

Ethische Therapieentscheidungen auf der Intensivstation

S. Fruhwald¹, B. Friesenecker², H. Dier^{3,4}

¹ Klinische Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßanästhesie, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz;

² Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck;

³ Klinische Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten-Lilienfeld, Standort St. Pölten;

⁴ Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Krems an der Donau

Advance Care Planning – klinische Perspektivenkonferenz – Indikation – Therapieziel – Therapiezieländerung – Übertherapie

internistische praxis 69, 216–230 (2025)
mgo fachverlage GmbH & Co. KG

In der modernen Gesundheitsversorgung ist die Intensivtherapie ein wichtiger Bestandteil für die Versorgung Schwerkranker, benötigt aber ein effizientes Management. Eine rechtzeitige Therapiezieländerung, das Prüfen von medizinischen Maßnahmen, Vermeiden von Übertherapie sowie eine Stärkung der Autonomie von Patientinnen und Patienten soll Schaden vermeiden und ein würdevolles Sterben ermöglichen.

■ Einleitung

Intensivtherapie ist ein wichtiger Bestandteil moderner Gesundheitsversorgung zur Überwachung und Therapie schwerkranker Patientinnen und Patienten. Aufgrund der angebotenen Therapieoptionen gehört die Intensivstation zu den kostenintensivsten Bereichen eines Krankenhauses und bedarf daher eines effizienten Managements [1]. Trotz guter Zahlen an verfügbaren Intensivbetten (2021 standen in Deutschland ca. 29 ICU-Betten/100.000 Einwohner zur Verfügung, in Österreich waren es 22 und in der Schweiz 10) kommt es immer wieder zu Versorgungsengpässen [2]. Dieses Problem wird sich aufgrund der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung in den nächsten Jahren noch verschärfen. Der in Deutschland zwischen 2006–2016 beobachtete Anstieg der Intensivbelegungstage um ca. 19 % soll in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Daher ist eine optimierte Intensivbettenkapazitätsplanung für die Zukunft unabdingbar [1]. Nur wenn sich Indikationsentscheidungen streng an einem individuell zu definierenden Therapieziel und nicht an der reinen medizinischen Machbarkeit orientieren, kann Medizin bei unvermeidbar zunehmender Ressourcenknappheit noch gerecht sein und Übertherapie und deren negative Folgen für alle Beteiligten (Patientinnen/Patienten, Angehörige, Behandlungsteams und das Gesundheitssystem selbst) vermieden werden [3].

Um die Intensivbettenvergabe transparent und gerecht zu machen, sollten individuelle Therapieentscheidungen auf Basis evidenzbasierter

Kriterien erfolgen. Im deutschsprachigen Raum stehen von unterschiedlichen intensivmedizinischen Fachgesellschaften Richtlinien zur Verfügung, wobei folgende Aspekte berücksichtigt wurden [4]:

- **Klinische Kriterien** erfassen die Schwere der Erkrankung, die Wahrscheinlichkeit des Überlebens und wägen in einer Nutzen-/Risikobewertung die zur Verfügung stehenden Mittel gegen diese ab.
- **Ethische Gesichtspunkte für die zu treffenden Therapieentscheidungen**, sowohl was die Vergabe der Intensivbetten als auch die angebotene Therapie betrifft, sind neben Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit auch an eine für alle sichtbare Transparenz unter Vermeidung von Diskriminierung (Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, sozialer Status etc.) gebunden.
- **Die gerechte Verteilung der Ressourcen**, die nur über eine streng an einem sinnvollen individuellen Therapieziel orientierte Indikation erfolgen kann, stellt sicher, dass Betten, Geräte und Personal so effektiv wie möglich eingesetzt werden.
- Im Rahmen der Indikationsstellung für die Intensivtherapie ist auf eine **interdisziplinäre/multiprofessionelle Konsensbildung** für die Durchführung von Therapieentscheidungen zu achten. Gerade in Krisenzeiten und bei interdisziplinären Intensivstationen ist dies eine absolute Notwendigkeit.

Bei all diesen Überlegungen dürfen medizinethische Gesichtspunkte auf keinen Fall vergessen werden, sind doch nichttransparente oder unangemessene ethische Entscheidungen nicht nur mit hohen Kosten verbunden, sie steigern auch das Risiko für »moral distress«, Burnout und emotionale Erschöpfung im Team und das Risiko traumatischer Belastungsstörungen der Angehörigen [5].

Die nachfolgenden Kapitel dienen dazu die notwendigen Begriffe, die einer ethisch (und rechtlich) fundierten ärztlichen Entscheidungsfindung zugrunde liegen, zu definieren. Weiters soll aufgezeigt werden, wie es mittels Advance

Care Planning oder einer klinischen Perspektivenkonferenz gelingen kann, Hochrisikopatientinnen und -patienten frühzeitig zu erkennen, nutzbringende Maßnahmen anzubieten und Übertherapien zu verhindern.

Begriffsdefinitionen

Um Übertherapie und damit für Betroffene nicht nutzbringende Maßnahmen zu vermeiden, muss eine technisch machbare, diagnostische oder therapeutische Maßnahme im Rahmen einer medizinischen Behandlung 2 Voraussetzungen erfüllen:

- Sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer medizinischen Maßnahme besteht eine Indikation nur dann, wenn die Maßnahme geeignet ist, ein vorher mit der Patientin oder dem Patienten besprochenes Therapieziel mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erreichen.
- Die medizinische Maßnahme und deren Durchführung müssen dem Willen der entscheidungsfähigen Patientin oder dem entscheidungsfähigen Patienten entsprechen und kann nur mit deren rechtsgültiger Einwilligung erfolgen.

Liegt eine der beiden Voraussetzungen nicht vor, ist die Einleitung bzw. Fortführung der medizinischen Maßnahme nicht zulässig. Gerade im intensivmedizinischen Setting ist – ähnlich wie im Notfallsetting – aufgrund der Dringlichkeit des Behandlungsbeginnes ein ausführliches Gespräch mit Patientinnen und Patienten oft nicht möglich, daher ist initial, bei gegebener Therapieindikation, mit der Therapie zu beginnen (»*in dubio pro vita*«), weil man davon ausgehen darf, dass Patientinnen und Patienten prinzipiell indizierten Behandlungen zustimmen würden. Die Weiterführung der Therapie ist in regelmäßigen Abständen auf die weiterhin gegebene Indikation und die gegebene Zustimmung zu evaluieren. Bei Wegfall einer der beiden Säulen ist eine Therapiezieländerung gerechtfertigt.

Therapieziel

Jeder medizinischen Maßnahme muss eine Therapiezielscheidung vorangehen. Ist keine Heilung erreichbar, so ist für die Patientin oder den Patienten ein möglichst langer Erhalt eines Zustandes mit möglichst guter Lebensqualität anzustreben, wobei das Wohltun im Vordergrund medizinischer Entscheidungsfindung steht und auf nicht nutzbringende medizinische Handlungen verzichtet werden sollte.

