

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
(Prof. Dr. med. C. Wieseemann)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Therapiebegrenzung aufgrund fehlender
Indikation in der Intensivmedizin – eine
Analyse von Stellungnahmen
medizinischer Fachgesellschaften in
Deutschland und in den USA**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Jana-Marie Köhler, geb. Zugehör

aus

Göttingen

Göttingen 2021

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer/in: Prof. Dr. phil. A. Simon

Ko-Betreuer/in: Priv.-Doz. Dr. med. M. Wallbach

Prüfungskommission

Referent/in: Prof. Dr. phil. A. Simon

Ko-Referent/in: Priv.-Doz. Dr. med. M. Wallbach

Drittreferent/in: Prof. Dr. mult. T. Meyer

Datum der mündlichen Prüfung: 03.03.2022

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation in der Intensivmedizin – eine Analyse von Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften in Deutschland und in den USA" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den
.....
(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung	1
1.1 Forschungsstand.....	1
1.1.1 Rechtliche Voraussetzungen einer Behandlung.....	2
1.1.2 Die medizinethischen Prinzipien	4
1.1.3 Die medizinische Indikation.....	6
1.1.4 <i>Medical futility</i>	8
1.2 Zusammenfassung und Forschungsanliegen	12
2 Methoden	15
2.1 Suchstrategien	15
2.2 Auswahlkriterien.....	17
3 Ergebnisse.....	18
3.1 Auswahl der Literaturbeiträge	18
3.2 Darstellung der Artikel	20
3.2.1 Literaturbeiträge aus Deutschland	20
3.2.2 Literaturbeiträge aus den USA	25
3.3 Kriterien für fehlende Indikation bzw. fehlende Sinnhaftigkeit	31
3.3.1 Kriterien innerhalb deutscher Beiträge	31
3.3.2 Kriterien innerhalb US-amerikanischer Beiträge.....	35
3.4 Empfehlungen zur Konfliktlösung.....	41
3.4.1 Empfehlungen innerhalb deutscher Beiträge.....	42
3.4.2 Empfehlungen innerhalb US-amerikanischer Beiträge	45
4 Diskussion.....	56
4.1 Vergleich der Stellungnahmen aus Deutschland und den USA.....	56
4.1.1 Gemeinsamkeiten.....	56
4.1.2 Unterschiede.....	61
4.2 Fazit	67
4.3 Limitationen	70
5 Zusammenfassung.....	71
6 Literaturverzeichnis	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm zur Darstellung des Vorgehens bei der Artikelauswahl 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Artikel aus Deutschland	21
Tabelle 2: Artikel aus den USA	25

Abkürzungsverzeichnis

ACCM	American College of Critical Care Medicine
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACP	American College of Physicians
ADA	American Dietetic Association
AHA	American Heart Association
AMA	American Medical Association
ATS	American Thoracic Society
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BGH	Bundesgerichtshof
CPR	<i>cardiopulmonary resuscitation</i> , kardiopulmonare Reanimation
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
OLG	Oberlandesgericht
RPA	Renal Physicians Association
SCCM	Society of Critical Care Medicine
ZEKO	Zentrale Ethikkommission

1 Einleitung

Mithilfe der modernen Intensivmedizin und ihren häufig invasiven Therapiemaßnahmen können Patienten heutzutage oftmals auch in kritischen Situationen am Leben gehalten werden. Die Möglichkeiten der Lebenserhaltung durch diese „Apparatemedizin“ können jedoch eine enorme Belastung für den Patienten bedingen. Die Bundesärztekammer (BÄK) schreibt in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung: „Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind“ (BÄK 2011, S. A 346). Aber woran erkennt ein Arzt eine solche Situation? Und welche Kriterien zeigen andernfalls die Angemessenheit medizinischer Maßnahmen?

Nicht jeder Patient ist bereit, die therapiebedingten Belastungen auf sich zu nehmen. Es kann also vorkommen, dass ein Patient eine ärztlicherseits vorgeschlagene Therapieoption wohlüberlegt ablehnt. Dieser Wunsch ist dann zu respektieren und die Therapie nicht durchzuführen. Andere Patienten hingegen äußern selbst bei geringsten Erfolgchancen maximale Therapiewünsche. Aber muss ein Arzt dem Wunsch nach einer aus ärztlicher Sicht nicht sinnvollen Therapie nachkommen? Macht er sich womöglich strafbar, wenn er die Therapie abbricht? Wie kann in dieser konfliktbehafteten Situation angemessen vorgegangen werden?

Die vorliegende Arbeit knüpft an diese Konfliktsituation an und behandelt das Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ im Rahmen einer Literaturanalyse. Untersucht werden Stellungnahmen und andere Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften und Landesorganisationen aus Deutschland und den USA, wo das Thema unter dem Begriff der *medical futility* diskutiert wird. Ziel der Untersuchung ist, etwaige Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen und zu prüfen, inwiefern sich Elemente der US-amerikanischen Debatte auf Deutschland übertragen lassen.

In dem folgenden Kapitel werden zunächst der aktuelle Forschungsstand abgebildet und die konkreten Forschungsfragen benannt. Anschließend wird die genutzte Methodik vorgestellt und es folgt eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse. In der Diskussion erfolgt ein abschließender Vergleich der deutschen und US-amerikanischen Stellungnahmen.

