

Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc

## Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin



### Intensivstationen

Intensivstationen werden von der Bevölkerung häufig ausschließlich als hochtechnisierte Bereiche wahrgenommen, die Auseinandersetzung mit den individuellen persönlichen Wünschen und Bedürfnissen der Patienten scheint in den Hintergrund zu treten. In besonderer Weise wird befürchtet, dass hier „medizinische Intervention um jeden Preis“ gemacht und der Patientenwunsch, insbesondere jener nach einem würdevollen Tod hier ganz unmöglich wäre. Jedoch ist dies in keiner Weise der Fall - die Intensivmedizin nimmt ihre Verantwortung hier in ganz besonderer Weise wahr. In keinem anderen Bereich sind medizinische und ethische Fragestellungen schließlich so eng verknüpft wie in der Intensivmedizin: Ärzte wie Pflegende sind hier besonders gefordert.

### Entwicklung der Intensivmedizin

Die Entwicklung der Intensivmedizin hat in den letzten Jahrzehnten nahezu alle Grenzen gesprengt, die Alter oder Begleiterkrankungen früher der Operabilität gesetzt haben. Auch das Patientenkollektiv der internistischen Intensivmedizin hat sich parallel zu den Fortschritten der cardiologisch-interventionellen Verfahren verändert. Im selben Ausmaß, wie Durchschnittsalter und Anzahl der Begleiterkrankungen der Intensivpatienten steigt, erhöhen sich auch die emotionalen und ethischen Herausforderungen für das intensivmedizinische Personal (12). Der Umgang mit dem Grenzbereich wird angesichts der herausragenden technischen und pharmakologischen Entwicklungen immer häufiger: nahezu täglich stehen Intensivmediziner vor der Frage, ob das, was machbar ist, tatsächlich auch für ihren Patienten Sinn macht. Waren in den USA im Zeitraum 1987-1988 bei rund 51% der Intensivpatienten vor deren Tod Therapien begrenzt oder zurückgenommen worden, so wurde diese Rate 1992-1993 bereits mit 90% angegeben (11).

Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 1 von 9

## Therapiebegrenzung und –Beendigung an Intensivstationen

Dieser Entwicklung trägt eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen zu Therapiebegrenzung und –Beendigung an Intensivstationen Rechnung. In Österreich gab es dazu 2004 ein erstes Konsensuspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften (7), und ganz aktuell hat die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (ÖGARI) entsprechende Empfehlungen publiziert (15). Auch in der Bundesrepublik Deutschland ist jüngst ein Positionspapier der deutschen interdisziplinären Vereinigung für Notfall- und Intensivmedizin (DIVI) zu Therapieverzicht bzw. -abbruch an der Intensivstation erschienen (6). Bei den folgenden Ausführungen, welche die Entscheidungsfindung in dieser schwierigen Frage beleuchten sollen, wird vor allem auf diese aktuellen Publikationen Bezug genommen. Personenbezogene Bezeichnungen sind für eine bessere Lesbarkeit nur in einer grammatikalischen Form, männlich oder weiblich, formuliert. Sie beziehen sich aber natürlich ebenso auf das jeweils andere Geschlecht.

## Leben um jeden Preis zu erhalten

Das intensivmedizinische Verdikt, Leben um jeden Preis zu erhalten (8,9) hat sich in den letzten Jahren gewandelt: die Forderung nach dem Einsatz maximaler Intensivtherapie in jedem Fall ist der Akzeptanz notwendiger Begrenzungen von Intensivtherapie in Einzelfällen gewichen. Auch im hochtechnisierten Ambiente einer Intensivstation ist die Orientierung an den ethischen Prinzipien der Medizin (1) stets ausschlaggebend:

- Selbstbestimmungsrecht des Patienten
- Prinzip der Schadensvermeidung
- Patientenwohl (Fürsorge, Hilfeleistung)
- Soziale Gerechtigkeit

Dies wird übrigens von jenen, die es wissen müssen, auch so wahrgenommen: Angehörige von Patienten, die an einer Intensivstation verstorben sind, sehen diese in der Regel in keiner Weise als „unmenschlich“ an: 94,1% haben lt. einer Untersuchung von Hermanns und Salomon (4) den Eindruck, dass hier alles Nötige und Mögliche mit höchster medizinischer Kompetenz getan wird und dabei ein Gefühl emotionaler Geborgenheit vorherrscht. Das selbstverständliche Gefühl der Besorgnis der Angehörigen (80,2%) wird in 67,2% von Zuversicht, aufbauend auf die Möglichkeiten einer Intensivbehandlung begleitet.

**Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc**

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 2 von 9

80,8% der Angehörigen würden sich nach diesem Erleben auch selbst an einer Intensivstation behandeln lassen.

Was bedeutet dies nun im Kontext der heute offenbar immer wieder erreichten Grenzen einer Behandlung an der Intensivstation ?

## Jede medizinische Therapie hat zwei Grundvoraussetzungen

Jede medizinische Therapie hat zwei Grundvoraussetzungen: die erste stellt die medizinische Indikation dar, also die fachliche Einschätzung, dass ein dem Aufwand entsprechendes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreichbar ist. Die zweite Voraussetzung ist das (auf *verständlicher* Aufklärung basierende) Einverständnis des Patienten. Dabei muß die Aufklärung auch mögliche Alternativen, bis hin zu Therapieverzicht und dessen Konsequenz hinweisen, um rechtsgültig zu sein. Bei Intensivpatienten liegt eine solche Aufklärung in aller Regel nicht vor – sei es, dass sie aufgrund der Akuität der Situation nicht möglich war, oder dass bei quasi „elektiver“ Intensivtherapie nach großen Eingriffen über schwere Komplikationsmöglichkeiten des Eingriffs und deren intensivmedizinische Behandlungskonzepte vorab nicht gesprochen wurde. Die Aufklärungspflicht gilt grundsätzlich auch an der Intensivstation – man wird hier im Interesse des Patienten jedoch stets von seinem Einverständnis ausgehen. Dies ist nur dann nicht möglich, wenn eine (verbindliche) **Patientenverfügung** vorliegt, welche formal und inhaltlich korrekt auf die in Frage zu stellende Maßnahme Bezug nimmt (z.B. Beatmung, Intensivtherapie im Allgemeinen, Reanimation). Bis dato haben Patientenverfügungen in der klinischen Realität an österreichischen Intensivstationen jedoch noch kaum Bedeutung erlangt (13).

Angehörige haben aus juridischer Sicht per se kein Mitspracherecht in Behandlungsfragen – außer sie hätten einen expliziten, gerichtlich zuerkannten **Sachwalterstatus** bzw. eine Vorsorgevollmacht inne. In Wahrnehmung dieser Funktion wären sie auch befugt, für den Patienten in Therapiemaßnahmen einzuwilligen oder diese abzulehnen, selbst wenn das den Tod des Patienten nach sich ziehen könnte. Wenn das Betreuungsteam Zweifel an der Patientenorientierung der Angehörigen haben sollte, wird es die Hilfe des zuständigen Gerichts in Anspruch nehmen. Wenn keine Sachwalterschaft vorliegt, wird der verantwortliche Arzt das intensive Gespräch mit den Angehörigen nutzen, um den **mutmaßlichen Patientenwillen**, seine Lebensumstände und Einstellungen kennen zu lernen, um darauf die Entscheidungsfindung im Sinne des Patienten aufzubauen.

Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 3 von 9

Für die Behandlung von Patienten braucht es also immer beides, Indikation und Einverständnis. Ist eines davon nicht gegeben, so ist die **Fortführung einer Therapie grundsätzlich nicht zulässig** und muß neu evaluiert werden. Bei der täglichen Visite an der Intensivstation wird der aktuelle Zustand und die Entwicklung jedes Patienten, v.a. anhand klinischer Kriterien, apparativer oder laborchemischer Diagnostik sowie die gesamte laufende Therapie durch die behandelnden Ärzte auf Indikation und (Neben-)Wirkung überprüft. Stellt sich hier aufgrund der Faktenlage die **Gesamtsituation als** für den Patienten **aussichtslos** dar, wird das Behandlungsteam auch eine **Rücknahme von eingeleiteten Maßnahmen** ins Kalkül ziehen müssen. Diese Situation tritt etwa dann auf, wenn ein Patient im Mehrfachorganversagen nur mit dem Einsatz äußerster medizinischer Mittel am Leben gehalten werden kann und sich kausale Ursachen dem therapeutischen Zugriff entziehen. Auch ausgedehnte Verletzungen oder schwere Erkrankungen des zentralen Nervensystems mit fraglicher Prognose können den Sinn intensivmedizinischer Maßnahmen in Frage stellen, hohes Alter, schlechter Allgemeinzustand und relevante Begleiterkrankungen spielen hierbei ebenfalls eine Rolle.

## Individuelle Entscheidungsfindung

Die individuelle Entscheidungsfindung in diesen Fällen stellt **eine der größten Herausforderungen** für das an der Intensivstation eingesetzte Personal dar. Sie hat auf umfassendem medizinischem Wissen, ethischen, soziokulturellen, ökonomischen und juristischen Überlegungen zu basieren. Der eingehenden Diskussion und Kommunikation derartig weitreichender Entscheidungen kommt besondere Bedeutung zu; hier ist das **gesamte Team in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen**. Dies betrifft neben dem Pflegepersonal, welches meist einen sehr engen Kontakt zum Patienten und in der Regel auch zu den Angehörigen hält, auch die Kollegen des zutransferierenden Fachbereichs bzw. andere an der Behandlung unmittelbar beteiligte Ärzte. Eine offene und wertschätzende Kommunikationskultur innerhalb der Abteilung ist eine gute Voraussetzung; es ist jedenfalls sicherzustellen, dass sich alle an diesem Entscheidungsprozeß Beteiligten frei und ohne Angst vor Bloßstellung äußern können. Im interdisziplinären Dialog sind die Therapieziele nochmals zu evaluieren und bestehende Unsicherheiten in Hinblick auf therapeutische Optionen bzw. Prognose auszuräumen; bei einem allfälligen Dissens kann ggf. eine klinikinterne Ethikkommission (2), als Unterstützung beigezogen werden.

Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 4 von 9

Der **Entscheidungsprozeß** muß **transparent** gestaltet, gut dokumentiert und nachvollziehbar sein. Dazu hat die Arbeitsgruppe „Ethik in Anästhesiologie und Intensivmedizin“ der ÖGARI Hilfsmittel entwickelt (15). Anhand der ärztlichen Einschätzung der Chancen auf das Überleben der Erkrankung, der Wiederherstellung von beeinträchtigten Organfunktionen (ZNS, Lunge, Kreislauf, Niere) bzw. der Möglichkeit eines langfristigen Organersatzes, der generellen Lebenserwartung sowie des (mutmaßlichen oder geäußerten) Patientenwillens wird die getroffene Entscheidung damit nachvollziehbar dokumentierbar.

Grundsätzlich gilt, dass eine medizinisch nicht (mehr) begründbare Therapie ethisch nicht vertretbar ist und eine Körperverletzung darstellen kann, sofern dadurch irreversible Verläufe verlängert werden (7).

## **DNR – DNE – RID**

Je nach individueller Situation kann die Therapiezieländerung dabei

- den Verzicht auf notwendig werdende Wiederbelebensmaßnahmen (**do not resuscitate** - DNR)
- ein Einfrieren der laufenden Therapie auf dem erreichten Niveau (**do not escalate** - DNE) bzw.
- eine Rücknahme bzw. Beendigung laufender Behandlungsmaßnahmen bedeuten (**reevaluate indication and deescalate** – RID).