Das 2-Säulen-Modell beschreibt über 2 gleichberechtigte nebeneinanderstehende Säulen, dass eine Behandlung nur dann durchgeführt werden darf, wenn es eine wirkungsvolle Therapie gibt, die auf einem sinnvollen, individuellen Therapieziel basieren muss (Säule der Indikation) und die Patientin oder der Patient diese Behandlung wünscht (Säule des Willens der Patientinnen und Patienten). In die Therapieentscheidungsfindung sollen alle in die medizinische Maßnahme involvierten Personen einbezogen werden und die Ziele sollten glaubhaft erreichbar sein. Die ärztliche Abschätzung dieser Wahrscheinlichkeiten und eine Entscheidung, die dem Wohl der Patientinnen und Patienten dient ist im §49 (1) des österreichischen Ärztegesetzes explizit erlaubt und gewünscht. Unter dem Wohl einer schwer kranken Patientin oder eines schwer kranken Patienten kann auch das »Sterben zulassen« (Vermeidung einer Leidensverlängerung), in menschlicher Begleitung und unter bestmöglicher Symptomlinderung, zu verstehen sein [6].

Mögliche Therapieziele sind: vital, kurativ, erhaltend, verzögernd und palliativ

- Das **vitale Therapieziel** kann gerade auf Intensivstationen häufig zur Anwendung kommen. Hier steht die Sicherung der Vitalfunktionen im Vordergrund, um anschließend ein weiterführendes Therapieziel entwickeln zu können.
- Das **kurative Therapieziel** ist gegeben, wenn eine Heilung oder ein für die Patientin oder den Patienten akzeptabler Gesundheitszustand erreichbar ist.

- Das **erhaltende Therapieziel** ermöglicht durch die gesetzte Maßnahme eine stabile Erkrankungssituation zu erhalten – z. B. durch die Implantation eines linksventrikulären Assist Devices (LVAD). Gerade beim erhaltenden Therapieziel ist bei der Aufklärung der Patientin oder des Patienten nicht nur der bestmöglich erreichbare Zustand (best case), sondern auch der schlechteste erreichbare Zustand (worst case) zu beschreiben.
- Das **verzögernde Therapieziel** schiebt in begründeten Einzelfällen den unvermeidbaren Tod für kurze Zeit hinaus (z. B. eine kurzzeitige Therapiefortführung, damit die Patientin oder der Patient noch vor dem Sterben ihre Belange regeln kann). Dieses Therapieziel sollte nur gut begründet, für kurze Zeit und unter regelmäßiger Reevaluation gewählt werden, da sonst sehr schnell eine Übertherapie und eine unzulässige Verlängerung der Sterbephase die Folge ist.
- Das **palliative Therapieziel** lässt das Sterben unter bestmöglicher Symptomlinderung zu. Die Freiheit von Angst, Stress, Schmerzen oder Atemnot sowie ein Sterben in Würde haben oberste Priorität.

Medizinische Indikation

Der medizinischen Indikation liegt eine fachlich begründete Einschätzung zugrunde, dass eine medizinische Maßnahme evidenzbasiert und nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens machbar, wirkungsvoll und damit geeignet ist, das angestrebte Therapieziel zu erreichen, und somit für die Patientin oder den Patienten in der konkreten Situation nutzbringend ist. Dazu ist das Risikoprofil einer Patientin oder eines Patienten zu beurteilen (aktuelle Erkrankung, vorliegende Begleiterkrankungen, Allgemein- und Ernährungszustand, Gebrechlichkeit/Demenz etc.) und die daraus folgende individuelle Prognose nach Beginn der geplanten Maßnahme abzuschätzen [3, 7].

Die ARGE Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) empfiehlt diese Risikoabschätzung.

zung anhand von Scores durchzuführen, hier wären unter anderem der ADL-Score (Activities of Daily Life) nach Katz, die »Dalhousie Frailty Scale« oder der POSPOM (Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality) zu nennen [8–11]. Die Scores helfen Hochrisikopatientinnen und -patienten zu identifizieren und haben eine Warnfunktion/Ampelfunktion. Wenn einer oder mehrere Scores schlecht sind, ist – außer im Notfall – die Einberufung einer klinischen Perspektivenkonferenz (KPK) anzudenken, um der Patientin oder dem Patienten die individuell nutzbringendste Therapie anzubieten.

Sollte eine Patientin oder ein Patient oder deren Angehörige eine nicht indizierte Behandlung fordern, erklärt sich über das 2-Säulen-Modell (wenn es mit dem Fall der »Säule der Indikation« keine auf Heilung ausgerichtete Behandlung gibt), dass eine solche nicht indizierte Forderung nicht gerechtfertigt ist und eine Therapiezieländerung durchzuführen ist. Die Kunst besteht in der kommunikativen Vermittlung dieser Inhalte, da Kommunikation gerade dann sehr anspruchsvoll sein kann, wenn manfordernden Patientinnen oder Patienten oder deren Angehörigen erklären muss, dass eine u.U. geforderte, technisch machbare medizinische Handlung nicht durchgeführt wird, da sie für die Patientin oder den Patienten keinen Nutzen bringt. Gleichzeitig ist frühzeitig daran zu denken, palliativmedizinische Maßnahmen anzubieten. Ziel ist es entsprechend dem Verlauf der Erkrankung, die palliativmedizinische Einbindung zu steigern, von einer anfänglich optimierten Kommunikation und der Information zu palliativen Angeboten, Vorsorge und Verfügungen bis zur Sterbegleitung mit bestmöglicher Symptomlinderung und der Angehörigenbetreuung nach dem Tod.

Nur wenn eine nutzbringende medizinische Maßnahme gemäß dem Verhältnismäßigkeitsprinzip aus ärztlicher Sicht legitim, geeignet, angemessen und verhältnismäßig ist, darf diese der Patientin oder dem Patienten angeboten werden. Bestehen Zweifel, ob eine Maßnahme nutzbringend sein wird, kann unter klaren Vorgaben (Therapiedauer, Maßnahmen, die nicht ergriffen werden, Vorgehen bei Scheitern) und

strenger Reevaluierung ein Therapieversuch begonnen werden.

Wille der Patientin/des Patienten und Entscheidungsfähigkeit

Neben der Indikation muss für eine geplante medizinische Maßnahme eine rechtsgültige Einwilligung der Patientin/des Patienten oder der (gesetzlichen) Vertreterin/des (gesetzlichen) Vertreters vorliegen. Nur in Ausnahmefällen (wie bei Gefahr in Verzug) kann darauf verzichtet werden (»*in dubio pro vita*«). Sowohl der Entscheidungsfähigkeit als auch dem Willen der Patientin oder des Patienten kommt bei der Einwilligung in eine medizinische Maßnahme eine entscheidende Bedeutung zu.

Entscheidungsfähigkeit

Entscheidungsfähigkeit liegt laut § 24 (2) ABGB dann vor, wenn die Patientin oder der Patient *»die Bedeutung und die Folgen ihres Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, ihren Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann, dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet«* [12]. Die Entscheidungsfähigkeit ist von der medizinisch behandelnden Person jeweils im Hinblick auf die konkret vorzunehmende medizinische Maßnahme zu beurteilen. Dies hat immer vor der Durchführung einer Maßnahme im Rahmen eines Aufklärungsgespräches zu erfolgen. Somit ist es nicht zulässig eine Patientin oder einen Patienten einmalig als entscheidungsfähig, oder entscheidungsunfähig zu klassifizieren, ohne dies nachfolgend zu reevaluieren und ggf. anzupassen.

