

# Therapiezieländerung im Rahmen intensivmedizinischer Behandlung

Ethische Grundlagen, praktische Implikationen und die Perspektive einer gesundheitlichen Vorausplanung

*Aufgrund der zunehmenden Bedeutung ethischer Fragen in Medizin und Gesundheitswesen hat sich die Redaktion des „Bayerischen Ärzteblattes“ entschieden, eine Artikelserie zur Ethik in der Medizin zu starten. Fachlich und redaktionell koordiniert wird die Serie von Privatdozent Dr. Dr. Ralf Jox und Professor Dr. Georg Marckmann, MPH, vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Die Beiträge erscheinen vier Mal im Jahr und behandeln vor allem solche ethischen Fragen, die für Ärztinnen und Ärzte bei ihrer praktischen Tätigkeit in der stationären oder ambulanten Patientenversorgung*

*relevant sind oder aktuell in der Öffentlichkeit bzw. der Ärzteschaft kontrovers diskutiert werden. Knappe, praxisorientierte Übersichten und kommentierte Fallbesprechungen sollen den Leserinnen und Lesern diese Themen auf eine verständliche Weise nahebringen. Auch rechtliche Aspekte werden – sofern erforderlich – mit abgedeckt. Themenvorschläge und interessante Fälle zur Diskussion nehmen wir gerne entgegen, auch potenzielle Autoren dürfen sich gerne bei uns melden. Im vierten Beitrag dieser Artikelserie geht es um die Problematik der Therapiezieländerung im Rahmen der Intensivmedizin.*

*Der Beitrag widmet sich der Problematik der Therapiezieländerung im Rahmen der Intensivmedizin. Entscheidungen, in individuellen Fällen eine lebenserhaltende Therapie zu beenden bzw. eine solche nicht einzuleiten und palliativmedizinische Maßnahmen in den Vordergrund zu stellen, sind auf Intensivstationen häufig. Wie jede ärztliche Entscheidung bedürfen sie jedoch einer sorgfältigen Abwägung und einer ethischen Begründung. Dieser Artikel soll aufzeigen, dass ein solcher Entscheidungsprozess optimalerweise im Rahmen eines interprofessionellen Dialoges strukturiert durchgeführt werden sollte. Dabei stellt nicht selten die Ermittlung der Wünsche des Patienten ein besonderes Problem dar. Die Instrumente Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht helfen hier nur teilweise. Das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung kann hier dazu beitragen, die Versorgung von Patienten in ihrer letzten Lebensphase deutlich zu verbessern. Dies bedeutet, dass die Themen Sterben und schwere Krankheit schon weit im Voraus und am besten dann besprochen werden, bevor ein Mensch überhaupt zum Patienten wird.*

## Hintergrund

Obwohl die meisten Menschen sich einen Verbleib im häuslichen Umfeld am Lebensende erhoffen, versterben 40 Prozent der Menschen in Deutschland in einem Krankenhaus [1]. Die moderne Intensivmedizin bietet sicherlich große Chancen und weitreichende Möglichkeiten für viele ältere und sehr alte Patienten, aber auch für Patienten mit chronischen oder onkologischen Erkrankungen. Allerdings werden auf Intensivstationen häufig Patienten in Krankheitsstadien behandelt, in denen die dort angebotene lebenserhaltende Therapie nicht mehr angemessen erscheint, oder in denen dieses Umfeld ihren Wünschen bezüglich der Gestaltung der letzten Lebensphase nicht entspricht.

So beträgt der Anteil über 80-Jähriger in einer nicht spezialisierten Intensivstation derzeit mehr als 20 Prozent und der Altersdurchschnitt nimmt jedes Jahr um sechs Monate zu [2]. Bis zu neun Prozent Pflegeheimbewohner mit fortgeschrittener Demenz werden zudem in den letzten 30 Tagen ihres Lebens auf eine Intensivstation verlegt [3]. Dabei liegt aber schon die Einjahresmortalität bei 65- bis 69-jährigen beatmeten Patienten bei 66 Prozent [4]. Dies macht es notwendig, sich einer-

seits auf strukturierte Weise mit den Chancen und Risiken moderner Medizin und andererseits mit dem Sterben in der Klinik auseinanderzusetzen. Gleichzeitig ist das in einer befriedigenden Weise nur sinnvoll möglich, wenn die Informationsvermittlung in Bezug auf Krankheit, Sterben und Tod erheblich verbessert wird.