1.1 Forschungsstand

Der technische und pharmakologische Fortschritt der modernen Intensivmedizin eröffnet neue Möglichkeiten, Leben auch in kritischen Situationen zu erhalten. Diese Möglichkeiten

gehen jedoch zunehmend mit ethischen Fragestellungen und Konflikten einher, wenn sich Behandlungssituationen ergeben, in denen die Prognose des Patienten infaust ist oder erhebliche Einbußen der Lebensqualität für den Patienten zu erwarten sind. In derartigen Fällen muss evaluiert werden, ob eine Intensivtherapie mit ihren oftmals erheblichen Belastungen sinnvoll durchführbar ist.

Die beiden wesentlichen Voraussetzungen einer medizinischen Behandlung sind das Vorliegen einer medizinischen Indikation, die vom Arzt zu stellen ist, und die Einwilligung des aufgeklärten Patienten. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, darf die Therapie nicht durchgeführt werden (Lipp und Brauer 2013). Zunehmend werden jedoch seitens der Patienten oder ihrer Angehörigen maximale Therapiewünsche geäußert und Interventionen auch dann eingefordert, wenn Ärzte glauben, dass eine solche Therapie nicht (mehr) sinnvoll ist. Doch wie soll sich der Arzt in diesen problembehafteten Situationen ethisch angemessen verhalten? Und wann kann er die Therapie ggf. auch einseitig abbrechen?

Um diese Fragen zu beantworten, werden im Folgenden zunächst die rechtlichen Voraussetzungen und die ethischen Aspekte einer Therapie dargestellt. Ferner wird auf die Begriffe medizinische Indikation und *medical futility* ausführlicher eingegangen. Anschließend wird das Forschungsanliegen der Arbeit vorgestellt.

1.1.1 Rechtliche Voraussetzungen einer Behandlung

Die rechtliche Grundlage einer ärztlichen Behandlung bildet der Behandlungsvertrag (§ 630a Abs. 1 BGB) (Lipp 2015b). Durch ihn wird der Umfang der Behandlung festgelegt – zur Legitimation jeder medizinischen Maßnahme, die innerhalb dieser Behandlung erfolgt, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Es muss eine medizinische Indikation durch den Arzt gestellt werden (ausführlicher siehe Punkt 1.1.3) und der aufgeklärte Patient muss in die Durchführung der Maßnahme einwilligen (§ 630d Abs. 1 S.1 BGB) (Lipp und Brauer 2013). Darüber hinaus ist die Therapie *lege artis* durchzuführen, was die Einhaltung fachlicher Regeln und der erforderlichen Sorgfalt beschreibt (Erbguth und Erbguth 2016).

1.1.1.1 Die Einwilligung des Patienten

Die Einwilligung des Patienten begründet sich durch die grundgesetzlich geschützten Rechte auf Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit und Menschenwürde. Der Patient hat ein Abwehrrecht und kann ärztlich gebotene Maßnahmen ablehnen. Die Durchführung einer medizinischen Maßnahme ohne Zustimmung des Patienten ist strafbar (Erbguth und Erbguth 2016). Das Selbstbestimmungsrecht verleiht dem Patienten jedoch kein Anrecht auf die

Durchführung nicht indizierter Maßnahmen (Biermann 2013). Die Einwilligung erfordert zunächst eine angemessene Aufklärung des Patienten. Diese soll die Entscheidungskompetenz des Patienten verbessern und eine selbstbestimmte Entscheidung zur Durchführung oder Ablehnung der Maßnahme ermöglichen. Daher hat die Aufklärung durch den Arzt in einem persönlichen Gespräch und in einer für den Patienten verständlichen Sprache zu erfolgen. Ferner ist es erforderlich, dass der Patient einwilligungsfähig ist (Simon 2017). Die Einwilligungsfähigkeit als „eine Ausprägung der rechtlichen Handlungsfähigkeit [...] bezeichnet das für die Rechtswirksamkeit der Einwilligung erforderliche Mindestniveau der Entscheidungsfähigkeit“ (BÄK 2019, S. A 1133). Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit hat bei konkreten Anhaltspunkten für ihr mögliches Fehlen durch den Arzt zu erfolgen und erfordert eine Ja-Nein-Entscheidung. Ein Patient ist einwilligungsfähig, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Er muss Wesen, Bedeutung und Tragweite der im Aufklärungsgespräch erläuterten Maßnahme verstehen (Einsichtsfähigkeit), eine Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile vornehmen und anhand dieser eine Entscheidung treffen (Urteilsfähigkeit) sowie die Entscheidung dann auch umsetzen können (Handlungsfähigkeit; Urteils- und Handlungsfähigkeit werden auch als Steuerungsfähigkeit zusammengefasst) (BÄK 2019).