Wille der Patientin/des Patienten

Sinnvoll wäre, dass jeder Mensch Wünsche und Wertvorstellungen und vor allem medizinische Maßnahmen, die er/sie ablehnen möchte, in einer Patientenverfügung schriftlich festhält (cave: die Patientenverfügung ist rechtlich ein Abwehrrecht), welche dem behandelnden Team an Ärztinnen und Ärzten hilft im Sinne der Patientinnen und Patienten zu entscheiden, falls diese nicht mehr für sich selbst sprechen können. Das neue österreichische Erwachsenenschutz-

gesetz sieht eine klar definierte Regelung für entscheidungsfähige, fraglich-, und nichtentscheidungsfähige Patientinnen und Patienten vor. Der Wille der Patientin oder des Patienten wird nach einem klaren Ablauf ermittelt [13]. Als erster Schritt muss in einem Aufklärungsge- spräch immer die Entscheidungsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten geprüft werden. Eine im jeweiligen medizinischen Zusammenhang entscheidungsfähige Person entscheidet selbst, auch dann, wenn sie betreut (für Österreich in Form einer Erwachsenenvertretung) oder vertreten wird (für Österreich in Form einer Vorsorgevollmacht). Für eine nicht entscheidungsfähige Patientin oder einen nicht entscheidungsfähigen Patienten muss eine juristische Stellvertreterin oder ein juristischer Vertreter den Willen der Patientin oder des Patienten ermitteln, um dem Behandlungsteam den mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten zur Kenntnis zu bringen und somit diesem mutmaßlichen Willen Geltung zu verschaffen. Diese Aufgabe kann im besten Fall eine von der Patientin oder dem Patienten selbst eingesetzte Stellvertreterin oder Stellvertreter (vorsorgebevollmächtigte oder gewählte stellvertretende Person) nach dem neuen Erwachsenenschutzgesetzes sein. Falls die Patientin oder der Patient mit großer Wahrscheinlichkeit über längere Zeit nicht entscheidungsfähig ist und selbst keine Stellvertretung benannt hat, muss eine gesetzliche oder gerichtliche Stellvertretung (früher Sachwalterin/Sachwalter) vom behandelnden Team der Ärztinnen und Ärzte initiiert werden. (Anm.: der mutmaßliche Wille muss auch immer den Aussagen der Stellvertreterinnen und Stellvertreter zugrunde liegen – es geht nicht drum, was diese selbst wollten oder dachten). Für den mutmaßlichen Willen der Patientinnen und Patienten sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen der Patientin oder des Patienten, ethische oder religiöse Überzeugungen sowie persönliche Wertvorstellungen zu berücksichtigen. Je konkreter und nachvollziehbar dieser mutmaßliche Wille erhoben wurde, desto stärker bindet er das Behandlungsteam.

Liegt eine »andere« Patientenverfügung vor (das heißt mindestens eines der Verbindlichkeitskriterien fehlt), so ist diese »umso beachtlicher,

je öfter sie reevaluiert wurde, je näher die letzte Unterschrift am Ereignis liegt, und je besser die beschriebenen Umstände zum Ereignis passen« (Zitat aus [14]).

Der Wille von Patientinnen und Patienten muss auch bei sehr stark eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit (z.B. fortgeschrittene Demenz) und bei bestehender rechtsgültiger Vertretung beachtet werden, wenn die Patientin oder der Patient diesen verständlich äußern kann – dies ist nicht nur mit Worten, sondern auch mittels Mimik und Gestik möglich. Diese, als »natürlicher Wille« einer nicht geschäftsfähigen Person bezeichnete, Willensäußerung kann sich in verbaler, nonverbaler und physischer Form äußern und ist rechtlich zu beachten, wobei ihm tendenziell eine geringere und anders begründete Bindungskraft zukommt [15]. Diese natürlichen Willensäußerungen sind keine autonomen Äußerungen, sie fallen daher nicht unter das ethische Prinzip der Autonomie, aber als Indikatoren des Wohls der Patientinnen und Patienten kommt ihnen im Rahmen des Fürsorgeprinzips große Bedeutung zu [15]. Im Falle einer Diskrepanz des natürlichen Willens mit der Entscheidung der Vertreterin oder des Vertreters ist das Gericht anzurufen.

Im Notfall ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten bzw. die Zustimmung der Vertreterin oder des Vertreters und/oder die Entscheidung eines Gerichtes nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung oder der gerichtlichen Entscheidung verbundene Aufschub das Leben der Patientin oder des Patienten gefährden würde (vitale Indikation) oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit oder mit starken Schmerzen verbunden wäre.

Der Vollständigkeit halber seien hier noch 2 besondere Situation erwähnt:

Im Rahmen ihres sogenannten »**Rechts auf Unvernunft**« darf eine Patientin oder ein Patient eine indizierte Behandlung ohne Angaben von Gründen ablehnen. Sie muss allerdings im

Rahmen des gut zu dokumentierenden Aufklärungsgespräches (empfohlenermaßen mit einer Gesprächszeugin oder einem Gesprächszeugen) nachweislich über die möglichen Konsequenzen – bis hin zum Tod – informiert worden sein.

Eine Patientin oder ein Patient kann auch von ihrem »**Recht auf Nichtwissen**« Gebrauch machen und eine ausführliche Aufklärung im Rahmen eines »shared decision makings« ablehnen. Der Konflikt, der durch diese der ärztlichen Aufklärungspflicht diametral gegenüberstehende Haltung entsteht, kann gelöst werden, indem auch dieses Gespräch mit einer Gesprächszeugin oder einem Gesprächszeugen (weitere Ärztin/ weiterer Arzt, Pflegeperson, andere »medical professionals«) zeitnahe schriftlich dokumentiert wird.

■ Advance Care Planning und klinische Perspektivenkonferenz. Wie können wir sie als Entscheidungshilfe für eine Aufnahme auf eine Intensivstation nutzen?

Aufgrund der verbesserten medizinischen Versorgung und der Veränderung der Alterspyramide steigen die Zahlen von Menschen mit chronischen Erkrankungen kontinuierlich an. Wenn wir die Herzinsuffizienz als Beispiel heranziehen, ist gut zu erkennen, dass sich die Erkrankungsinzidenz mit jeder Lebensdekade verdoppelt. Zwischen 65 und 74 Jahren sind 5 % der Menschen betroffen, dies steigt auf bis zu 20 % bei Menschen jenseits des 80. Lebensjahres an [16].