Zwei wesentliche Konzepte, die durchaus komplementär angewendet werden können, sind in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung: Die strukturierte Therapiezieländerung im klinischen und das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung im ambulanten Bereich.

## Medizinische Indikation

Diese Konzepte müssen wie jede andere medizinische Erwägung immer auf einer fundierten ethischen Grundlage entwickelt und angewendet werden. Die Basis stellen die sogenannten medizinethischen Prinzipien der mittleren Reichweite (Wohltun, Nicht-Schaden, Respekt der Autonomie des Patienten und Gerechtigkeit) dar, welche derzeit als breiter gesellschaftlicher Konsens angesehen werden können [5]. Wohltun und Nichtschaden bilden zunächst die wesentliche Grundlage einer ärztlichen Indika-

tionsstellung und implizieren bereits die klare Unterscheidung von Nutzen und Wirksamkeit einer medizinischen Maßnahme. Es ist sicherlich einleuchtend, dass die bloße Wirksamkeit einer Maßnahme (zum Beispiel der Nachweis, dass eine Dialyse die Nierenfunktion ersetzen kann) noch nichts über deren Nutzen in der individuellen Behandlungssituation bei einem bestimmten Patienten aussagt (das heißt, ob eine Dialyse bei einem bestimmten Patienten auch mit dem individuell bestimmten Therapieziel verbunden ist). Erst nach einem Abwägen von Nutzen und Schaden einer Maßnahme in der spezifischen Behandlungssituation unter Berücksichtigung der Wohlergehensperspektive des Patienten ergibt sich die ethisch begründete Indikation für eine Therapie. Diese Therapie kann aber immer nur ein Angebot an den Patienten sein, denn das Recht auf Selbstbestimmung erlaubt die freie Annahme dieses ärztlichen Angebotes oder auch dessen Ablehnung – eine fachgerechte Aufklärung vorausgesetzt.

Auch sollte berücksichtigt werden, dass ein einmal definiertes Therapieziel sich im Krankheitsverlauf eines Patienten immer wieder ändern kann. Steht am Anfang meistens ein kuratives Therapieziel, kann sich im weite-

ren Verlauf durchaus herausstellen, dass in einem individuellen Fall dieses Ziel nicht mehr realistisch erreicht werden kann und das Therapieziel geändert werden muss.

Problematisch werden solche Situationen, wenn der Idealzustand der Arzt-Patienten-Beziehungen verlassen wird und, wie im intensivmedizinischen Setting häufig, der aktuelle Patientenwille nicht unmittelbar ermittelt werden kann oder der Arzt mit unrealistischen Wünschen des Patienten oder deren Angehörigen konfrontiert wird. Hier ist bei der Therapiezieldefinition ein sensibles Vorgehen notwendig, welches nicht nur die Belange des Patienten, sondern auch die der Angehörigen und des Teams berücksichtigt.

## Therapiezieldefinition – Therapiezieländerung

Der Prozess der Therapiezieldefinition bzw. Therapiezieländerung, also auch die Nutzen-Risiko-Beurteilung einer medizinischen Maßnahme in Bezug auf die individuelle Lebens- und Krankheitssituation und somit die Berücksichtigung der patientenspezifischen Wohlergehensperspektive, stellt dabei in er-

heblichem Ausmaß eine kommunikative Herausforderung für den Arzt und das gesamte therapeutische Team dar. Ist der Patient zu einer aktuellen Willensbekundung nicht fähig, dehnt sich dieser Prozess auf die Angehörigen aus. Sowohl in der Kommunikation mit dem Patienten, als auch mit den Angehörigen ist es von erheblicher Bedeutung, dass sich die beteiligten Ärzte und das gesamte Behandlungsteam mit der individuellen Patientensituation ausreichend beschäftigt und untereinander verständigt haben. Auch wenn das Wohlergehen des Patienten in einem solchen Entscheidungsprozess im Vordergrund steht und nicht nur das Erzielen eines Konsenses im therapeutischen Team, so darf ein Dissens auf keinen Fall zu einer Verschlechterung der Behandlungssituation führen. Widersprüchliche Aussagen gegenüber Patienten und Angehörigen dürften zu den häufigsten Ursachen von Verunsicherung, Vertrauensverlust und unangemessener Behandlung gehören [6]. Aus dem oben Gesagten ist auch zu schließen, dass eine Therapiezieldefinition oder -änderung nicht eine einsame Entscheidung des behandelnden Arztes ist, sondern ein diskursiver Prozess unter den ärztlichen Kollegen, gegebenenfalls mit Einbeziehung weiterer Fachgruppen und nach Ermittlung der Patientenwünsche. Ein solcher Prozess kann durch Einführung einer strukturierten Dokumentation erheblich erleichtert werden. Nicht nur entlastet ein solches Vorgehen die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte emotional, sondern er erleichtert auch den Umgang mit dem Patienten und dessen Angehörigen. Er verbessert durch eine stringenter und konsequenter Therapieführung zudem die Behandlungsqualität für den individuellen Patienten [7]. Nicht zuletzt ermöglicht eine gemeinsame Diskussion die Vermeidung von bewussten oder unbewussten Vorurteilen und dient so auch in erheblicher Weise der rechtlichen Absicherung einer solchen Entscheidung.

