

Basierend auf den aktuellen SAMW-Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen»

Therapieeinschränkungen und -abbruch in der Intensivmedizin

Reto Stocker

Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinik Hirslanden, Zürich, Switzerland

Summary

Therapy restrictions and therapy discontinuation in the intensive care setting based on the current SAMW guidelines

The development of intensive care over past decades now makes it possible for patients to be kept alive for a longer period of time. Nonetheless, some of these patients subsequently pass away either in the intensive care unit, in the hospital or shortly after being discharged from the hospital, or are unable to return to a life that is appropriate to their preferences and attitudes. When such a situation can be anticipated, it is necessary to make an active decision whether to restrict therapy or even terminate it, across the range of indispensable intensive care measures. This thus prevents patients with unfavorable prognoses or their family members from being faced with unnecessary suffering and strain, thereby allowing the cost-intensive treatment to be administered to other patients who may benefit from it. Establishing a prognosis that is not restricted only with respect to life is, however, one of the greatest challenges of intensive care and must be coordinated, to the extent that this is possible, with the preferences of the patient, often by determining their presumed will.

In order to help facilitate this sometimes difficult task, the Swiss Academy of Medical Sciences (SAMW) has entrusted a broad-based subcommission with the task of formulating guidelines for setting the boundaries of action in intensive care. They were passed by the SAMW 2013 Senate prior to their publication and serve as a reference framework for this article.

Keywords: therapy restriction; end-of-life decisions; intensive care; ethics

Einführung

Seit der Entstehung der Intensivmedizin haben sich die Möglichkeiten der Lebenserhaltung mit technischen und medikamentösen Mitteln in hohem Masse weiterentwickelt. Entsprechend sind auch in der Bevölkerung die Erwartungen an die Erfolgsaussichten medizinischer Behandlungen bis ins höchste Lebensalter gestiegen. Die Intensivmedizin hat dabei gerade im Bereich der hochspezialisierten Medizin sowie bei der Behandlung polymorbider und hochbetagter Patienten einen wesentlichen Anteil an diesen medizinischen Errungenschaften. Allerdings befindet sie sich heute in einem Feld wachsender Spannungen

zwischen Ansprüchen von Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzten, den ethischen Fragestellungen nach der Sinnhaftigkeit bestimmter Interventionen und den von Politikern, Versicherern und Verwaltung vorgegebenen Grenzen des Finanzierbaren. Zusätzlich droht über die nächsten Jahre ein Mangel an hochqualifizierten Mitarbeitern in Pflege und Ärzteschaft, welcher das Risiko in sich birgt, dass die von der Intensivmedizin erwarteten Leistungen nicht mehr erbracht werden können.

Entwicklungen in der Intensivmedizin

Die Intensivmedizin ist ein relativ junges Fachgebiet, das sich in einer heute hochtechnisierten Umgebung mit hochqualifiziertem Pflege- und Facharztpersonal der Behandlung von vital bedrohten oder sogar vital kompromittierten Patienten mit potentiell günstiger Prognose quoad vitam und auch bezüglich der Lebensqualität verschrieben hat. Damit hat dieses Fachgebiet einen wichtigen Anteil an der medizinischen Entwicklung der letzten fünfzig Jahre, ist aber auch mitverantwortlich für die Kostensteigerungen, die das Gesundheitswesen erfahren hat.

Der Beginn der Intensivmedizin geht in die frühen sechziger Jahre zurück. Sie entwickelte sich parallel aus zwei verschiedenen Bedarfssituationen: Zum einen wurde damals erkannt, dass Patienten nach einem akuten Myokardinfarkt in der Frühphase durch potentiell behebbare Rhythmusstörungen vital massiv gefährdet werden konnten. Deshalb monitorisierte man solche Patienten und entwickelte gleichzeitig Verfahren zur Behandlung solcher potentiell tödlichen Rhythmusstörungen (inklusive der modernen Reanimationstechniken). Aus logistischen und organisatorischen Gründen wurden die Patienten in geeigneten Räumlichkeiten zusammengefasst, womit die kardiale Intensivstation entstanden war.

Zum anderen traten in den späten fünfziger Jahren die ersten Polioepidemien auf. Es wurde erkannt, dass ein Teil dieser Patienten gerettet werden kann, wenn sie über einen längeren Zeitraum (Wochen bis

Monate) beatmet werden. Die Beatmung wurde zuerst durch Medizinstudenten, später mittels neuentwickelter Beatmungsgeräte («eiserner Lungen») sichergestellt. Auch hier wurden die Patienten mit Personal und Geräten räumlich zusammengefasst, womit eine «respiratorische» Intensivstation entstanden war.