Diese chronischen Erkrankungen sind nicht nur für einen höheren ICU-Bettenbedarf, sondern auch für ein schlechteres Outcome verantwortlich. Für diese Patientinnen und Patienten sind wir lediglich in der Lage einen Zustand der »bedingten Gesundheit« zu erreichen. Also einen Zustand, der es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, trotz ihrer Einschränkungen ein für sie lebenswertes Leben zu führen. Ein unkritischer Einsatz maximaler intensivmedizinischer Ressourcen führt dazu, dass Patientinnen und Patienten unter Umständen in einem wesentlich schlechteren als dem von ihnen angestrebten

Zustand überleben, oder, wenn ein Überleben nicht erreicht werden kann, durch den unüberlegten Einsatz maximaler ICU-Ressourcen, die Sterbephase der Patientinnen und Patienten sinnlos verlängert wird. Dies ist weder rechtlich noch ethisch korrekt und auch ungerecht (Verteilungsgerechtigkeit und ius suum).

Es wäre daher dringend notwendig für alle chronisch kranken Patientinnen und Patienten im Verlauf einer schweren Erkrankung regelmäßig das Therapieziel und die sich darüber definierende Indikation für die Anwendung technisch machbarer medizinischer Handlungen kritisch zu überdenken. Bei einem nicht mehr vorhandenen sinnvollen Therapieziel (Wirkungslosigkeit einer technisch machbaren medizinischen Handlung bei weit fortgeschritten Erkrankung) ist rechtzeitig eine Therapieländerung Richtung Comfort Terminal Care (CTC) durchzuführen, um Sterben zuzulassen, Leiden nicht zu verlängern und den Sterbeprozess nicht hinauszögern [17].

Advance Care Planning

Advance Care Planning (ACP) wäre die effizienteste Möglichkeit für chronisch kranke Patientinnen und Patienten nicht nutzbringende, medizinische Behandlungen zu vermeiden. Erste Umsetzungen gab es Anfang der 1990er-Jahre in den USA. Ziel des ACP ist es einen vorausschauenden Behandlungsplan zu erstellen. Dafür ist ein andauernder Kommunikationsprozess zwischen Patientinnen und Patienten bzw. deren gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern, Angehörigen und dem betreuenden Team notwendig. Es sollen für den Fall, dass die Patientin oder der Patient die eigene Entscheidungsfähigkeit verliert, zukünftige Behandlungsentscheidungen vorausgeplant werden [18]. ACP bedeutet nicht nur das Erstellen einer »dynamischen« Patientenverfügung, es geht vielmehr darum, eine regionale Kultur der Vorausplanung und Kommunikation einzuführen. Hier zeigt sich der relevante Unterschied zur Errichtung einer auf konventionellem Weg errichteten Patientenverfügung: Beim ACP wird einerseits Bezug genommen auf die konkrete Erkrankung und die aktu-

Schritte	Was ist zu klären?	Was ist zu tun?
1	Was ist mir wichtig?	<ul style="list-style-type: none"> • Werteanalyse mit Reflexion der Wünsche, Werte und Ängste
2	Was möchte ich, was lehne ich ab?	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationen und Möglichkeiten der einzelnen therapeutischen Optionen verstehen • Stellung beziehen zu lebensverlängernden Maßnahmen
3	Kenne ich alle Möglichkeiten und habe ich sie verstanden?	<ul style="list-style-type: none"> • Unklarheiten ausräumen • Diskussion und Aufklärung von Personen, die die Entscheidungen mittragen müssen (Angehörige, betreuende Personen, Team der Behandelnden)
4	Wer spricht für mich?	<ul style="list-style-type: none"> • Bestimmen einer vertretungsberechtigten Person für den Fall eines Verlustes der Entscheidungsfähigkeit

Tab. 1 | Advance Care Planning: Entscheidungsfindung – ein schrittweiser Prozess

elle Situation der Patientin oder des Patienten, andererseits werden das Behandlungsteam und die Angehörigen mit eingebunden, sodass es zu keinen Missverständnissen kommen kann [18].

Auch im Sinne eines lückenlosen Wissenstransfers zwischen den einzelnen Teams der Betreuerinnen und Betreuer (Hausärztin/Hausarzt, Pflegeheime, Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus sowie innerhalb der unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen) kann ACP helfen das Schnittstellenmanagement zu verbessern und damit medizinisches Handeln im Sinne des Willens der Patientinnen und Patienten zu erleichtern. Ein weiterer positiver Effekt eines flächendeckend durchgeführten ACP wäre die weitgehende Vermeidung von Übertherapie und deren negative Folgen für alle Beteiligten des Gesundheitssystems (Patientinnen/Patienten, Angehörige, medizinische Fachkräfte und das Gesundheitssystem selbst). Dadurch könnte nicht nur viel Leid, sondern letztendlich auch eine zur unnötigen Ressourcenverknappung im Gesundheitssystem führende, sinnlose Geldverschwendungen vermieden werden.

Eine bewährte Form zur Errichtung eines APC ist die »Ask-Tell-Ask«-Methode, bei der die Patientin oder der Patient das Tempo und die Intensität des Informationsflusses entscheidend mitbestimmt [19]. Ein schrittweiser Prozess zur Entscheidungsfindung wird in ►Tabelle 1 vereinfacht dargestellt. Voraussetzungen für die Umsetzung eines ACP im klinischen Alltag ist ein speziell ausgebildetes Personal, das die Patientinnen und Patienten aktiv anspricht, über die Möglichkeiten eines ACP informiert und die Beratungen durchführt. Diese Gesprächsführung ist herausfordernd und muss systematisch trainiert werden. Mehrere Gesprächssitzungen mit ausreichenden zeitlichen Ressourcen müssen eingeplant werden.

Der Beginn des ACP variiert von Erkrankung zu Erkrankung. Um beim Beispiel der Herzinsuffizienz zu bleiben, wäre die erste kardiale Dekompensation unter optimierter Herzinsuffizienztherapie der späteste Zeitpunkt mit einem ACP zu beginnen. Ähnlich ist es bei der COPD [20, 21].

Im Gegensatz dazu sollte beim M. Parkinson sehr früh mit einem ACP begonnen werden, da

der M. Parkinson in 80 % mit einer Demenz einhergeht, und der Beginn vor einer kognitiven Verschlechterung liegen muss. Leider zeigt die Literatur sehr deutlich, dass dies nur bei 10 % der Patientinnen und Patienten der Fall ist, bei den meisten Patientinnen und Patienten wird entweder gar nicht oder zu spät, also in der fortschreitenden Demenz, an ein ACP gedacht [22].

Abschließend kann also festgehalten werden, dass an ACP selten zu früh, meist aber viel zu spät gedacht wird. Die Implementierung von ACP ist ein Prozess, der angestoßen und sowohl von den Fachgesellschaften, den Gesundheitsversorgern aber auch den Patientenvertretungen mitgetragen werden muss, um die Autonomie der betroffenen Personen am Lebensende zu stärken. Wenn man ein funktionierendes ACP umsetzen kann, geht dieser Prozess mit einer höheren Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und einer verbesserten Lebensqualität am Ende des Lebens einher, ohne die Lebensdauer der Patientinnen und Patienten zu verkürzen. Zusätzlich steigt nicht nur die Anzahl, sondern auch die Qualität der erstellten Patientenverfügungen, sodass diese im Bedarfsfall besser anwendbar sind.