Für Situationen fehlender Einwilligungsfähigkeit ist zunächst der in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Wille verbindlich. Benennt die Patientenverfügung konkrete Handlungsanweisungen für die aktuell eingetretene Lebens- und Behandlungssituation und ist eindeutig, ist sie für den Arzt direkt bindend (BÄK und ZEKO 2018). Voraussetzungen einer gültigen Patientenverfügung sind, dass der Patient zum Zeitpunkt der Verfügung volljährig und einwilligungsfähig war und dass sein Wille schriftlich niedergelegt ist; die Verfügung gilt unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung (§ 1901a Abs. 1 und 3 BGB). Bei einwilligungsunfähigen Patienten ohne (gültige) Patientenverfügung muss eine Entscheidung über den Stellvertreter erfolgen. Dieser hat die Behandlungswünsche des Patienten oder den mutmaßlichen Patientenwillen anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln und ihm Geltung zu verschaffen (§ 1901a Abs. 2 BGB). Behandlungswünsche stellen neben der Patientenverfügung und dem mutmaßlichen Patientenwillen eine weitere Möglichkeit der Willensbekundung dar. Behandlungswünsche sind zu einem früheren Zeitpunkt getroffene und auf die aktuelle Situation anwendbare Willenserklärungen des Patienten, die jedoch nicht den formalen Voraussetzungen einer Patientenverfügung entsprechen, da sie beispielsweise mündlich geäußert wurden (BÄK und ZEKO 2018). Besteht zwischen dem Stellvertreter und dem behandelnden Arzt ein Dissens, ob das geplante Vorgehen dem früher erklärten bzw. mut-

maßlichen Patientenwillen entspricht, und kann dieser Dissens beispielsweise auch im Rahmen einer Ethikberatung nicht gelöst werden, ist das Betreuungsgericht einzuschalten (BÄK und ZEKÖ 2018; Leitlinienprogramm Onkologie 2020). Ist kein juristischer Stellvertreter des Patienten bekannt und fehlt eine gültige Patientenverfügung, ist eine Betreuung zu beantragen. Bis dahin sind die Entscheidungen durch die behandelnden Ärzte im Sinne des Patienten zu treffen, wobei Informationen über seinen mutmaßlichen Willen durch Angehörigengespräche zu ermitteln und im Zweifel die indizierten Maßnahmen durchzuführen sind (Janssens et al. 2013).

1.1.1.2 Behandlungsabbruch

Fehlt die medizinische Indikation oder die Einwilligung des Patienten und somit eine der Voraussetzungen zur legitimen Durchführung einer Therapie, darf diese weder eingeleitet, noch fortgeführt werden (Janssens et al. 2013). Stattdessen ist in Situationen lebenserhaltender Therapiemaßnahmen dann ein Behandlungsabbruch (früher: passive Sterbehilfe) als zulässige Form der Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden der begonnenen Therapie angezeigt (Simon 2017). Der Arzt ist jedoch zu einer palliativen Weiterbehandlung und Sicherstellung einer Basisbetreuung verpflichtet (Lipp und Brauer 2013).

Bei Anzeichen dafür, dass die bisherige Indikation im Laufe der Therapie anzuzweifeln ist und möglicherweise wegfällt, hat der Arzt über die Situation entsprechend aufzuklären und ggf. zu handeln (Beckmann 2018). Es steht ihm jedoch nicht zu, aufgrund seiner persönlichen Bewertung des Patientenlebens eine Therapiezieländerung vorzunehmen (BGH, Urteil vom 02.04.2019 Az. VI ZR 13/18).

1.1.2 Die medizinethischen Prinzipien

Ethische Reflexionen sind im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung. Ethik hinterfragt die Bedingungen moralischen Handelns. So versucht sie in der Medizin beispielsweise zu begründen, welche Interventionsmöglichkeiten bei einem Patienten moralisch zu präferieren sind. Die heutige Medizinethik als eigenständige akademische Disziplin entwickelte sich in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, als die enorme Weiterentwicklung der Medizin zunehmend Interventionen ermöglichte, die ethische Reflexionen erforderlich machten, wie beispielsweise lebensverlängernde Intensivtherapie (Marckmann 2013).

Eine mögliche und weltweit bekannte medizinethische Grundlage ärztlichen Handelns bildet die prinzipienorientierte Medizinethik, die von den beiden US-amerikanischen Bioethikern Tom L. Beauchamp und James F. Childress begründet wurde. Sie haben die vier Prinzipien

des Respekts vor der Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit benannt, die sich an weitgehend akzeptierten Werten unserer Alltagsmoral orientieren (Beauchamp und Childress 2013):

Das Prinzip des Respekts der Autonomie fordert eine autonome Entscheidungsfindung des Patienten, beruhend auf seinen eigenen Wertvorstellungen und Überzeugungen. Die Entscheidungsfindung soll durch Informationsvermittlung und Aufklärung gefördert werden, ohne dabei durch die Kontrolle anderer beeinflusst zu werden. Das Prinzip findet insbesondere Anwendung im Konzept der informierten Einwilligung (*informed consent*).

Das Prinzip des Nichtschadens entspricht dem Grundsatz des „*Primum non nocere*“ (Beauchamp und Childress 2013, S. 150, Hervorhebung im Original) und verpflichtet dazu, anderen keinen Schaden zuzufügen. Da in der Medizin häufig Situationen entstehen, in denen Patienten therapiebedingt dem Risiko einer Schädigung ausgesetzt sind oder Belastungen durch die Therapie erfahren, ist eine besonders sorgfältige Nutzen-Schaden-Abwägung nötig. Insbesondere Behandlungen am Lebensende können eine große Herausforderung darstellen, wenn Entscheidungen über Fortführung oder Beendigung einer Therapie getroffen werden müssen.

Das Prinzip des Wohltuns wird vom Prinzip des Nichtschadens klar abgegrenzt. Beauchamp und Childress (2013) unterscheiden hier ein positives Wohltun von Nutzen, wobei Nutzen unter Abwägung von Vorteilen und Risiken das beste Ergebnis meint. Das Prinzip verlangt ein aktives Handeln, damit der Patient größtmögliches Wohlergehen und Nutzen erfährt.