Durch die Weiterentwicklung von Geräten, aber vor allem auch durch Forschung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung wurden die gewonnenen Erkenntnisse gleichermassen für andere Patienten eingesetzt. So sind beispielsweise die Entwicklung der Herzchirurgie, die Behandlung von Schwer-/Brand-, und akut Hirnverletzten/-geschädigten, die Transplantationsmedizin – natürlich zwingend auch die Organspende – und andere grosse chirurgische Interventionen ohne die Intensivmedizin nicht denkbar. Im Laufe der Zeit zeigten sich dank des intensivtherapeutischen Repertoires typisch intensivmedizinische Krankheitsbilder, welche nur dadurch entstehen konnten, dass die Patienten bis zu deren vollen Ausprägung überhaupt überlebten. Dies sind zum Beispiel die schwere Sepsis bzw. der septische Schock, der kardiogene Schock, das akute Lungen-, Leber-, Nierenversagen, das schwere Hirn- und Polytrauma, das tiefe Koma, das sequentielle multiple Organversagen und die Critically-Ill-Polyneuromyopathie. Die immer komplexeren Krankheitsbilder erforderten zahllose technische Entwicklungen wie Multiparametermonitore, Beatmungsgeräte, Nieren-, Leber- und Kreislaufunterstützungs- bzw. Ersatzgeräte. Parallel dazu wurde eine Vielzahl an Medikamenten entwickelt, welche die gestörten Organfunktionen unterstützen und kausale Ursachen (z.B. Infektionen) beheben konnten.

Der Fokus der Grenzen intensivmedizinischen Handelns hat sich in den letzten fünfzehn Jahren deutlich verschoben durch die Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten sowohl zur Sicherstellung des Überlebens in einer akut bedrohlichen Situation als auch zur Lebenserhaltung über einen längeren Zeitraum hinweg. Während zuvor aufgrund der beschränkteren Möglichkeiten Zeitdruck und mithin ungenügende Kenntnisse über den Patienten einen wesentlichen Einfluss auf intensivmedizinische Entscheidungen hatten, befinden wir uns heute immer wieder in der Lage, das Leben mittels apparativem und medikamentösem Support aufrecht zu erhalten, ohne dass der Patient von dieser Therapie wirklich profitieren kann. Aus diesem Grund wird heute bei über neunzig Prozent der Patienten, die auf einer Intensivstation oder unmittelbar danach auf der Abteilung versterben, bewusst

entschieden, die Therapie einzuschränken oder abzubrechen.

Die Entwicklung neuer Techniken in der Chirurgie, Anästhesiologie und von neuen nicht-chirurgischen Interventionen sowie die Sicherheit bei deren Anwendung erlauben es, immer kränkeren und älteren Patienten Therapien anzubieten, die in den neunziger Jahren nicht zur Diskussion standen und zum Teil bereits präinterventionell, sicher aber postinterventionell den Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen notwendig machen. Dazu gehören z.B. grosse herz-/gefässchirurgische und interventionell-kardiologische Eingriffe, (neuro-)radiologische Interventionen, die grosse Tumor- und Metastasenchirurgie (oft in Kombination mit Chemo- und Radiotherapie), viele orthopädisch/traumatologische Eingriffe (Gelenksprothesen, Frakturosteosynthesen, Wirbelsäuleneingriffe), die komplexe Transplantationsmedizin (Lunge-, Leber-, Dünndarm- und Multiorgantransplantation) und die Neurochirurgie, um nur einige zu nennen. Dabei sind weniger die einzelnen Eingriffe per se neu, sondern vielmehr das Ausmass ihrer Anwendung bei alten und multimorbiden Patienten. Auch eine Vielzahl von internistischen, neurologischen und diversen Systemerkrankungen, die zumindest

Wir befinden uns heute in der Lage, das Leben aufrechterhalten zu können, ohne dass der Patient von dieser Therapie wirklich profitieren kann.