Die klinische Perspektivenkonferenz (KPK)

Auch ohne flächendeckend umgesetztes ACP-Konzept gibt es eine Möglichkeit, Übertherapie in kritischen Phasen der Erkrankung oder am Lebensende zu vermeiden. Hier eignet sich die klinische Perspektivenkonferenz, ein Konzept welches 2019 im Rahmen des Kongresses der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin erstmalig vorgestellt wurde und seither vielfältig eingesetzt wird.

Die KPK ist eine interprofessionelle und multidisziplinäre Konferenz aller in die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten involvierten medizinischen Fachdisziplinen. Es werden basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen unter Verwendung von Scores zur individuellen Risikoabschätzung und nach Maßgabe der Er-

fahrung der Behandlerinnen und Behandler die Outcome-Wahrscheinlichkeiten der Patientinnen und Patienten abgeschätzt, um ein adäquates Therapieziel festzulegen und die Indikation für technisch mögliche medizinische Behandlungen abzuwägen. Zur Abschätzung der mit einem Eingriff assoziierten Mortalität eignen sich die eingangs beschriebenen Scores. Für die rasche Evaluierung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und die Abschätzung der Gebrechlichkeit als hochsignifikante Outcomeparameter eignen sich besonders einfach durchzuführende Scores wie der ADL-Score und die »Dalhousie Frailty Scale« [9–11]. Beide Scores sind, im Falle einer schweren Erkrankung oder bei aufwendiger Behandlung, wenn sie schlecht ausfallen, mit erhöhter Sterblichkeit und eingeschränktem Rehabilitationspotenzial verknüpft. Dies ermöglicht dem Team an Behandlerinnen und Behandlern gegebenenfalls nicht nutzbringende Behandlungen zu vermeiden und den Patientinnen und Patienten sinnvolle alternative Therapieoptionen bzw., wenn keine kurativen Therapieoptionen zur Verfügung stehen, rechtzeitig palliativmedizinische Maßnahmen anzubieten.

Zusammenfassend stellt die KPK also eine Möglichkeit dar, die ärztliche Entscheidungsfindung im Sinne der betreuten Patientinnen und Patienten leichter zu machen, da der sorgfältig erhobene Wille der Patientinnen und Patienten als Basis in die Entscheidungsfindung mit einfließt. So kann ein »gutes Leben am Ende des Lebens« entsprechend den Wünschen und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten besser ermöglicht und Übertherapie verhindert werden.

Therapiezieländerung

Die Medizinethiker Tom I. Beauchamp und James F. Childress entwickelten an der Georgetown University 4 Prinzipien ärztlichen Handelns, die sich in der Medizinethik durchgesetzt haben und auch als »Georgetown-Mantra« bezeichnet werden [23]. Diese 4 Prinzipien ethisch begründeten Entscheidens und Handelns werden wie folgt beschrieben:

T	Formuliere das Therapieziel
R	Reevaluiere das Therapieziel regelmäßig und kritisch
I	Stelle sicher, dass es für die laufende Therapie eine Indikation gibt, und dass die Therapie geeignet ist, das Therapieziel zu erreichen
K	Stelle sicher, dass jede diagnostische Maßnahme eine Konsequenz hat, die die Patientin/den Patienten und das Team dem angestrebten Therapieziel näher bringt
K	Stelle sicher, dass weiterhin ein Konsens der Patientin/des Patienten für alle laufenden und geplanten Maßnahmen besteht

Abb. 1 | Hilfestellung, um Übertherapien zu erkennen und zu vermeiden; modifiziert nach Michalsen et al. [26]

- **Respekt vor der Autonomie:** Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person das Recht zu, eigene Ansichten zu haben, eigene Entscheidungen zu fällen und Handlungen zu vollziehen, die den eigenen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei hat die Patientin oder der Patient das Recht ohne Angaben von Gründen eine medizinisch indizierte Handlung abzulehnen (Recht auf Unvernunft). Die Patientin oder der Patient muss dabei nachweislich über die Konsequenzen – bis hin zum Tod – aufgeklärt werden. Das Behandlungsteam muss die Patientinnen und Patienten durch eine angemessene Aufklärung (Aufklärungspflicht) in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen, und sie so in die Lage versetzen eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Die Patientinnen und Patienten haben das Recht den angebotenen medizinischen Maßnahmen mit allen Konsequenzen zuzustimmen oder sie abzulehnen [24]. Die Patientin oder der Patient kann aber auch auf eine Aufklärung verzichten (Recht auf Nichtwissen). Vom Behandlungsteam sollte dies dann zeitnah und ausführlich dokumentiert werden, dass die Patientin oder der Patient darauf aufmerksam gemacht wurde, dass die geplante medizinische Handlung Risiken birgt. Die Autonomie

als Schutzrecht ist auch im österreichischen Strafrecht §110 StGB verankert [25]. Eine medizinische Behandlung gegen den Willen einer Patientin oder eines Patienten ist eine eigenmächtige Heilbehandlung und juristisch sanktionierbar, selbst dann, wenn die Handlung indiziert, *lege artis* und erfolgreich durchgeführt wurde.

- **Prinzip des Nichtschadens:** Im Sinne des *primum nihil nocere* darf man der Patientin oder dem Patienten keinen Schaden zufügen. In diesem Sinn müssen Nutzen und Schaden einer Behandlung gegeneinander abgewogen werden. Der Nutzen muss den Schaden deutlich überwiegen. Gerade bei den zum Teil sehr aufwendigen Behandlungsverfahren der modernen Medizin (z. B.: Chemo, extrakorporeale Membranoxygenierung [ECMO], Ventricular Assist Device [VAD]) muss das Prinzip der Schadensvermeidung in den Vordergrund treten. Die unkritische und rein an der Machbarkeit orientierte Anwendung dieser invasiven Therapiekonzepte ist häufig Ursache für Übertherapie, weil sowohl das angestrebte kurative Therapieziel als auch der von der Patientin oder dem Patienten gewünschte Zustand nicht erreicht werden kann. Im Positionspapier von Michalsen werden nicht nur die Gründe, die zur Übertherapie führen,

aufgearbeitet, sondern mit dem Akronym »TRIKK« auch eine einfache und merkfähige Anleitung zur Vermeidung von Übertherapie formuliert ▶ Abbildung 1 [26].

- **Prinzip des Wohltuns:** Im Rahmen des Prinzips des Wohltuns sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, Schaden für die betreuten Patientinnen und Patienten zu verhindern und deren Wohlergehen aktiv zu fördern. Um deren Nutzen zu bestimmen, bedarf es einer sorgfältigen Analyse und Bewertung der geplanten Maßnahmen und deren Auswirkung in Bezug auf das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten.
- **Prinzip der Gerechtigkeit:** Das Prinzip der Gerechtigkeit betrifft sowohl die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten (*ius suum*), als blickt es auch gleichzeitig über diese hinaus auf die gerechte Verteilung der Ressourcen im Gesundheitssystem (Verteilungsgerechtigkeit). Gerechtigkeit fordert für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten im Sinne des *ius suum* eine angemessene und verhältnismäßige, indizierte Behandlung. Bei der Verteilungsgerechtigkeit geht es um den gleichen (=fairen) Zugang zu den Ressourcen eines Gesundheitssystems für alle Menschen. Grundvoraussetzung für die gerechte Verteilung der Ressourcen ist eine strenge Indikationsstellung, die sich am individuellen Therapieziel jeder Patientin und jedes Patienten orientieren muss [3, 24].