Das vierte Prinzip ist das der Gerechtigkeit, welches zunächst auf dem Grundsatz basiert, dass gleiche Fälle auch gleich behandelt werden sollen. Da jedoch nicht spezifiziert ist, anhand welcher Unterschiede eine andere Behandlung erfolgen soll, können Probleme in der Interpretation und Entscheidungsfindung resultieren. Das Prinzip der Gerechtigkeit befasst sich unter anderem mit Fragen der Gesundheitspolitik, der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen und der Ressourcenallokation (Beauchamp und Childress 2013).

Die genannten medizinethischen Prinzipien sind *prima facie* gültig, was bedeutet, dass sie solange verbindlich sind, bis sie mit einem gleichwertigen oder stärkeren Prinzip in Konflikt geraten (Beauchamp und Childress 2013): Beispielsweise kann das Prinzip des Wohltuns mit dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten konkurrieren, wenn Ärzte aufgrund ihres Expertenwissens eine erfolgversprechende Therapieoption vorschlagen, welche der Patient hingegen ablehnt (Maio 2018). Auch die Prinzipien des Wohltuns und Nichtscha-

dens geraten, wie oben beschrieben, im medizinischen Alltag häufiger in Konflikt. Eine Anwendung der medizinethischen Prinzipien auf den individuellen Patienten und seine Situation unterstützt die Entscheidungsfindung über mögliche Therapieoptionen. In schwierigen oder kontroversen Situationen kann beispielsweise über eine prinzipienorientierte Fallbesprechung als eine Form der Ethikberatung zur Konfliktlösung und Therapieentscheidung beigetragen werden (Marckmann 2013).

1.1.3 Die medizinische Indikation

Die medizinische Indikation ist, wie oben dargestellt, eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme. Der Begriff leitet sich ab vom lateinischen Ausdruck *indicare* (deutsch: anzeigen) (BÄK 2015). Sie ist die aus einem aktiven Entscheidungsprozess resultierende fachliche Einschätzung des Arztes, dass eine konkrete medizinische Maßnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt angezeigt ist, ein festgelegtes, dem Patientenwillen entsprechendes Behandlungsziel mit einer realistischen Wahrscheinlichkeit zu erreichen (BÄK 2015; BÄK und ZEKO 2018).

1.1.3.1 Die Indikationsstellung

Die Indikationsstellung verläuft in zwei Schritten: Zunächst erfolgt eine evidenzbasierte Überprüfung durch den Arzt, ob sich das Behandlungsziel durch die beabsichtigte Intervention grundsätzlich erreichen lässt. Anschließend wird geprüft, ob die Maßnahme auch dem individuellen Patienten in seiner klinischen Situation nutzt (Janssens et al. 2013). In die Beurteilung gehen also zum einen objektive Elemente ein, indem der Arzt eine medizinisch-fachliche Nutzen-Risiko-Abwägung anhand von Handlungsempfehlungen und dem aktuellen Forschungsstand durchzuführen hat und wodurch einer Beliebigkeit von Entscheidungen vorgebeugt werden soll. Durch den Eingang der patientenindividuellen Faktoren handelt es sich zudem um eine Einzelfallentscheidung, wodurch sich erklärt, dass der Prozess der Indikationsstellung nicht gänzlich standardisierbar ist (BÄK 2015; Maio 2015).

Die Beurteilung des Arztes kann in folgenden Ergebnissen resultieren: Wird die Maßnahme als indiziert bewertet, ist sie dem Patienten anzubieten (Janssens et al. 2013). Nichtindizierte Maßnahmen müssen nicht angeboten werden (BGH, Beschluss vom 17.03.2003 Az. XII ZB 2/03) – kontraindizierte Maßnahmen dürfen selbst auf Wunsch des Patienten nicht durchgeführt werden (OLG Karlsruhe, Urteil vom 11.09.2002 Az. 7 U 102/01). Bei Vorliegen einer zweifelhaften Indikation hat der Arzt mögliche Maßnahmen kritisch und ergebnisoffen mit dem Patienten bzw. mit seinem Vertreter zu erörtern (Janssens et al. 2013). Hieraus wird

deutlich, dass die Indikationsstellung der Einwilligung des Patienten vorausgeht und unabhängig von dieser erfolgt (BÄK 2015). Die Indikation bildet den Rahmen, in welchem der Patient seine Autonomie wahrnehmen kann (Lipp 2015a).

1.1.3.2 Funktionen der Indikation

Der Sinn der medizinischen Indikation besteht u.a. darin, über diesen ärztlichen Entscheidungsprozess schädliche Maßnahmen für den individuellen Patienten auszusortieren (Maio 2015). Als normatives Konzept trennt sie medizinisch gerechtfertigte von medizinisch nicht gerechtfertigten Maßnahmen, wodurch sie über die Frage der Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft eine soziale Funktion innehat. Weiterhin erhält sie über das Vertrauensverhältnis zum Arzt eine personale Funktion (BÄK 2015; Maio 2015), welche mitunter als zentrale Funktion angesehen wird (Maio 2015): Entscheidet der Arzt lediglich auf Grundlage der Indikation, darf der Patient darauf vertrauen, dass ihm nur angemessene Maßnahmen angeboten werden. Das Vertrauensverhältnis kann durch die gegenwärtige Zunahme der wunscherfüllenden Medizin, bei der Interventionen ohne Indikation hinsichtlich der klassischen Ziele der Medizin (wie Genesung oder Leidenslinderung) und lediglich auf Wunsch des Patienten hin durchgeführt werden, gefährdet werden, da dem Patienten möglicherweise auch sinnlose Maßnahmen angeboten werden. Als ebenso problematisch im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis und die Patientensicherheit werden die Einflüsse ökonomischer Anreize für den Arzt auf das Stellen der Indikation genannt (Maio 2015). Auch die BÄK kritisiert den Eingang ökonomischer, medizinfremder Beurteilungskriterien in die Indikationsstellung (BÄK 2015).

