die im Rahmen der Intensivmedizin für Patienten getroffen werden, und somit auch jede Entscheidung zur Therapiezieländerung beruht somit auf den beiden wichtigen Säulen medizinische Indikation und Patientenwille.

Die Indikation als Entscheidungskriterium für Therapiezieländerungen



Nutzen oberste Priorität Das oberste Prinzip jeder Therapie ist der Nutzen für den Patienten. Die Weiterführung einer Behandlung und/oder Organunterstützung, die lediglich an Symptomkontrolle orientiert ist, wird daher von den meisten Intensivmediziner in Europa abgelehnt. Diese Entwicklung spiegelt sich in einer Untersuchung von Prendergast et al. wider, die zeigte, dass in den Jahren 1987–1988 nur bei 51 % der auf einer Intensivstation Verstorbenen laufende Therapien begrenzt oder aktiv zurückgenommen wurden. In Gegensatz dazu starben in den Jahren 1992–1993 bereits 90 % der Patienten mit Therapiezieländerungen [15].

Hauptursachen für Therapiezieländerungen

Die Hauptgründe für eine Limitation oder Rücknahme therapeutischer Maßnahmen im Rahmen der Intensivmedizin sind nach Keenan et al.

- ▶ eine schlechte Prognose (97 %),
- ▶ dauerhaftes Leiden (18 %) und
- ▶ eine zu erwartende schlechte Lebensqualität der Patienten (9 %) [16].

In einer Untersuchung von Hall et al. wurden die Diagnosen Sepsis (42 %), Multi-Organ-Dysfunktions-Syndrom (MODS; 33 %) und schwere Gefäßerkrankung mit Organmangeldurchblutung (z. B. Darmgangrän) als Hauptursachen für Therapielimitationsentscheidungen berichtet [17].

- ▶ Vincent et al. weisen darauf hin, dass in zunehmenden Maße auch ökonomische Aspekte in

intensivmedizinische Entscheidungen am Patientenbett einfließen [18].

In diesem Sinne berichten Ferrand et al. in einer prospektiven Untersuchung aus Frankreich, dass kostenineffektive Therapie (56%), eine zu erwartende schlechte Lebensqualität (56%) und hohes Alter (34%) die häufigsten Gründe für Therapie-limitation auf Intensivstationen waren [19]. In der „End of Life Practices in European Intensive Care Units Study“ (ETHICUS) aufgeführt wurden als Hauptgründe für Entscheidungen, Therapien zu limitieren oder nicht mehr durchzuführen,

- ▶ das Patientenalter,
- ▶ existierende Vorerkrankungen,
- ▶ die Dauer des Intensivaufenthalts,
- ▶ die Aufnahmefrequenz an der jeweiligen Intensivstation und
- ▶ religiöse Aspekte [20].

Checkliste: „Indikation“ Die Checkliste „Intensivmedizinische Fragen für individuelle Therapiezieländerungen“ hilft im Fragenblock „Indikation“ in strukturierter Art und Weise zu klären, ob bei einem individuellen Patienten eine Begrenzung, ein Nicht-Beginn oder eine Rücknahme definierter intensivmedizinischer Maßnahmen diskutiert werden sollte. Fragen zur Indikationsstellung werden durch Fragen zur Prognose ergänzt.

- ▶ Letztere benötigen häufig eine multidisziplinäre Problembetrachtung durch Vertreter unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen, um Entscheidungen zur Begrenzung, Nicht-Beginn oder Rücknahme mit hoher Sicherheit zu treffen.

Der Patientenwille als Entscheidungskriterium für Therapiezieländerungen

Autonomie des Patienten Die Autonomie als eine der „4 medizinethischen Prinzipien“ hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung bei medizinischen Entscheidungen gewonnen.

Achtung der Patientenautonomie setzt voraus, dass Ärzte ihre Patienten über Art, Prognose, Therapieziel und Therapieoptionen in verständlicher Weise informieren, um im Einklang mit dem Patientenwillen die medizinische Behandlung durchzuführen.