vorübergehend zu einer vitalen Gefährdung der oft polymorbiden Patienten führen, wird heute auf Intensivstationen mit multimodalen Therapieansätzen behandelt. Aus der Literatur wissen wir, dass das Alter an sich keinen wesentlich negativen Einfluss auf den mittelfristigen Outcome hat, die Komorbiditäten (die natürlich häufig mit dem Alter kovariieren) jedoch schon. Zudem muss beim alten Menschen auch die spontane Lebenserwartung, die naturgemäss kürzer ist als bei jüngeren, in Betracht gezogen werden, wobei alte Menschen eine deutlich grössere Chance haben, sehr alt zu werden als jüngere (positive Selektion). Von Patienten mit metastasierenden Karzinomen wissen wir andererseits, dass zwei Jahre nach Intensivtherapie weniger als 5 Prozent der Patienten noch am Leben sind (1). Deshalb muss bei einer Intensivtherapie in dieser Population nicht nur das Überleben per se, sondern vor allem auch die antizipierbare Lebensqualität, durchaus auch über einen nur beschränkten Zeitraum, im Fokus der Behandlungen stehen.

Nicht zuletzt sind die Ansprüche von Patienten und Angehörigen, aber auch von Ärzten an die medizinische Versorgung sowie die Vorstellungen darüber, was die moderne Medizin leisten sollte, stetig gewachsen. Damit sind auch Konflikte vorprogrammiert, die auf unterschiedlichen Einschätzungen von Möglichkeiten und Sinnhaftigkeit einer intensivmedizinischen Versorgung beruhen.

Die Subkommission der SAMW «Intensivmedizinische Massnahmen» hat versucht, mit neuen Richtlinien diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen [2]. Eine grosse Herausforderung bestand dabei darin, in den Empfehlungen die Patientenautonomie bzw. den mutmasslichen Willen einer nicht (mehr) urteilsfähigen Person im Kontext der Intensivmedizin adäquat zu gewichten. Nachdem bis in die neunziger Jahre noch eine eher paternalistische Haltung gegenüber Patienten und Angehörigen vorherrschte, bei welcher der Arzt in der Regel wusste, was für den Patienten gut ist, hat sich diese Haltung während der letzten Jahre zunehmend gewandelt. Endpunkt dieser Entwicklung stellt das seit Januar 2013 geltende Kinder- und Erwachsenenschutzgesetz dar, welches die Patientenautonomie, wohl aus Erkenntnissen aus der Vergangenheit, stark gewichtet [3]. In diesem Gesetz wurde vorwiegend berücksichtigt, dass das Recht, (auch sinnvolle) Therapien und Interventionen abzulehnen, durch rechtlich bindende Patientenverfügungen, Einsetzen einer rechtlichen Vertretungsperson oder durch die Erwachsenenschutzbehörde gesichert werden muss. Dass die gleichen Instrumente allerdings auch genutzt werden könnten, um das Ausschöpfen sämtlicher Therapiemöglichkeiten zu verlangen, auch wenn die Ziele der Intensivmedizin damit nicht erreicht werden können, wurde weniger berücksichtigt. Die Kommission hat hier versucht, den Einfluss der Experten zu erhalten.

Begriffsklärungen

Unter Berücksichtigung der medizinethischen Grundsätze muss zuerst die *Prognose* und die zu erwartende *Lebensqualität* im intensivmedizinischen Kontext definiert werden, da sich die Frage, ob eine intensivmedizinische Massnahme zur Lebenserhaltung dem Wohl des Patienten dient oder ihm Schaden zufügt, zum einen an der Prognose des künftigen Gesundheitszustands des Patienten bemisst und zum anderen an dessen eigenen Vorstellungen davon, unter welchen Bedingungen er (noch) leben bzw. am Leben erhalten werden will (Lebensqualität) [2]. Die Prognose als Grundlage zur Bewer-