1.1.3.3 Die Diskussion um den Indikationsbegriff

In Deutschland gibt es derzeit eine Diskussion um die medizinische Indikation. Bedingt durch die oben genannten Entwicklungen der wunscherfüllenden Medizin und Ökonomie im Gesundheitswesen verliere die Indikation zunehmend an Stellenwert, weswegen es wichtig sei, sich ihrer Bedeutung bewusst zu werden (BÄK 2015; Maio 2015).

Untersuchungen der gegenwärtigen Literatur zeigen beispielsweise einen Kontrast in dem Sinne, dass der Indikationsbegriff zwar häufig genutzt, in seiner Bedeutung aber kaum erläutert wird (Wiesing 2017). Bezüglich ihrer Relevanz lassen sich zudem kontroverse Ansichten erkennen (Dörries und Lipp 2015; Wiesing 2017). So wird die medizinische Indikation mitunter als „ein wesentliches Element ärztlicher Tätigkeit“ (Dörries 2015, S. 13) bezeichnet und die Wichtigkeit ihres Stellenwertes im ärztlichen Alltag beispielsweise hinsichtlich der Patientensicherheit betont (BÄK 2015; Maio 2015). Auch im Medizinrecht scheint man sich

der Bedeutung des Indikationsbegriffs für die Medizin bewusst zu sein (Wiesing 2017). Andere Überlegungen gehen dahin, eine „medizinische“ von einer „ärztlichen“ Indikation zu unterscheiden (Neitzke 2015). Daneben gibt es auch Vorschläge für die Abschaffung der Indikation und für die Verwendung alternativer Begriffe: Um die Problematik eingehender Werturteile in die Indikationsstellung und einem Konflikt der ärztlichen Fürsorgeperspektive mit der Patientenautonomie besser begegnen zu können, wird beispielsweise eine Entscheidungsfindung anhand der Begriffe Wirksamkeit und Nutzen sowie die Durchführung einer Nutzen-Schaden-Abwägung empfohlen (Marckmann 2015).

Im englischsprachigen Raum gibt es dagegen keine solche Diskussion um den Begriff der Indikation wie in Deutschland – das Wort *indication* wird zudem auch in einem anderen Sinn, nämlich als Zeichen oder Hinweis für eine ärztliche Entscheidung, genutzt und unterscheidet sich dadurch von der Verwendung des deutschen Begriffs. Entsprechende Aspekte werden vielmehr unter dem Ausdruck des *medical decision making* behandelt (Wiesing 2017).

1.1.4 *Medical futility*

Von *medical futility* wird häufig im Kontext medizinischer Therapien gesprochen, wenn durch eine Behandlung kein unmittelbarer oder langfristiger Nutzen für den Patienten bekannt oder zu erwarten ist (Whitmer et al. 2009) und eine Therapiebegrenzung aus medizinischen Gründen diskutiert wird (Lipp 2015a) – wegen des Fehlens einer medizinischen Indikation (Lipp und Brauer 2013). *Futility* bedeutet auf Deutsch etwa Sinnlosigkeit oder Vergeblichkeit. Die *Futility*-Debatte in den USA entwickelte sich in den späten 1980er Jahren (Burns und Truog 2007). Ihre im Wesentlichen behandelten Aspekte sind neben dem bereits genannten Nutzen solche wie Effekte, Ziele und Werte (Aghabarary und Nayeri 2016).

1.1.4.1 Die *Futility*-Debatte in den USA

Mit dem Aufkommen des medizinischen Fortschritts eröffneten sich nicht nur viele nützliche Behandlungsmöglichkeiten, sondern er führte auch zu einem enormen Druck der Ärzte, ihren Patienten eine potentiell kurative Therapie anzubieten. So wurden immer häufiger aggressive Behandlungen mitunter bis zum Tod der Patienten durchgeführt, verbunden mit der Gefahr eines erheblich verlängerten Sterbeprozesses (Doty und Walker 2000). Die moderne Medizin eröffnete die Möglichkeit, auch terminal Kranke für längere Zeit am Leben zu erhalten, ohne dabei die zugrundeliegende Krankheitsursache zu heilen. Mit der Option einer solchen Lebensverlängerung kamen Gedanken über die Qualität dieses Lebens sowie über die hohen Kosten und die Ressourcennutzung dieser neuen Technologien auf (Saettele und

Kras 2013), deren Einsatz sich gelegentlich als unvernünftig, schädlich und unethisch erweist (Šarić et al. 2017).