Intensivmedizinische Patienten können ihren Willen in der konkreten Situation oft nicht mehr äußern. Wenn überhaupt, sind Intensivmediziner entweder mit vorab verfassten Willensäußerungen (Patientenverfügungen) konfrontiert oder aber auch mit Stellvertretungsinstrumenten (Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft).

- ▶ Die konkrete juristische Dimension dieser Instrumente bedarf nicht selten einer Auseinan-

dersetzung mit Themen, die intensivmedizinisch tätigen Ärzten bislang fremd waren.

Problematisch: Mutmaßlicher Patientenwille

Leider sind schriftliche Willensäußerungen häufig nicht vorhanden oder inhaltlich unzulänglich. In einer europäischen Multizenterstudie wurde kürzlich gezeigt, dass 95% der sterbenden Patienten nicht in der Lage waren, ihren Willen hinsichtlich medizinischer Entscheidungen selbst zu äußern [21]. An dieser Stelle taucht die Frage nach dem mutmaßlichen Patientenwillen auf.

- ▶ Drazen formulierte dieses Problem „als die Kunst des Intensivmediziners, die Welt mit den Augen des Patienten zu betrachten und damit vorherzusagen, wie eine Persönlichkeit für sich selbst Entscheidungen in der jeweils sehr spezifischen Krankheitssituation treffen würde“ [22].

ETHICATT-Studie Wie schwierig eine derartige antizipatorische Abschätzung des mutmaßlichen Patientenwillens ist, zeigt die ETHICATT-Studie [23]. In dieser Untersuchung wurden die Erwartungen in die medizinischen Behandlungsziele von Ärzten, Pflegepersonen, Patienten und deren Angehörigen bezüglich einer hypothetischen terminalen Erkrankung evaluiert.

- ▶ Für fast 90% aller Ärzte und Pflegepersonen war der Erhalt von Lebensqualität wichtiger als eine Lebensverlängerung.
- ▶ Circa 50% der Patienten und 60% der Angehörigen hingegen gaben zusätzliche Lebenszeit als oberste Priorität an.
- ▶ Nur 20% der Ärzte und 10% der Pflegepersonen wollten in dieser Situation kardiopulmonal reanimiert und mechanisch beatmet werden, während fast 60% der Patienten und 50% der Angehörigen dieser Behandlung zustimmen würden.

Verbreitung von Patientenverfügungen In Österreich wurde 2006 die gesetzliche Grundlage für die Erstellung von Patientenverfügungen geschaffen, die, sofern sie inhaltlich und juristisch bestimmte Anforderungen erfüllen, von Ärzten in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Allerdings zeigt sich in einer kürzlich veröffentlichten Umfrage an österreichischen Intensivstationen, dass ein Drittel der teilnehmenden leitenden Intensivmediziner persönlich noch keinerlei Erfahrung mit Patientenverfügungen aufwies [24].

- ▶ Nur 9 von 139 verantwortlichen Intensivmedizinern hatten beruflich bereits mehrfach Patientenverfügungen zu berücksichtigen.

Verbindlichkeit und medizinische Indikation

Der Respekt vor der Autonomie darf aber nicht unabhängig von der medizinischen Indikation gesehen werden.

► Nicht alles, was der Patient oder seine Angehörigen wünschen, ist medizinisch indiziert. Dieser Umstand stellt Intensivmediziner vor große Herausforderungen. Sowohl die Checkliste „Intensivmedizinische Fragen für individuelle Therapiezieländerungen“ als auch das Dokumentationsblatt „Therapiezieländerungen“ helfen, in strukturierter Weise Angaben zum Patientenwillen zu erfassen und hinsichtlich der Verbindlichkeit zu evaluieren.