tung der Sinnhaftigkeit intensivmedizinischer Massnahmen und damit der Ziele der Intensivbehandlung ist demzufolge die Abschätzung, ob der Patient in ein Lebensumfeld zurückkehren kann, dessen Qualität mit seinen Haltungen und Präferenzen vereinbar ist. Dabei ist zu akzeptieren, dass die Schwelle dessen, was noch als angemessen bezeichnet wird, von Patient zu Patient erheblich variieren kann [2]. Aufgrund der Unsicherheiten in der Beurteilung der oft komplexen medizinischen Ausgangslage, dem zu erwartenden Outcome sowie der Präferenzen des Patienten gehört die Abschätzung der rein medizinischen Prognose nach wie vor zu den sehr schwierigen Aufgaben der Intensivmedizin, insbesondere da mitberücksichtigt werden muss, dass die Langzeitmortalität und -morbidity im Vergleich zu einem Kollektiv von Patienten ohne Intensivbehandlung deutlich erhöht sind. Massgeblich für intensivmedizinische Entscheide ist deshalb primär die Prognose bezüglich des Überlebens des akuten lebensbedrohlichen Zustands sowie der dann zu erwartenden Lebensqualität, dagegen nicht die mittel- oder längerfristige Lebenserwartung [2]. Die Prognose bezüglich der Lebensqualität ist äusserst komplex: Nicht nur ist die Prognose der zu erwartenden Funktionsfähigkeit im Alltag unsicher, auch die subjektive Bewertung von Einschränkungen und Behinderungen ist sehr individuell, weshalb die zu erwartende Funktionsfähigkeit nicht einfach mit Lebensqualität gleichgesetzt werden kann. Da der Patient in der kritischen Phase meist nicht zu ausführlichen Erörterungen fähig ist und häufig keine Patientenverfügung vorliegt, ist das Gespräch mit Menschen, die dem Patienten nahestehen, oft der einzige Weg, um Hinweise auf seine Einschätzungen und Präferenzen zu erhalten.

Wenn die Zielerreichung der Intensivtherapie in Frage gestellt ist, sind intensivmedizinische Massnahmen entweder aussichtslos oder wirkungslos, wobei diese Kriterien klar unterschieden werden müssen. «*Aussichtslos*» (in der englischsprachigen Literatur oft unscharf mit dem Begriff «*futile*» beschrieben) ist eine Therapie dann, wenn entweder von vornherein oder aber im Verlauf der Behandlung festgestellt werden muss, dass der Patient nicht mehr in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann. Was ein angemessenes Lebensumfeld bedeutet, hängt dabei vom Willen und den Präferenzen des Patienten ab, muss aber mindestens eine ausserhalb der Intensivstation realisierbare Langzeitbetreuung beinhalten [2]. Wenn die Therapie aussichtslos ist, muss sie im Sinne des Nichtschadens abgebrochen werden. «*Wirkungslos*» ist eine Therapie

dann, wenn das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wird, selbst wenn eine kurzzeitige Verbesserung einzelner physiologischer Parameter erzielt werden kann. In der Folge zeigt sich typischerweise eine Verschlechterung des Zustands des Patienten unter maximaler Intensivtherapie, ohne dass eine potentiell behebbare Ursache gefunden wird [2]. Ob eine grundsätzlich indizierte Therapie wirkungslos ist, lässt sich erst feststellen, wenn sie effektiv begonnen und über einen bestimmten Zeitraum, der aufgrund der Umstände zu definieren ist (z.B. 24–48 Std.), adäquat durchgeführt wurde [2]. Damit ein hoher Anteil wirkungsloser Therapien von längerer Dauer vermieden werden kann, ist nach sorgfältiger Analyse der Wahrscheinlichkeit, ob die für den Patienten avisierten Ziele noch zu erreichen sind, zu entscheiden, ob und in welchem Umfang die Intensivtherapie weitergeführt werden soll.

Einbezug von Patient und Angehörigen unter Berücksichtigung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts

Das neue Erwachsenenschutzrecht [3] hält fest, dass nicht nur wie bis anhin eine urteilsfähige Person festlegen kann, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt und welche sie ablehnt, sondern dass sie auch eine Person bezeichnen kann, die an ihrer Stelle über die medizinischen Massnahmen *entscheiden* soll.

Die Ärzte sind verpflichtet, einer allfälligen Patientenverfügung zu entsprechen, ausser wenn sie unzulässige Anweisungen enthält (direkte aktive Sterbehilfe) oder wenn sie begründete Zweifel hegen, dass sie dem Willen des Patienten entsprechen. Hat die urteilsunfähige Person keine Patientenverfügung formuliert oder ist die Patientenverfügung wegen Formmängeln rechtungültig, dann berücksichtigen die vertretungsberechtigten Personen den mutmasslichen Willen und die Interessen des Patienten. Das neue Erwachsenenschutzrecht legt fest, welche Personen der Reihe nach berechtigt sind, anstelle des Patienten über medizinische Massnahmen zu entscheiden. Falls Uneinigkeit besteht, die auch in Gesprächen nicht ausgeräumt werden kann, muss die Kinder- bzw. die Erwachsenenschutzbehörde (früher Vormundschaftsbehörde) eingeschaltet werden.