Um unangemessene medizinische Interventionen bei Patienten ohne Aussicht auf einen Nutzen zu reduzieren, verwendeten Ärzte und Ethiker den Begriff der *medical futility*. Auf diese Weise sollten sowohl Ärzte wie auch die Gesellschaft daran erinnert werden, dass Ärzte ethisch nicht verpflichtet sind, sinnlose Maßnahmen anzubieten oder durchzuführen (Doty und Walker 2000). Weitere Überlegungen zur Konzeptentstehung begründen sich im Wandel der medizinischen Entscheidungsfindung: Nachdem der ärztliche Paternalismus zugunsten einer partizipativen Entscheidung verlassen wurde und den Patienten zunehmend mehr Rechte zugestanden wurden, kamen mit dem Fortschritt der medizinischen Technologien auch Anfragen der Patienten nach aus ärztlicher Sicht sinnlosen Interventionen auf. Das Konzept der *futility* sollte Ärzten autorisieren, in bestimmten Situationen einseitig Entscheidungen zu treffen und lebenserhaltende Therapien zu beenden (Brody und Halevy 1995). Wer letztlich die Befugnis darüber hat, Entscheidungen über die Beendigung lebenserhaltender Therapien zu treffen, beispielsweise bei Patienten mit einem persistierenden vegetativen Status, wurde kontrovers diskutiert: Nachdem es Ansichten darüber gab, dass die Entscheidung bei dem Patienten oder seinem Stellvertreter bleiben muss, gab es wiederum auch solche Meinungen, dass dieses Recht unter bestimmten Voraussetzungen außer Kraft gesetzt werden kann (Truog et al. 1992). Neben Konflikten über die Entscheidungskompetenz sind weitere mögliche Umstände, in denen Behauptungen über das Vorliegen von *futility* geäußert werden können, solche, in denen Unstimmigkeiten zwischen den Werten oder Zielen der involvierten Parteien vorliegen, Situationen, in denen der Arzt vermutet, dass der Patient bzw. sein Stellvertreter der ärztlichen Beurteilung nicht zustimmen würden sowie Ressourcenallokation (Council on Ethical and Judicial Affairs 1999). So kamen beispielsweise Bedenken auf, dass *futility* zur Kostenreduktion genutzt werde und lediglich eine Täuschung zum Zweck der Rationierung sei (Jecker und Schneiderman 1992).

Burns und Truog (2007) teilen die *Futility*-Debatte in verschiedene Generationen ein: Die erste Generation ist durch Versuche geprägt, eine Definition von *futility* anhand klinischer Kriterien zu erarbeiten. Diese Versuche schlugen ihrer Ansicht nach fehl, da die genannten Versorgungseinschränkungen auf Werturteilen basierten, für die es keinen gesellschaftlichen Konsens gab. In den späten 1990er Jahren führten diese Problematik und das Versäumnis, Konfliktfälle im Kontext von *futility* zu lösen, zur zweiten Generation der Debatte, in welcher Verfahren erarbeitet wurden, die zur Konfliktlösung beitragen sollten. Diese prozeduralen Ansätze gingen in viele Klinikleitlinien ein und ermöglichten es den Krankenhäusern, über

ihre Ethikkomitees zu entscheiden, ob die geforderte Intervention *futile* ist. Da es sich zunächst jedoch um krankenhausinterne und nicht um gesetzliche Regelungen handelte, konnten Familien diese Bestimmungen rechtlich anfechten. Die prozessbasierten Ansätze wurden schließlich in die Gesetzgebung einiger Staaten aufgenommen. Dies hatte zur Konsequenz, dass die Bewertungen der Ethikkomitees in diesen Staaten sodann rechtskräftig wurden. Somit war ein starkes Instrument geschaffen, die Ansichten des Behandlungsteams durchzusetzen, wenn dies eine Intervention als *futile* bewertete und ihre Durchführung ablehnte – zumal die Zusammensetzung dieser Komitees, wie Burns und Truog (2007) anführen, oftmals nicht repräsentativ für die Gemeinde ist, sondern hauptsächlich Ärzte, Krankenschwestern und andere Klinikmitarbeiter umfasst. Auch diesen Ansatz sehen sie als gescheitert, da er Krankenhäuser dazu befugt über Forderungen zu entscheiden, die Ärzte als unangemessen bewerten, während es weiter keinen nationalen Konsens darüber gibt, was eine nützliche Behandlung ist. In einer folgenden dritten Generation der Debatte stehen nach Burns und Truog (2007) die Kommunikation und Schlichtung am Krankenbett im Fokus. In den seltenen Fällen, in denen trotz aller Bemühungen kein Konsens zwischen den Beteiligten erreicht werden kann, sollten Ärzte Wege finden, sich bei der Bereitstellung der Versorgung gegenseitig zu unterstützen, anstatt zu versuchen, sich über die Forderungen der Patienten und Familien hinwegzusetzen (Burns und Truog 2007). Nach wie vor hält die Debatte an: Misak et al. (2016) kommen beispielsweise rund ein Jahrzehnt später zu dem Ergebnis, dass einseitige Entscheidungen von Ärzten oder Familien nicht das sind, worum es in der *Futility*-Debatte geht, da jede Entscheidung am Lebensende vor dem Hintergrund einer Menge von Fachwissen, Richtlinien und gemeinsamen Werten getroffen werde, die teilweise aufgrund einer impliziten Vereinbarung zwischen Patienten, Ärzten und der Gesellschaft besteht. Ein Großteil der Debatte sollte sich ihrer Ansicht nach darauf konzentrieren, ob es der derzeitige Gesellschaftsvertrag Ärzten ermöglicht, bestimmte Entscheidungen direkt und ohne vorherige Aushandlung mit dem Patienten zu treffen, ob eine Entscheidung zunächst verhandelt werden muss oder ob sie aufgrund wissenschaftlicher Unsicherheit oder Wertedifferenzen zwischen Patient und Arzt in einen möglicherweise umstrittenen Bereich fällt (Misak et al. 2016).