Ethische Beratung Besonders in komplexen Situationen kann die Einberufung eines klinischen Ethikkomitees bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich Therapiezieländerungen hilfreich sein. Schneidermann und Mitarbeiter fanden in einer Multizenterstudie heraus, dass die Konsultation von Ethikexperten zu einer Verkürzung des Spitals- und Intensivaufenthalts bei terminal erkrankten Patienten führte [25]. Gleichzeitig berichtete die Mehrzahl der beteiligten Ärzte, Pflegepersonen und Angehörigen, dass die gemeinsamen Diskussionen im Ethikonsil hilfreich waren, bestehende Konflikte zu bereinigen und gemeinsame Entscheidungen zu fördern.

Fazit Obwohl medizinische Entscheidungen hinsichtlich des Nicht-Beginnens oder der Rücknahme therapeutischer Maßnahmen zu den schwierigsten und belastendsten für Ärzten und Pflegepersonen gehören, bestehen noch immer gravierende Mängel an strukturierter Dokumentation und interdisziplinärer Informationsweitergabe. Die ÖGARI-Arbeitsgruppe Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin hat in einem Diskurs von Intensivmedizinerinnen verschiedener Spezialfächer Dokumente zur Entscheidungshilfe und schriftlichen Dokumentation von Therapiezieländerungen entwickelt, die in strukturierter Weise die wichtigen Säulen jeder medizinischen Entscheidung – die Indikation und den Patientenwillen – erfassen. ◀

Literatur online

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie im Internet:

Abonnenten und **Nichtabonnenten** können unter „www.thieme-connect.de/ejournals“ die Seite der AINS aufrufen und beim jeweiligen Artikel auf „Zusatzmaterial“ klicken – hier ist die Literatur für alle frei zugänglich.

Abonnenten können alternativ über ihren persönlichen Zugang an das Literaturverzeichnis gelangen. Wie das funktioniert, lesen Sie unter: <http://www.thieme-connect.de/ejournals/help#SoRegistrieren>

Interessenkonflikt Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Kernaussagen

- Die Sinnfragen ärztlichen Handelns werden oft erst in den intensivmedizinischen Einrichtungen zum ersten Mal – und damit häufig zu spät! – gestellt.
- Die Säulen jeder medizinischen Entscheidung sind die Indikation und der Patientenwille.
- Jede (intensiv-)medizinische Maßnahme muss regelmäßig kritisch auf die zugrundeliegende Indikation geprüft werden.
- Eine DNR-Anordnung hat keinerlei Einfluss auf andere bereits begonnene oder geplante diagnostische oder therapeutische Maßnahmen.
- Auch wenn der Tod eines Patienten absehbar ist, gibt es noch eine der Situation angepasste, für den Patienten optimale symptomorientierte Therapie (CTC).
- Die exakte und nachvollziehbare Dokumentation der gesetzten Handlungen ist Voraussetzung für eine Akzeptanz im Behandlungsteam.
- Therapiezieländerungen auf Intensivstationen bedürfen einer interdisziplinären und interprofessionellen Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation der Patienten.

Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker, Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck

ao. Univ. Prof. Dr. Sonja Fruhwald, Univ. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz

Univ.-Prof. Prim. Dr. Walter Hasibeder, Anästhesie, Intensiv- und Palliativmedizin, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christoph Hörmann, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Landesklinikum St. Pölten

ÖÄ Dr. Maria Luise Hoffmann, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Landesklinikum Baden

ao. Univ.-Prof. Dr. Claus G. Krenn, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, Medizinische Universität Wien

ÖÄ Dr. Andrea Lenhart-Orator, Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Wilhelminenspital, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc, Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin – ZISOP, Klagenfurt am Wörthersee

Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Pernerstorfer, Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Konventhospital der Barmherzigen Brüder, Linz

Priv.-Doz. Dr. Bettina Pfausler, Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck

OA Dr. Christian Roden, Department für Palliativmedizin, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

Dr. Eva Schaden, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, Medizinische Universität Wien

Univ.-Prof. Dr. A. Valentin, MBA, Allgemeine u. Internistische Intensivstation, Krankenhaus Rudolfstiftung, Wien