## Strukturiertes Vorgehen sinnvoll

Die Grundlage zur Durchführung eines solchen Prozesses stellt zunächst ein vereinbartes und strukturiertes Vorgehen dar. In einem kollegialen und interprofessionellen Gespräch sollten zunächst die Fakten gesammelt und die verfügbaren Therapieoptionen diskutiert werden. Die individuelle Lebenssituation sollte in Gesprächen mit dem Patienten bzw. mit den Angehörigen erkundet werden. Aus dieser Perspektive heraus wird man in den meisten Fällen bereits eine klare Vorstellung von einem individuellen Therapieziel und der besten Therapieoption haben. In einem zweiten Schritt ist die Einwilligung des

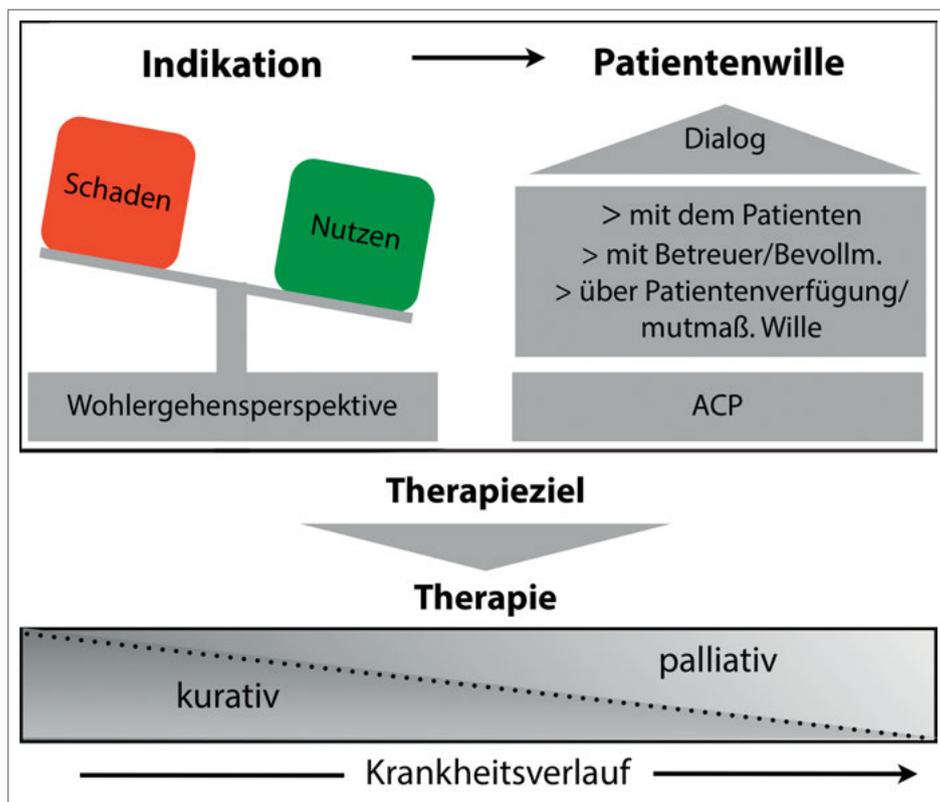


Abbildung: Ethisch begründete Entscheidungsfindung für eine individuell angemessene Therapie.



auffindbar ist. Zudem stellt sich häufig die Frage der ausreichenden Belastbarkeit der Verfügung in der konkreten Behandlungssituation. Dies kann die Ermittlung des Patientenwillens erheblich erschweren, wenn nicht sogar unmöglich machen, und so zu einer inadäquaten Therapie, Nichtbeachtung der Patientenautonomie, erhöhter Belastung der Angehörigen und Unsicherheit bei den behandelnden Ärzten führen.