1.1.4.2 Definitionen des Begriffs *medical futility*

Der Begriff *futility* leitet sich vom lateinischen Wort *fulilis* ab, was so viel bedeutet wie „undicht“. In der griechischen Mythologie wurden die Töchter von Danaus im Hades dazu verurteilt, Wasser in einem undichten Fass zu schöpfen – was ihnen nicht gelang und wodurch die Bedeutung des Wortes verständlicher wird: Eine *futile* Intervention ist eine solche, welche

die Ziele ihrer Handlung nicht erreichen kann, egal wie häufig sie wiederholt wird (Schneiderman et al. 1990).

In der Vergangenheit gab es zahlreiche Versuche, den Begriff *medical futility* zu definieren (Aghabarary und Nayeri 2016). Eine der wohl bekanntesten Definitionen geht auf Schneiderman et al. (1990) zurück, welche eine quantitative von einer qualitativen *futility* unterscheiden: Als quantitativ *futile* ist nach ihrem Vorschlag eine Situation einzuschätzen, wenn die in Betracht gezogene medizinische Behandlung in den letzten 100 Fällen nutzlos war. Die Beurteilung des Arztes kann dabei auf persönlichen Erfahrungen oder solchen im Austausch mit Kollegen fußen oder aber unter Berücksichtigung empirischer Daten erfolgen. Behandlungen, die lediglich eine dauerhafte Bewusstlosigkeit erhalten, oder welche die vollständige Abhängigkeit einer intensivmedizinischen Versorgung nicht beenden können, sollten als *non-beneficial* und daher ebenfalls als *futile* angesehen werden, wobei hier eine qualitative *futility* beschrieben wird. Schneiderman et al. (1990) unterscheiden weiterhin zwischen einem Effekt, welcher sich auf einen Körperteil beschränkt, und einem Nutzen, der der Person insgesamt zugutekommt – Behandlungen, die Letzteres verfehlen, sind *futile* (Schneiderman et al. 1990).

Brody und Halevy (1995) unterscheiden dagegen folgende Typen von *futility*: So liegt eine *physiological futility* vor, wenn eine Intervention das beabsichtigte physiologische Ziel nicht erreichen kann. Als *imminent demise futility* beschreiben sie eine solche Handlung, bei welcher der Patient trotz ihrer Durchführung in naher Zukunft versterben wird. Eine *lethal condition futility* ist eine Intervention bei einem Patienten, der eine tödliche Grunderkrankung hat, welche durch die Intervention nicht beeinflusst wird und die innerhalb von Wochen bis Monaten zum Tod führen wird. Auch Brody und Halevy führen eine *qualitative futility* an, bei der eine Intervention nicht zu einer akzeptablen Lebensqualität führt (Brody und Halevy 1995). Mohindra (2007) unterscheidet weiterhin eine *goal futility*, bei der eine Intervention die Wahrscheinlichkeit zum Erreichen eines definierten Zieles nicht ändern kann, von einer *value futility*. Bei Letzterer kann die Maßnahme zwar die Wahrscheinlichkeit zum Erreichen eines definierten Zieles ändern, jedoch wird das Ziel als nicht erstrebenswert angesehen. Ohne explizite Festlegung eines Interventionsziels ist eine Behauptung, dass eine Intervention *futile* sei, unvollständig (Mohindra 2007).

Die verschiedenen Definitionen, von denen hier nur einige exemplarisch aufgeführt sind, wurden kontrovers diskutiert. Einige Einwände lauteten beispielsweise, dass Schneiderman et al. keine Grundlage gäben für ihre Annahme, Erfolgchancen von weniger als 1 % seien die Durchführung der Therapie nicht wert oder auch, dass die oft als „wertfrei“ bezeichnete

physiologic futility dennoch kontrovers zu betrachten sei, da der Wert der physiologischen Homöostase priorisiert werde gegenüber anderen Werten wie etwa Lebensqualität (Burns und Truog 2007). Weitere Überlegungen waren mitunter, dass sich einseitige *Futility*-Entscheidungen aus ethischer Sicht am ehesten in Situationen physiologischer *futility* rechtfertigen ließen, wobei diese jedoch in den wenigsten Situationen auch vorlägen – stattdessen fuße die Beurteilung meist auf niedrigen Wahrscheinlichkeiten für Therapieerfolge und Erwartungen einer sehr schlechten Lebensqualität. Ferner sollte der gut informierte Patient über die Einwilligung oder Ablehnung einer Behandlung entscheiden, wenn die Beurteilung der Situation als *futile* auf einem Werturteil beruhe (Doty und Walker 2000).