Während einer laufenden Therapie ist das Behandlungsteam verpflichtet, die Therapieziele und die begonnenen Behandlungsmaßnahmen regelmäßig auf Gültigkeit, Wirksamkeit und Nutzen zu reevaluieren. Eine Therapiezieländerung ist geboten, wenn sich eine der beiden Säulen ändert: Entweder hat sich der Wille der Patientin oder des Patienten geändert, oder die Indikation für die Therapie ist nicht weiter gegeben. Dies kann auch der Fall sein, wenn im Rahmen eines Therapieversuchs das primär angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden konnte. Bei nicht lösbarer Uneinigkeit im Team der Behandlerinnen und Behandler über das Therapieziel und die gesamtmedizinische Indikationsstellung, aber auch zur Unterstützung der Kommunikation im

Team bzw. mit schwierigen Angehörigen sollte die Möglichkeit einer klinischen Ethikberatung durch ein klinisches Ethikkomitee zur Unterstützung wahrgenommen werden.

Wird eine Therapiezieländerung ausgesprochen, so ist diese lt. Empfehlung der ARGE Ethik der ÖGARI täglich zu reevaluieren – bei unveränderter Situation zu bestätigen oder mit schriftlicher Begründung zu ändern [7]. Sollte sich der Zustand der Patientin oder des Patienten verbessern oder verschlechtern, so ist dem im Rahmen der Reevaluierung des Therapieziels Rechnung zu tragen und das anzustrebende Therapieziel neuerlich anzupassen.

Maßnahmen, die im Rahmen einer Therapiezieländerung gesetzt werden können

Wird eine Therapiezieländerung bei einer hospitalisierten Patientin oder einem hospitalisierten Patienten durchgeführt, können verschiedene Maßnahmen gesetzt werden, um die Durchführung unverhältnismäßiger Therapien zu vermeiden. Dabei ist die einheitliche Verwendung einer korrekten Nomenklatur für die zu setzenden Maßnahmen entscheidend [7, 27].

- **DNR (do not resuscitate)** untersagt eine mechanische, medikamentöse oder elektrische Reanimation. Alle anderen begonnenen oder geplanten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, sofern sie weiterhin indiziert sind, sind gerechtfertigt.
- Im Rahmen eines **DNE (do not escalate)** werden antizipatorisch bestimmte Maßnahmen ausgeschlossen, da sie für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten nicht mehr nutzbringend/wirkungsvoll wären. Eine DNE-Order kann eine technisch machbare medizinische Handlung ausschließen (z. B. Gabe von Medikamenten, Intubation, Nierenersatztherapie, ...) und auch das Unterlassen diagnostischer Maßnahmen umfassen (z. B. Labor, CT, MRT, Ultraschall etc.). Wesentlich ist, dass die DNE-Order eine genaue Spezifizierung der begrenzten oder nicht zu beginnenden Maßnahmen enthält.

- **RID (reevaluate indication and deescalate)** bedeutet, dass die Indikation für gesetzte Maßnahmen und der Wille der Patientinnen und Patienten in regelmäßigen Abständen reevaluiert werden müssen. Bei fehlender Indikation sind diese Maßnahmen zu beenden. Dabei ist zu beachten, dass es medizinisch und juristisch gleichwertig ist, ob eine Therapie bei fehlender Indikation nicht begonnen (z.B. keine ECMO-Implantation, keine Dialyse, keine Transfusion, ...) oder die bereits begonnene Therapie beendet wird (terminales ECMO weaning, Beendigung der Beatmung, Beendigung der Herz-kreislauftherapie etc.).
- In der finalen Sterbephase ist eine bestmögliche Symptomlinderung im Rahmen der Maßnahmen einer **CTC (Comfort Terminal Care)** Ziel des medizinischen Handelns [17]. Alle wirkungslosen Therapiekonzepte sind zu beenden. Maßnahmen zur Symptom-linderung sind geboten – so auch Opioide im Rahmen der Therapie von Schmerzen oder Atemnot. Mit einer Änderung des österr. Ärztegesetzes § 49a wurde der rechtlichen Absicherung palliativmedizinischer Maßnahmen Rechnung getragen. Absatz 1 schickt voraus, dass die Ärztin oder der Arzt Sterbenden, die von ihr/ihm in Behandlung übernommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen hat. Absatz 2 (Fassung vom 30.01.2025) stellt klar: »... es ist bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.« [6].

Hier noch ein klinisch wichtiger Hinweis, da diese Situation immer wieder in der Praxis Fragen aufwirft und in der Durchführung Probleme macht: Im Rahmen einer CTC sollte bei Patientinnen und Patienten mit einem ICD zur Vermeidung unnötiger schmerhafter Schocks in der Sterbephase die Schockfunktion deaktiviert werden, die antitachykardie Pacing-Funktion kann gegebenenfalls aktiviert bleiben.

Kommunikation und Interaktion

In den Prozess der Entscheidungsfindung zur Therapiezieländerung sollen alle in die medizinische Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten involvierten Personen eingebunden werden. Entscheidungen können am zielführendsten getroffen und umgesetzt werden, wenn sie sich auf eine Konsentsentscheidung des gesamten Behandlungsteams stützen. Sollte sich das Team nicht einig sein bzw. sollten Konflikte mit Angehörigen bestehen, ist eine klinischen Ethikberatung durch ein klinisches Ethikkomitee empfehlenswert.

Im Rahmen der klinischen Ethikberatung wird im multiprofessionellen Behandlungsteam eine Empfehlung erarbeitet, die vom gesamten Team getragen und klar kommuniziert, die Voraussetzung für ein konfliktfreies Zusammenarbeiten erfüllt.

Kommunikation im multiprofessionellen Team

Medizinische Handlungen sollten vor Durchführung – vor allem bei schwerer und/oder fortgeschritten Erkrankung – im Team der Behandlerinnen und Behandler besprochen werden. Teamentscheidungen müssen auf allen verfügbaren Informationen und Einschätzungen aus den Perspektiven der unterschiedlichen Behandlerinnen und Behandler basieren. Ausführliche Erörterungen werden notwendig, wenn Unklarheiten über die Prognose oder das anzustrebende Therapieziel bestehen – wenn z.B. nicht alle Teammitglieder das gleiche »Bild« der Patientin oder des Patienten sehen.

In multidisziplinären Teambesprechungen sollen die unterschiedlichen Standpunkte und Erfahrungen aller Teammitglieder diskutiert werden. Jedes Teammitglied darf unabhängig von Berufsgruppe und Hierarchie ohne Angst vor Missachtung oder Bloßstellung frei sprechen und muss gehört werden.