Wie bereits oben erwähnt, fokussiert das Kinder- und Erwachsenenschutzgesetz u.a. auf die Stärkung der Patientenautonomie. Dies vor allem im Bestreben, Patienten, die Interventionen ablehnen, rechtlich zu unterstützen. Allerdings werden die Intensiv-

mediziner heute zunehmend mit Forderungen konfrontiert, Therapien anzuwenden, welche weit über das medizinisch Sinnvolle hinausgehen und nicht selten die Prinzipien «nicht schaden» bzw. «Gerechtigkeit» verletzen würden. Begünstigt wird das u.a. durch die, auch medial geförderte, Hochstilisierung der Behandlungsmöglichkeiten und -erfolge. Zudem hat der, in den letzten Jahren ebenfalls durch die Medien geförderte, Vertrauensschwund in die medizinischen Leistungserbringer dazu geführt, dass nicht mehr automatisch davon ausgegangen wird, dass diese von sich aus das maximal Sinnvolle für den Patienten tun. Nicht zuletzt wird dies auch durch Versprechungen alimentiert, die im Vorfeld einer medizinischen Intervention durch die Ärzte gemacht werden.

Da auch die intensivmedizinischen Spezialisten aufgrund der Komplexität von Intensivpatienten selbst bei bestem Weiterbildungs- und Fortbildungsstand häufig nur auf der Basis von Wahrscheinlichkeiten entscheiden können, fragt sich, auf welcher Entscheidungsgrundlage, häufig zusätzlich emotional belastete Laien, aber auch die Erwachsenenschutzbehörde, entscheiden sollen, ob eine Therapie wirklich indiziert und sinnvoll für den Patienten ist. Das Risiko, dass im Zweifelsfall immer zugunsten der Weiterführung der Therapie entschieden wird, ist dabei sehr gross, auch wenn die Erfolgsaussichten noch so klein sein mögen. Aus Staaten, in welchen

Da auch die intensivmedizinischen Spezialisten häufig nur auf der Basis von Wahrscheinlichkeiten entscheiden können, fragt sich, auf welcher Entscheidungsgrundlage Laien und die Erwachsenenschutzbehörde entscheiden sollen, ob eine Therapie wirklich indiziert und sinnvoll ist.

die Angehörigen oder allenfalls der Richter das letzte Wort haben, wissen wir, dass dies in der Intensivmedizin dazu führt, dass die Intensivstationen zunehmend mit Patienten ohne Aussicht auf einen Behandlungserfolg im weiteren Sinne belegt sind, was einerseits den Zugang für solche mit guten Chancen behindert oder gar verunmöglicht, und andererseits die Kosten der Medizin exzessiv in die Höhe treibt, ganz abgesehen von der unnötigen Belastung von Patienten und Angehörigen. Zudem wurde wiederholt gezeigt, dass die Überantwortung solcher Entscheidungen an die rechtlichen Vertreter bzw. Angehörigen oft zu einer schweren Belastungssituation und einem posttraumatischen Stresssyndrom führen kann.

Bei der Erarbeitung der SAMW-Richtlinien versuchte die Kommission deshalb, auch das Recht zur Ablehnung nicht-indizierter Therapien durch den Spezialisten zu thematisieren. So wird z.B. bezüglich des Umfangs der Intensivtherapie festgehalten, dass «der Entscheid, ob und in welchem Umfang eine Intensivtherapie durchgeführt wird, durch das Behandlungsteam (Ärzte, Pflege- und Physiotherapiefachpersonen) unter Einbezug des Patienten bzw. des von ihm eingesetzten rechtlichen Vertreters oder der Angehörigen, *nicht aber durch Delegation* an sie, abgestützt werden muss und dass die letzte Entscheidungsverantwortung, ob eine intensivmedizinische Therapie indiziert ist oder nicht, bei den behandelnden Ärzten der Intensivstation liegt» [2].

Grundsätzlich besteht kein Anspruch auf die Durchführung von medizinisch sinnlosen, d.h. wirkungslosen oder aussichtslosen Therapien. Der Entscheid, eine geforderte intensivmedizinische Massnahme nicht durchzuführen oder abubrechen, muss jedoch nachvollziehbar und verständlich begründet werden. Angehörige, die nicht davon überzeugt werden können, dass die geforderte intensivmedizinische Massnahme das Ziel der Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld nicht erreichen kann, brauchen häufig zusätzliche Zeit und wiederholte Gespräche. In derartigen Situationen kann es hilfreich sein, die

Der Entscheid, eine geforderte intensivmedizinische Massnahme nicht durchzuführen oder abubrechen, muss nachvollziehbar und verständlich begründet werden.