In den vergangenen Jahren sind international einige Projekte ins Leben gerufen worden, die diese Situation nachweislich verbessern. Derartige Systeme, die weit über die Bereitstellung von Formularen hinausreichen, werden als sogenannte Advance-Care-Planning-Systeme (ACP) bezeichnet, was sich am besten als „Gesundheitliche Vorausplanung“ in das Deutsche übersetzen lässt. Solche Strukturen bestehen bereits in weit entwickelter Form in den USA (zum Beispiel [www.respectingchoices.org](http://www.respectingchoices.org)) und Australien (zum Beispiel [www.respectingpatientchoices.org.au](http://www.respectingpatientchoices.org.au)). Die Einführung von ACP-Systemen können zu einer besseren Kenntnis und Befolgung der Wünsche des kranken Menschen sowie einer Entlastung und höheren Zufriedenheit der Angehörigen mit der Behandlung ihres Verstorbenen in dessen letzter Lebensphase führen [12].

Das erste wesentliche Element eines solchen ACP-Systems ist die Bereitstellung des Angebotes eines professionell begleiteten Gesprächsprozesses für die Bürger bzw. Patienten. Dadurch sollen die Behandlungswünsche der Menschen für den Fall der Nichteinwilligungsfähigkeit herausgearbeitet und in aussagekräftigen und belastbaren Patientenverfügungen dokumentiert werden. Das zweite Element umfasst die regionale Implementierung von Standards, welche die Umsetzung der Patientenverfügungen in den Pflegeeinrichtungen, den Rettungsdiensten und den Krankenhäusern sicherstellen sollen. Hierzu gehören zum Beispiel Routinen für die Ablage und Weitergabe der Vorsorgedokumente, den Umgang mit Notfällen und gegebenenfalls eine hausärztliche Anordnung für den Notfall.

Die ersten vielversprechenden Ergebnisse des bis jetzt einzigen umfassenden kommunalen Projektes dieser Art in Deutschland (beizeiten begleiten®, Grevenbroich) wurden kürzlich im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlicht [13]. Weitere flächendeckende und einrichtungsübergreifende Ansätze zu einer gesundheitlichen Vorausplanung sind bis jetzt allerdings nicht vorhanden.

### Ausblick

Um grundlegende Strukturen für die regionale Implementierung eines ACP-Systems zu schaffen, wäre es zunächst notwendig, auf kommunaler Ebene die entsprechenden Einrichtungen, also die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärzte, die Rettungsdienste, die Pflegeeinrichtungen und Palliativ-/Hospizdienste für dieses Projekt zu gewinnen und zu koordinieren. Zudem sind die Fragen der Finanzierung eines solchen Systems zu klären. Ohne eine substanzielle Anschubfinanzierung wird ein solches Projekt nicht funktionieren. Der Gewinn für die Patienten, ihre Angehörigen und die beteiligten Ärzte und Pflegenden wäre allerdings erheblich. Hier zeigt sich in besonderer Weise die Notwendigkeit, ambulante Beratungskonzepte mit einer hochspezialisierten klinischen Medizin zu verbinden und somit die Trennung der Versorgungssektoren im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden. Es ist anzunehmen, dass eine solche patientenzentrierte

Medizin sich nicht nur in einer besseren Behandlungsqualität niederschlägt, sondern auch auf makroökonomischer Ebene rentabel sein kann. Auf jeden Fall kann sie dazu beitragen, die letzte Lebensphase eines Menschen würdevoller zu gestalten.

*Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.*

### Autor

*Dr. Gregor Scheible, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing, Abteilung für Kardiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin, Kölner Platz 1, 80804 München. E-Mail: [gregor.scheible@klinikum-muenchen.de](mailto:gregor.scheible@klinikum-muenchen.de)*

#### Fragen-Antwortfeld (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen):

	a	b	c	d	e
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Auflösung der Fortbildungsfragen aus Heft 4/2014, Seite 165 f.

Alle Fragen bezogen sich auf den Artikel „Prävention in Diabetologie und Stoffwechsel. Was ist gesichert – was ist Mythos?“ von Dr. Tiina Rau und Professor Dr. Klaus Parhofer.

Wenn Sie mindestens sieben der zehn Fragen richtig beantwortet haben und diese bis zum Einsendeschluss bei uns eingegangen sind, gibt es von uns zwei Fortbildungspunkte. Gleiches gilt, wenn Sie die Fragen online beantwortet und uns diese zum Einsendeschluss gesandt haben.

Insgesamt haben über 2.100 Ärztinnen und Ärzte einen ausgefüllten Fragebogen eingereicht.