Im Falle einer Therapiezieländerung hat die zuständige Fachärztin oder der zuständige Facharzt

der Station, auf der die Patientin oder der Patient behandelt wird, die Aufgabe sicherzustellen, dass die mit der beschlossenen Therapiezieländerung verbundenen Informationen klar und unmissverständlich allen anderen involvierten Behandlerinnen und Behandlern (nachgeordneten ärztlichen Diensten, Pflegepersonal und allen übrigen an der Behandlung beteiligten Gesundheitsmitarbeitenden) sowie auch den Angehörigen/Stellvertreterinnen und Stellvertretern kommuniziert werden. Die Übergabe dieser Informationen muss fester Bestandteil bei Dienstübergaben im ärztlichen und pflegerischen Bereich sein.

Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen

Im Behandlungsverlauf sollte frühzeitig mit der Durchführung strukturierter Angehörigengespräche begonnen und diese Inhalte auch entsprechend dokumentiert werden. Sollte die Patientin oder der Patient so schwer erkrankt sein, dass sie dazu selbst nichts sagen kann, und keine Patientenverfügung (PV) oder Vorsorgevollmacht vorliegen, ist mithilfe der Angehörigen der Versuch zu unternehmen, etwas über die Wünsche und Wertvorstellung (mutmaßlichen Willen) der Patientin oder des Patienten zu erfahren – auch wenn diese keine offizielle Stellvertretungsfunktion haben. Sollte der Zustand anhalten, dass eine Patientin oder ein Patient ohne selbst getroffene Vorsorge länger nicht für sich sprechen kann, so ist eine Stellvertretung im Sinne des 2. Erwachsenenschutzgesetzes zu initiieren. Die Gespräche rund um die Wünsche und Wertvorstellungen einer Patientin oder eines Patienten dienen dem gegenseitigen Informationsgewinn und mittelbar auch der Schaffung einer verlässlichen Vertrauensbasis. Sie sollten folgende Punkte umfassen:

- Einholen medizinischer und persönlicher Informationen zur Patientin oder zum Patienten bezüglich deren Wünschen und Wertvorstellungen
- umfassende Aufklärung der Patientin/Stellvertreterin/des Patienten/Stellvertreters über

Diagnose, aktuelle Therapieziele und die individuelle Prognose

- Einschätzung der Angehörigen; Erkennen von Konfliktpotenzialen; Anbieten einer psychologischen Unterstützung; Festlegen eines Familiensprechers zur Übermittlung der Gesprächsinhalte, bei denen nicht alle Angehörigen anwesend sind
- Angehörigengespräche erfordern einen ruhigen Rahmen, eine klare zeitliche Planung und die vorherige Festlegung der Besprechungsteilnehmenden. Es ist sinnvoll, die betreuenden Pflegepersonen bei diesen Gesprächen einzubinden. Angehörige haben ein hohes Informationsbedürfnis und wenden sich nach einem ärztlichen Gespräch häufig an das Pflegeteam. Durch die Anwesenheit der Pflegepersonen beim Angehörigengespräch kann sichergestellt werden, dass die Informationsweitergabe der Pflege sich dem im Angehörigengespräch verwendeten Wortlaut/Inhalt anpasst. Die überwiegende Erfahrung zeigt, dass bei gutem und aufrichtigem Umgang mit den Angehörigen und bei umfassender und rechtzeitiger Aufklärung über den Entscheidungsprozess Konfliktsituationen selten sind, wobei sich Konflikte nicht immer vermeiden lassen. In solchen Einzelfällen sollte eine Ethikberatung angedacht werden.
- Es ist sehr wichtig zu beachten, dass Angehörigen keinesfalls Behandlungsentscheidungen abverlangt werden dürfen, zu denen sie weder legitimiert noch in emotionalen Extremsituationen in der Lage wären.

Fazit für die Praxis

Um wieder zurückzufinden zu mehr Menschlichkeit in unserer modernen, häufig an der Machbarkeit orientierten Medizin, brauchen Mitarbeitende im Gesundheitswesen fundiertes Wissen über klinische Ethik (und Recht) als Basis für ihre Entscheidungsfindung bei den bekannt schwierigen Themen (z. B. end of life decisions, etc.). Eine verpflichtende medizinethische Aus- und Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte, die bereits im Studium beginnen und sich postpromotionell fortsetzen muss, sollte neben der Ver-

mittlung eines umfassenden medizinischen Wissens auch immer darauf hinweisen, dass Sterben zum Menschsein gehört und immanenter Teil des Lebens ist, und auch durch noch so hochqualifizierte Medizin nicht verhindert werden kann. Wir können durch den nicht (mehr) indizierten Einsatz moderner medizinischer Maßnahmen – ohne sinnvolles Therapieziel – das Leben, aber auch das Leiden verlängern. Diese allgemeinen negativen Folgen, sowohl für Patientinnen und Patienten (die wir chronisch kritisch krank machen) wie auch deren Angehörige (die unbegründet ein posttraumatisches Stresssyndrom erleiden) und auch für uns als Behandlungsteam (Futility als der häufigste Grund für Burnout), bedrohen die Ressourcen unseres noch reichen Gesundheitssystems. Auch werden ärztliche Entscheidungen in der Zukunft sicher nicht leichter, sondern eher noch komplexer werden durch neue Fragestellungen rund um immer teurer werdende Behandlungsmöglichkeiten, big data, artificial intelligence und komplexe Netzwerkanalytik, die unser Wissen und Verständnis von Medizin verändern werden.

Es muss zukünftig vermehrt das Verständnis dafür vermittelt werden, dass eine rechtzeitige Therapiezieländerung und der Verzicht auf eine machbare, aber wirkungslose Therapie eben nicht das Vorenthalten einer sinnvollen Therapie bedeutet, sondern die Vermeidung potenziell großen Schadens durch Übertherapie. Neben dem Einsatz indizierter Therapien muss es unser Ziel sein, die Autonomie unserer Patientinnen und Patienten zu stärken und ihnen am Ende ihres Lebens ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Zusammenfassung

Therapieentscheidungen müssen medizinethische Gesichtspunkte berücksichtigen, um »moral distress«, Burnout und emotionale Erschöpfung in medizinischen Teams zu vermeiden und das Risiko traumatischer Belastungsstörungen der Angehörigen zu verringern. Zur Vermeidung von Übertherapie wäre vor allem für chronisch Kranke oder Hochrisikopatientinnen und -patienten

ein Advance Care Planning (ACP) sinnvoll. Nach stationärer Aufnahme sollte bei schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung eine klinische Perspektivenkonferenz (KPK) durchgeführt werden. Die KPK ist eine interprofessionelle und multidisziplinäre Besprechung aller in die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten involvierten medizinischen Fachdisziplinen. Es werden basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, unter Verwendung von Scores zur individuellen Risikoabschätzung und nach Maßgabe der Erfahrung der Behandelnden die Outcome-Wahrscheinlichkeiten der Patientinnen und Patienten abgeschätzt, um gemeinsam ein adäquates Therapieziel festzulegen und die Indikation für technisch mögliche medizinische Behandlungen abzuwagen. Laufende medizinische Maßnahmen sind regelmäßig auf ihre Indikation kritisch zu überdenken. Ist entweder die Indikation oder die Zustimmung der Patientin oder des Patienten nicht mehr gegeben, ist eine Therapiezieländerung anzustreben. Die Weitergabe von Informationen zu getroffenen Entscheidungen muss fester Bestandteil bei Dienstübergaben im ärztlichen und pflegerischen Bereich sein. Ebenso sollten die Inhalte der durchgeführten strukturierten Angehörigengespräche dokumentiert und dem Behandlungsteam kommuniziert werden.