Angehörigen auf die Möglichkeit des Einholens einer Zweitmeinung aufmerksam zu machen und ihnen eventuell eine Verlegung des Patienten in ein anderes Spital anzubieten [2].

Im Umgang mit intensivmedizinischen Patienten sowie mit deren Angehörigen, muss berücksichtigt werden, dass auch bei wachen intensivmedizinischen Patienten Krankheitsgeschehen und Medikamentenwirkungen oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, zu Wahrnehmungstörungen und Angstzuständen führen können [2]. Obwohl der geäußerte oder mutmassliche Wille des Patienten dem Willen der Angehörigen übergeordnet bleibt, kommt den Angehörigen deshalb eine grosse Bedeutung zu. Aus diesen Gründen sollten bzw. müssen diejenigen Personen, die dem Patienten nahestehen oder gar von ihm als gesetzliche Vertreter bezeichnet worden sind, in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Allerdings muss berücksichtigt werden, *dass auch bei den*

Angehörigen die Fähigkeit, das Besprochene zu verstehen, oft stark eingeschränkt ist und deshalb nicht selten über ungenügende Informationen geklagt wird. Es ist deshalb wichtig, dass das *Aufklärungs- und Informationsgespräch* verständlich geführt wird und dass dafür ein realistischer Zeitrahmen – auch für Nachfragen – eingeplant wird. Bei schwierigen Gesprächen kann es sinnvoll sein, am Ende des Gesprächs eine kurze Zusammenfassung des Verstandenen zu erfragen und den Inhalt schriftlich zu dokumentieren [4, 5].

Grenzen intensivmedizinischer Behandlungen

Auf eine Intensivstation aufgenommen bzw. wieder aufgenommen werden Patienten in einem lebensbedrohlichen Zustand oder mit dem Risiko auf Entwicklung eines solchen. Die Intensivtherapie ist bei diesen Patienten aber nur dann indiziert, wenn die Aussicht besteht, dass die Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld möglich ist. Sterbende Patienten sowie Patienten ohne Aussicht darauf, je wieder von intensivmedizinischen Massnahmen unabhängig zu werden, sollen demzufolge unter normalen Umständen nicht auf eine Intensivstation aufgenommen werden.

Die Aufnahme auf eine Intensivstation präjudiziert allerdings nicht, dass bei jedem Patienten alles, was technisch möglich ist, auch in vollem Umfang durchgeführt werden muss. In Abhängigkeit von der Ausgangssituation gibt es verschiedene Grade der Limitierung intensivmedizinischer Interventionen. So kann bei Patienten mit grundsätzlich günstiger Kurzzeitprognose (Spitalentlassung), aber ungünstiger Langzeitprognose (z.B. hohes Alter v.a. mit Komorbiditäten, malignem Grundleiden, chirurgischem Eingriff mit palliativem Charakter) eine möglichst früh und umfassend eingeleitete aber *zeitlich befristete Intensivtherapie* zur Überbrückung vorübergehender Organdysfunktionen oder -versagen indiziert sein. Diese kann so lange weitergeführt werden, solange Aussicht besteht, dass der Patient innerhalb eines vorher zu definierenden Zeitraums die Intensivstation und anschliessend auch das Spital verlassen kann. Schwere Komorbiditäten, eine altersbedingte Beeinträchtigung des Gesundheitszustands und andere Gründe für eine ungünstige mittel- und langfristige Prognose können eine *a priori inhaltlich limitierte Intensivtherapie* (z.B. Verzicht auf Reanimationsmassnahmen, Verzicht auf Beatmung, Nierenersatz usw.) begründen. Dabei ist zu vermeiden, dass aufgrund von Zweifeln an der Wirksamkeit bzw. am Erfolg einer

Intensivtherapie der Therapieausbau limitiert oder das Ausmass einzelner Therapien plafoniert wird, da dies das Risiko beinhaltet, dass eine ungenügende Therapie dem Patienten die Grundlage für eine Erholung entzieht. Eine inhaltliche Therapielimitierung ist deshalb, wenn sie nicht schon vorgängig beschlossen worden ist, nur dann – und ausschliesslich in einem zeitlich eng begrenzten Rahmen – legitim, wenn mehr Zeit zur Entscheidungsfindung benötigt wird. Abgesehen von dieser Situation sollte die Therapie für einen begrenzten Zeitraum voll durchgeführt und eine inhaltliche Therapielimitierung bzw. eine Umstellung auf Palliative Care erst erfolgen, wenn die Aussichtslosigkeit mit hinreichender Sicherheit angenommen werden kann [2].