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA, Leiter Personalmanagement, Organisationsentwicklung und Ethikberatung, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien

Prim. Univ. Doz. Dr. Günther Weber, Institut für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerzzambulanz, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz

Prim. Priv.-Doz. Dr. Michael Zink, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Krankenhaus Barmherzige Brüder St. Veit und A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen, St. Veit an der Glan

Korrespondierender Autor: Univ.-Lektor OA Dr. Michael Peintinger, Anästhesie und Intensivmedizin, Krankenhaus Göttlicher Heiland, Wien

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343753>

Literatur zu

Therapiezieländerungen auf der Intensivstation

Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation

Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anesthesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI)

1 Azoulay E, Timits JF, Sprung CL et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts – The Conflitus Study. Am J RespirCrit Care Med 2009; 180: 853–860

2 Luce JM. End-of-life decision making in the intensive care unit. Am J RespirCrit Care Med 2010;182: 6–11

3 Schimmer C, Gorski A, Özkur A et al. Policies of withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in critically ill patients on cardiac intensive care units in Germany: a national survey. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery 2012;14: 294–299

4 Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirbel WT et al. Use of intensive care at the end-of- life in the United States: An epidemiologic study. Crit Care Med 2004;32: 638–643

5 Valentin A, Druml W, Steltzer H et al. Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine. Int Care Med 2008; 34: 771–776

6 Peintinger M. Ethik und Moral. In: Peintinger M, Hrsg. Ethische Grundfragen in der Medizin. Wien:Facultas Verlag; 2008: 17–82

7 Osuchowski MF, Welch K, Siddiqui J et al. Circulating cytokine/inhibitor profiles reshape the understanding of the CIRS/CARS continuum in sepsis and predict mortality. J Immunol 2006;177: 1967–1974

8 Mayr VD, Dünser MW, Greil V et al. Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients. Crit Care 2006;10: R154

9 Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. Crit Care Clin 2009;25:221–237

10 Mularski RA, Osborne ML. The changing ethics of death in the ICU. In: Curtis JR, Rubenfels GD. Managing death in the ICU – the transition from cure to care. Oxford: University Press; 2001: 7–18

11 Gazelle G. The slow code – should anyone rush to its defense? N Engl J Med 1998;338:467–469

12 Sanders A, Schepp M, Baird M. Partial do-not-resuscitate orders: a hazard to patient safety and clinical outcomes? Crit Care Med 2011; 39:14–18

13 Truog RD, Campbell ML, Curtis JR et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2008;36:953–963

14 Mercadante S, Giarratano A. The anaesthesiologist and end-of-life care. Curr Opin Anaesthesiol 2012; 25:371–375

15 Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med 1998;158:1163–1167

16 Keenan S, Busche K, Chen L et al. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawing of life support. Crit Care Med 1997;25:1324–1331

17 Hall RI, Rocker GM. End-of-life care in the ICU. Chest 2000;118:1424–1430

18 Vincent JL. Foregoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med 2009;27:1626–1633

- 19** Ferrand E, Robert R, Ingrand P et al. Withholding and withdrawing life support in intensive care units in France: a prospective survey. *Lancet* 2001;357:9–14
- 20** Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS study. *Int Care Med* 2007;34:271–277
- 21** Cohen S, Sprung CL, Sjøkvist P et al. Communications of EOLC decisions in European ICUs. *Int Care Med* 2005;31:1215–1221
- 22** Drazen JM. Decisions at the end of life. *N Engl J Med* 2003;349:1109–1110
- 23** Sprung CL, Carmel S, Sjøkvist P et al. Attitudes of European physicians, nurses, patients and families regard in EOL decisions: the ETHICATT study. *Int Care Med* 2007;33:104–110
- 24** Schaden E, Herczeg P, Hacker S et al. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *BMC Medical Ethics* 2010;11:19
- 25** Schneiderman LJ. Effects of ethic consultations in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006;34: 359–363