Anzumerken ist, dass alle Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, auch deren Abbruch legitimieren. **Therapiebegrenzungen** können sich auf Diagnostik, Medikation, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, prophylaktische Maßnahmen, technische Organ- und Kreislaufunterstützung, operative Eingriffe und pflegerische Maßnahmen (z.B. belastende Lagerungsmaßnahmen) beziehen (6). Im Falle der Beendigung aller Maßnahmen mit kurativer Ausrichtung ist jedoch stets eine **adäquate, symptomorientierte palliative Behandlung und Pflege** sicherzustellen (comfort terminal care – CTC) (15). Diese umfaßt eine menschenwürdige Unterbringung, menschliche Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Angst, Unruhe, Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und anderen subjektiv belastenden Symptomen sowie das Stillen von subjektiv vorhandenem Hunger oder Durst (3). Ziel ist auch in der Intensivmedizin ein friedvolles Sterben in Würde, nach Möglichkeit unter Begleitung durch Angehörige. Ob dies an der Intensivstation selbst oder an einem anderen Ort, ggf. auch zu Hause ermöglicht werden kann, ist individuell zu entscheiden.

**Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc**

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 5 von 9

Ein dem (mutmaßlichen) Wunsch des Patienten entsprechender religiöser Beistand ist rechtzeitig zu veranlassen.

## Information der Angehörigen

Ein ganz wichtiger Aspekt ist die zeitnahe und umfassende Information der Angehörigen. Die Kommunikation mit diesen soll idealerweise gemeinsam durch den verantwortlichen Arzt und eine mit dem Patienten besonders vertraute Pflegeperson erfolgen. Im Regelfall kommt diese Information für die Angehörigen nicht überraschend, meist geht dem eine tage- bis wochenlange Konfrontation mit dem kritischen Gesundheitszustand des Patienten voraus. Angehörige, mit denen stets offen kommuniziert wurde, können mit einer derartigen Entwicklung zumeist umgehen: Hermanns und Salomon zeigen in ihrer bereits zitierten Befragung, dass 88,9% der Angehörigen sich umfassend informiert, 97,6% auch angemessen behandelt fühlten. 80% meinten jedoch, widersprüchliche Informationen erhalten zu haben – dies unterstreicht, wie wichtig eine im Intensivpersonal gut abgestimmte und einheitliche Informationsvermittlung ist (4). Idealerweise steht einer Intensivstation im Bedarfsfall psychologische Unterstützung zur Verfügung, welche auch Angehörigen angeboten werden kann. Ist dies im klinikeigenen Bereich nicht möglich, können externe Unterstützungsdienste über die Rettungsorganisationen (sog. *Kriseninterventions-Teams*) oder den notfallpsychologischen Dienst (10) aktiviert werden. Diese können bei sozial oder kulturell schwierigen Bedingungen u. U. auch eine längerfristige Betreuung sicherstellen.

## Zusammenfassend

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Änderung der therapeutischen Ausrichtung vom kurativen hin zum palliativen Ansatz den Intensivmediziner wohl vor die schwierigste Frage überhaupt stellt. In den letzten Jahren hat sich die Wissenschaft eingehend mit dem Sterbeprozess an der Intensivstation befaßt (14). Mittlerweile liegen auch von den namhaften Fachgesellschaften des deutschen Sprachraums sehr konkrete Empfehlungen vor (5,6,15), die große Übereinstimmung zeigen. (Selbst-)kritische Auseinandersetzung mit der Indikationsstellung zur Intensivtherapie, primärer (noch vor Aufnahme) oder sekundärer Therapieverzicht (nach Einleitung der Intensivbehandlung) sind angesichts der Entwicklung der operativen und interventionellen Möglichkeiten der operativen Fächer sowie der Anästhesiologie und Intensivmedizin notwendig geworden.

**Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc**

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 6 von 9



Eine eingehende präoperative Aufklärung, die interdisziplinäre Festlegung der Therapieziele, regelmäßige Reevaluation und interprofessionelle Kommunikation der aktuellen Entwicklung unter Einbeziehung des (mutmaßlichen oder geäußerten) Patientenwillens und der Angehörigen tragen dazu bei, dem individuellen Patienten in jeder Situation ein **Höchstmaß an Hilfe gewährleisten** zu können. Selbstverständlich ist das Überleben der vital bedrohenden Erkrankung oder Verletzung unter Einsatz aller zur Verfügung stehenden Mittel stets vorrangigstes Ziel der Intensivmedizin; bei dessen Nichterreichbarkeit muß sie sich jedoch in gleich qualifizierter Weise der Aufgabe stellen, dem ihr anvertrauten Patienten einen würdigen und friedlichen Sterben zu ermöglichen.