Entscheidungsprozesse in der Intensivstation

Entscheidungen über die Ziele und den Umfang der Intensivtherapie sollten durch das intensivmedizinische Behandlungsteam (Ärzte, Pflege- und Physiotherapiefachpersonen) mitgetragen werden. Bei weitreichenden Entscheidungen, insbesondere beim medizinischen Entscheid, auf lebenserhaltende Massnahmen zu verzichten oder sie abzubrechen, sollten die vorbehandelnden Ärzte – sowie je nach Situation die nachbehandelnden Ärzte – in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Die Endverantwortung für die Indikationsstellung bleibt beim verantwortlichen Arzt, der auch rechtlich dafür einstehen muss. In der Intensivstation ist dies ein Facharzt für Intensivmedizin. In unklaren Situationen empfiehlt es sich, in festgelegten Zeitabschnitten eine ethische Beurteilung vorzunehmen.

Das Behandlungsteam wird dabei idealerweise von einer nicht direkt an der Behandlung oder Betreuung beteiligten Person oder Personengruppe mit entsprechender Ausbildung unterstützt. Je nach Fragestellung kann der Beizug eines Juristen wertvoll sein.

Zur Entscheidung sollen insbesondere folgende Punkte analysiert werden:

Nutzen

Welche Chancen hat der Patient, wenn die intensivmedizinischen Massnahmen eingesetzt werden? Besteht die Aussicht, dass mindestens eine Betreuung ausserhalb des Spitals längerfristig realisierbar ist?

Schaden

Wie belastend und schmerzhaft sind die intensivmedizinischen Massnahmen für den Patienten? Welche irreversiblen, langfristigen Schädigungen sind zu erwarten?

Prognose

Was ist das Behandlungsziel? Kann dieses erreicht werden? Wann wird der Patient nicht mehr von medizinischen Massnahmen abhängig sein? Wie gross ist das Rehabilitationspotential des Patienten? Besteht Hoffnung darauf, dass der Patient in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann? Falls der Patient mit chronischen Störungen überleben wird, welches sind die Ressourcen des Patienten, seiner Familie und der Gesellschaft, um die Folgen dieser Störungen zu reduzieren?

Wille des Patienten

Gibt es eine Patientenverfügung? Welches ist der mutmassliche Patientenwille? Welche Haltung hat die vertretungsberechtigte Person, welche Haltung vertreten die Angehörigen?

Der Entscheid sollte schriftlich festgehalten und vom verantwortlichen Arzt unterzeichnet werden. Kann kein Konsens gefunden werden, besteht die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen.

Unterlassung und Abbruch von Massnahmen und der Ausbau von Palliative Care

Die Entscheidung, auf eine lebenserhaltende therapeutische Massnahme zu verzichten bzw. diese abzubrechen, stützt sich auf das Vorliegen einer schweren Erkrankung ohne Erholungschancen. Sie beinhaltet den bewussten Entschluss, das Sterben zuzulassen. Sobald der Entscheid, die lebenserhaltenden Massnahmen abzubrechen, gefällt ist, sollte er umgesetzt werden, da die Weiterführung einer als aussichtslos erkannten Intensivtherapie gegen das ethische Prinzip des Nichtschadens verstösst. Eine Verzögerung ist nur gerechtfertigt, wenn z.B. die Angehörigen mehr Zeit benötigen, um zu akzeptieren, dass der Patient sterben wird, oder wenn nahe Angehörige zuerst anreisen müssen, um Abschied zu nehmen. Auch dann muss jedoch ein überschaubarer Zeithorizont definiert und kommuniziert werden. Ein weiterer Grund für eine Verzögerung kann die Vorbereitung zu einer Organspende sein. Der Abbruch der lebenserhaltenden Massnahmen muss durch den behandelnden Arzt erfolgen.