Fruhwald S, Friesenecker B, Dier H:
Ethical treatment decisions in the intensive
care unit

Summary: Medical treatment decisions must consider ethical aspects to avoid moral distress, burnout, and emotional exhaustion in medical teams and to reduce the risk of traumatic stress disorders in relatives. To prevent overtreatment, advance care planning (ACP) would be particularly beneficial for chronically ill or high-risk patients. After hospital admission, a clinical perspective conference (CPC/KPK) should be conducted in cases of difficult medical decision-making. CPC is an interprofessional and multidisciplinary meeting of all medical disciplines involved

in a patient's treatment. Based on scientific evidence, using scores for individual risk assessment, and according to the experience of the treating physicians, the patient's outcome probabilities are estimated, lead to a joint determination of an adequate treatment goal and weigh the indication for technically possible medical treatments. Ongoing medical treatments should be regularly and critically reviewed for their indication. If either the indication or the patient's consent is no longer given, a change in treatment goals must be considered. The communication of information on decisions made must be a mandatory part of shift handovers for both, doctors and nurses. Similarly, the contents of structured conversations with relatives should be documented and communicated within the treatment teams.

Keywords: advance care planning – clinical perspective conference – indication – treatment goal – change of treatment goal – overtreatment

Literatur

1. Radtke JS, Götz J, Gielen S, Fischer F. Bettenkapazitätsanalyse für eine internistische Intensivstation. Retrospektive Analyse und Projektion des Intensivbettenbedarfs bei über 65-Jährigen mit ausgewählten kardiovaskulären Erkrankungen. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021; 116: 322–331.
2. Statista. Durchschnittliche Anzahl von Intensivbetten in Krankenhäusern ausgewählter Länder im Jahr 2021. (Betten je 100.000 Einwohner). (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1111057/umfrage/intensivbetten-je-einwohner-in-ausgewahlten-laendern/>). Zugegriffen: 18.07.2025.
3. Friesenecker B, Gasser G, Frühwald S, Hasibeder W, Dier H, Valentin A. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. *Anästhesie Nachr* 2024; 6: 220–224.
4. Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J, Michalsen A, Dutzmann J, Hortog C, et al. Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen der DIVI, der DGNA, der DGAI, der DGIIN, der DGNI, der DGP, der DGP und der AEM. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2020; 115: 477–485.
5. Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schröder S, Michalsen A, Dey K, et al.; SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life care“. Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation. *Anaesthesist* 2018; 67: 850–858.
6. Rechtsinformationssystem des Bundes. Ärztegesetz 1998. BGBl. I. Nr. 169/1998 zuletzt geändert durch BGBl. I. Nr. 20/2019. Beistand für Sterbende. Gesetzesnummer: 10011138. (<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138&FassungVom=2024-11-11&Artikel=&Paragaf=49a&Anlage=&Uebergangsrecht=>). Zugegriffen: 18.07.2025.
7. Friesenecker B, Frühwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, et al.; Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI). Therapiezieländerungen auf der Intensivstation Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2013; 48: 216–223.
8. 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; 112: 570–579.
9. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20–30.
10. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergmann H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489–495.
11. Costa D, Aladio M, Girado CA, Perez de la Hoz R, Berensztein CS. Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. *Int J Cardiol Heart Vasc* 2018; 21: 103–106.
12. Rechtsinformationssystem des Bundes. Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch § 24 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 02.02.2025. (<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011622&FassungVom=2025-02-02&Artikel=&Paragaf=24&Anlage=&Uebergangsrecht=>). Zugegriffen: 18.07.2025.
13. Neitzke G. Ermittlung des Patientenwillens. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2019; 54: 474–483.
14. Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG) StF: BGBl. I Nr. 55/2006. (www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20004723/PatVG%2c%20Fassung%20vom%2026.02.2024.pdf?FassungVom=2024-02-26). Zugegriffen: 18.07.2025.
15. Jox R, Ach JS, Schöne-Seifert B. Patientenverfügung bei

- Demenz: Der „natürliche Wille“ und seine ethische Einordnung. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111: 394–396.
- 16.** Goldwater DS, Pinney SP. Frailty in Advanced Heart Failure: A Consequence of Aging or a Separate Entity? Clin Med Insights Cardiol 2015; 9 (Suppl 2): 39–46.
- 17.** Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C, et al.; ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie 2024; 73: 177–185.
- 18.** in der Schmitten J, Nauck F, Marckmann G. Behandlung im Voraus Planen (Advance Care Planning): Ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. Zeitschrift für Palliativmedizin 2016; 17: 177–195.
- 19.** Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, Heidenreich PA, Jaenicke C, Stough WG, Rich MW; Quality of Care Committee, Heart Failure Society of America. End of life care in patients with heart failure. J Card Fail 2014; 20: 121–134.
- 20.** Rose EK, O'Connor J. Addressing Advance Care Planning in Patients with COPD. Chest 2022; 161: 676–683.
- 21.** Jabbarian LJ, Zwakman M, van der Heide A, Kars MC, Jansen DJA, van Delden JJ, et al. Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices. Thorax 2018; 73: 222–230.
- 22.** Sokol LL, Yound MJ, Paparian J, Kluger BM, Lum HD, Besbris J, et al. Advance care planning in Parkinson's disease: ethical challenges and future directions. NPJ Parkinsons Dis 2019; 5: 24.
- 23.** Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6th Edition. Oxford/New York: Oxford University Press; 2008.
- 24.** Marckmann G, Jox RJ. Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen: Auftaktartikel zur Serie „Ethik in der Medizin“. Bayerisches Ärzteblatt 2013; 9: 442–445.
- 25.** Rechtsinformationssystem des Bundes. Strafgesetzbuch. BGBI. I. Nr. 60/1974. Eigenmächtige Heilbehandlung. Gesetzesnummer: 10002296. (<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296&FassungVom=2015-06-05&Artikel=&Paragraf=110&Anlage=&Uebergangsrecht=>). Zugriffen: 18.07.2025.
- 26.** Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, Rogge A, Seidlein A-H, Jörges S, et al. Overtreatment in intensive care medicine—recognition, designation, and avoidance: Position paper of the Ethics Section of the DIVI and the Ethics section of the DGIIN]. Med Klin Intensivmed Notfmed 2021; 116: 281–294.
- 27.** Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C; ARGE Ethik der ÖGARI. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. Anästhesie Nachr 2023; 5: 134–137.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.



Ao. Univ. Prof. Dr. Sonja Fruhwald
Klinische Abteilung für Herz-, Thorax- und
Gefäßanästhesie
Universitätsklinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 5
A-8036 Graz

Sonja.fruhwald@medunigraz.at