Die **Begleitung und Betreuung der Angehörigen** stellt dabei hohe Ansprüche an das Team der Intensivstation. Eine offene Kommunikationskultur und professionelle Unterstützung durch die klinische Psychologie kann dazu beitragen, dieser menschlichen, fachlichen und ethischen Herausforderung adäquat zu begegnen.

## Literatur

- 1 Beauchamp & Childress: Principles of Biomedical Ethics. 2009. 5th Edn. Oxford University Press, New York
- 2 Bein T, Graf BM Ethische Fallberatung in der Intensivmedizin. *Der Anaesthetist* 2012; 61:6–13
- 3 Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung. *Dtsch. Ärzteblatt* 2011;108:A346
- 4 Hermanns K, Salomon F. Sterben und Tod auf einer operativen Intensivstation aus der Sicht naher Angehöriger. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1993; 28:75-80
- 5 Intensivmedizinische Maßnahmen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Juni 2013 <http://www.samw.ch>
- 6 Janssens U. et al. Therapiezieländerung und Therapiezielbegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. *Der Anästhetist* 2013; 62:47-52
- 7 Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zur Therapiebegrenzung und –beendigung an Intensivstationen. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 116/21-22:763-7679
- 8 Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2009; 25: 221-237
- 9 Mularski RA, Osborne ML. The changing ethics of death in the ICU. In: Curtis JR, Rubenfels GD. Managing death in the ICU - the transition from cure to care. Oxford University Press; 2001: 7-18
- 10 Notfallpsychologischer Dienst. <http://www.notfallpsychologie.at/>
- 11 Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:1163–1167
- 12 Salomon F et al. Leben erhalten und Sterben ermöglichen – Entscheidungskonflikte in der Intensivmedizin. *Der Anaesthetist* 2006; 55:64–69
- 13 Schaden E, Herczeg P, Hacker S et al. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *BMC Medical Ethics* 2010; 11: 19-19
- 14 Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS study. *Int Care Med* 2007; 34: 271-277
- 15 Therapiezieländerungen auf der Intensivstation. Definition, Entscheidungsfindung und Dokumentation. ARGE Ethik der ÖGARI. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2013;48:216-223

**Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc**

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 8 von 9



## Über den Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc

Landeskrankenhaus Wiener Neustadt  
Corvinusring 3-5  
A-2700 Wiener Neustadt  
[Helmut.Trimmel@wienerneustadt.lknoe.at](mailto:Helmut.Trimmel@wienerneustadt.lknoe.at)

Geboren 1960 in Wien, Verheiratet, zwei Kinder

### Ausbildung:

- Matura und Studium in Wien, Promotion zum Dr.med.univ. 1985 (Universität Wien)
- Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und
- Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Notarzt, Leitender Notarzt
- Akademisch geprüfter Krankenhausmanager (Wirtschaftsuniversität Wien)
- Risikomanager (Österr. Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Medizin)
- Masterlehrgang Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen (Universität Wien)

### Aktuelle Tätigkeit:

- Vorstand der Abteilung für Anästhesie, Notfall- und Allgemeine Intensivmedizin am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt, Niederösterreich
- Leiter des Karl Landsteiner Instituts für Medizinische Simulation und Patientensicherheit
- Vizepräsident der Österr. Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, Leiter der Sektion Notfallmedizin
- Stv. Ärztlicher Leiter der Christophorus Flugrettung des ÖAMTC
- Lehraufträge an der Donauuniversität Krems, Universität Wien, Fachhochschule Burgenland

### **Impressum**

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

**Autor: Prim. Dr. Helmut Trimmel, MSc**

© Dezember 2013 · NÖ PPA · Laut gedacht · Grenzen der Behandlung in der Intensivmedizin

Seite 9 von 9