Sterbebegleitung in der Intensivstation

Aufgrund ihres kurativen Ansatzes gehört die Begleitung von sterbenden Patienten nicht zu den genuinen Aufgaben der Intensivmedizin, sie ist heute jedoch Alltag in vielen Intensivstationen. Wenn sich

der Zustand des Patienten trotz aller eingeleiteten intensivmedizinischen Massnahmen zusehends verschlechtert, wenn auf den Einsatz von intensivmedizinischen Massnahmen verzichtet wird oder wenn diese abgebrochen werden, wird der Tod des Patienten absehbar. In dieser Situation wird Palliative Care ausgebaut. Das praktische Vorgehen soll so gewählt werden, dass eine optimale Schmerz- und Symptomkontrolle möglichst im Rahmen einer umfassenden Palliation gewährleistet ist. Die Dosierung analgetischer und sedierender Medikamente richtet sich nach den beim Patienten feststellbaren Symptomen. Dazu muss in regelmässigen Abständen eine Einschätzung der Schmerzen und des Unwohlseins vorgenommen werden. Neben den körperlichen Symptomen müssen insbesondere auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Belastende diagnostische und therapeutische Massnahmen sind zu unterlassen. Eine Steigerung der Medikamentendosierung ist dann angezeigt, wenn klinische oder paraklinische Zeichen für Schmerzen, Atemnot oder Unwohlsein vorhanden sind. Die Zufuhr von Flüssigkeit und Sauerstoff erfordert ein sorgfältiges Abwägen von erwarteter Wirkung, unerwünschten Nebenwirkungen (inklusive Lebens-/Sterbeverlängerung) und Belastungen für den Patienten. In der letzten Phase ist sie in der Regel nicht mehr indiziert.

Unterstützung des Behandlungs- und Betreuungsteams

Pflegefachpersonen und Ärzte auf der Intensivstation sind in ihrem Alltag psychisch belastenden Situationen ausgesetzt. Zu diesen gehören insbesondere der Therapieverzicht bzw. -abbruch in aussichtslosen Situationen, der Umgang mit belasteten Angehörigen oder die Betreuung von potentiellen Organ Spendern. Ganz erhebliche Belastungen, vor allem des Pflorgeteams oder der Assistenzärzte, können aus der fehlenden Auseinandersetzung mit der Sinnhaftigkeit der Intensivtherapie bzw. der Weiterführung einer als aussichts- oder wirkungslos erkennbaren Therapie resultieren. Das persönliche Erleben, der Umgang mit solchen Situationen und ihre Bewältigung sind von Mensch zu Mensch unter-

schiedlich. Studien zeigen, dass bei den in der Intensivmedizin tätigen Ärzten und Pflegefachpersonen psychische Erschöpfungssymptome (Burnout) nicht selten sind [6].

Fazit und Ausblick

Der Bedarf an intensivmedizinischen Leistungen nimmt weiterhin zu. Der unbedachte Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen kann jedoch alle medizinischen Prinzipien (Gutes tun, nicht schaden, Patientenautonomie und Gerechtigkeit) verletzen und Patienten, Angehörige und Mitarbeiter unnötig belasten. Nicht zuletzt stellen die limitierten personellen und ökonomischen Ressourcen eine Herausforderung dar. Um mit diesen verschiedenen Ansprüchen und Herausforderungen im intensivmedizinischen Alltag umgehen zu können, werden griffige und alltagstaugliche Richtlinien benötigt. Die Erarbeitung solcher Richtlinien durch die Subkommission der SAMW hat sich als sehr anspruchsvolles, mit Blick auf die Rückmeldungen aus dem Vernehmlassungsverfahren aber offensichtlich erfolgreiches Vorhaben entpuppt, das im Alltag helfen kann, die intensivmedizinischen Möglichkeiten sinnvoll anzuwenden.

Funding / potential competing interests:

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Referenzen

- 1 Caruso P, Ferreira AC, Laurienzo CE et al. Short- and long-term survival of patients with metastatic solid cancer admitted to the intensive care unit: prognostic factors *Eur J Cancer Care*. 2010;19:260–6.
- 2 Stocker R, Berner M, Binet I, Bürgi U, Fischer J, Gardaz V, Grob D, Hager U, Kätterer C, Kind C, Ricou B, Salathé M, Wildi S. SAMW-Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen». Vom Senat der SAMW am 28. Mai 2013 genehmigt.
- 3 Personen- und Familienrecht inkl. Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (Art. 1–456 ZGB).
- 4 McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: Increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction *Crit Care Med*. 2004; 32:1484–8.
- 5 Dullenkopf A, Rothen H. What patients and relatives expect from an intensivist – the Swiss side of a European survey. *Swiss Med Weekly*. 2009;139:47–51.
- 6 Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B; STRESI+ Group. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184:1140–6.

Korrespondenz:
Professor Reto Stocker, MD
Klinik Hirslanden
CH-8032 Zürich
Switzerland
reto.stocker[at]hirslanden.ch