Wilkinson und Savulescu (2011) beschreiben schließlich eine Änderung der Wortwahl, zu welcher es im Laufe der Zeit gekommen ist: So wird etwa in neueren Leitlinien der Begriff *futility* vermieden und stattdessen eine Vielzahl an Synonymen verwendet, wobei unklar ist, ob diese objektiver und einfacher zu definieren sind oder sie die Vermittlung gegenüber der Familie vereinfachen (Wilkinson und Savulescu 2011). In den Leitlinien der Society of Critical Care Medicine (SCCM) wird beispielsweise die Verwendung des Ausdrucks *nonbeneficial* anstelle von *futile* empfohlen (Nates et al. 2016). In einem durch mehrere Fachgesellschaften gemeinschaftlich erarbeiteten *Statement* werden folgende Definitionen gegeben und Begriffe voneinander abgegrenzt: *Potentially inappropriate treatments* werden definiert als

„[A] treatments that have at least some chance of accomplishing the effect sought by the patient or surrogate and are not proscribed, but clinicians believe that competing ethical considerations justify refusing to provide the requested treatment“ (Bosslet et al. 2015, S. 1324).

Für den Begriff *futile* wird dagegen eine eng gefasste Definition empfohlen: „*Interventions that cannot accomplish the intended physiological goals*“ (Bosslet et al. 2015, S. 1325).

Nach Whitmer et al. (2009) ist der Begriff *medical futility* subjektiv, weshalb er durch verschiedene Personen unterschiedlich definiert werden kann. Als Hauptkomponenten der bestehenden Definitionen lassen sich immerhin die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges und der Wert einer Behandlung in Bezug auf die Lebensqualität entnehmen. Die Frage aber, wo die objektive Grenze der *futility* einer Therapie zu ziehen ist, lässt sich durch die Literatur bislang weiterhin nicht beantworten (Aghabarary und Nayeri 2016).

1.2 Zusammenfassung und Forschungsanliegen

Die moderne Intensivmedizin bedingt neben vielen positiven Aspekten zunehmend Situationen, die mit ethischen Fragestellungen und Konflikten einhergehen: Bei infauster Prognose

und/oder erwarteter erheblicher Einbußen der Lebensqualität des Patienten infolge der Therapie muss evaluiert werden, ob eine Intensivtherapie mit ihren Belastungen (noch) sinnvoll durchführbar ist. Besonders herausfordernd sind Situationen, in denen Patienten oder ihre Angehörigen lebenserhaltende Interventionen einfordern, von denen Ärzte denken, dass sie medizinisch nicht mehr sinnvoll sind. Studien deuten darauf hin, dass derlei Konflikte auf nordamerikanischen und europäischen Intensivstationen verbreitet auftreten (Bosslet et al. 2016).

Die Voraussetzungen für jegliche medizinische Intervention sind die medizinische Indikation, die vom Arzt zu stellen ist, und die Einwilligung des aufgeklärten Patienten. Fehlt eine dieser beiden Elemente, so ergeben sich in der Konsequenz im Falle lebenserhaltender (Intensiv-)Therapie ein Behandlungsabbruch und eine Änderung des Therapieziels mit Ausrichtung auf palliativmedizinische Versorgung. Während die Patientenautonomie, die hier vor allem in der Einwilligung bzw. Ablehnung einer vorgeschlagenen Maßnahme zum Tragen kommt, in der Vergangenheit zunehmend an Bedeutung gewonnen hat und mittlerweile eine zentrale Stellung in der modernen Medizin einnimmt, wird die medizinische Indikation als weitere Voraussetzung hingegen in Lehrbüchern wenig erläutert und büßt zunehmend ihre Schutzfunktion für den Patienten ein, nur potentiell nützliche Optionen anzubieten. In der gegenwärtigen Literatur werden Behandlungsszenarien kontrovers diskutiert, in welchen aus fachlicher Beurteilung des Arztes die Indikation zur Weiterführung der lebenserhaltenden Therapie fehlt, da dieser keinen Nutzen mehr für den Patienten sieht – ebenso wie der vor allem im angloamerikanischen Raum verwendete Begriff der *medical futility*.

Da die Verantwortung letztlich jedoch der behandelnde Arzt zu tragen hat, sind Expertenempfehlungen und Leitlinien für mehr Handlungssicherheit bei Entscheidungsfindungen gewünscht, wie Studien gezeigt haben (Jox et al. 2012; Padberg et al. 2014). Diese könnten in den erwähnten juristisch wie ethisch problembehafteten Situationen am Lebensende Orientierung geben und dadurch dazu beitragen, Sterbeprozesse und Leiden nicht unnötig zu verlängern.

In der folgenden Forschungsarbeit sollen Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften und Standesorganisationen aus Deutschland und den USA hinsichtlich des Themas „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ untersucht und dabei die enthaltenen Vorschläge für ein ethisch angemessenes Vorgehen in Konfliktsituationen in diesem Kontext herausgearbeitet werden. Ziel der Literaturanalyse ist es, deutsche und US-amerikanische

Stellungnahmen hinsichtlich enthaltener Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu untersuchen und zu prüfen, inwiefern sich Elemente der *Futility*-Debatte auf Deutschland übertragen lassen.

Konkret sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Wird das Thema Therapiebegrenzung/-beendigung aufgrund fehlender medizinischer Indikation bzw. Sinnhaftigkeit angesprochen? Wenn ja, in welcher Weise und in welchem Umfang?
- Werden Kriterien dafür benannt, wann eine Maßnahme als medizinisch nicht mehr indiziert bzw. nicht mehr sinnvoll zu betrachten ist? Wenn ja, welche?
- Wird auf die Situation eingegangen, dass der Patient oder dessen Angehörige eine aus ärztlicher Sicht nicht mehr indizierte Maßnahme einfordern? Wenn ja, welche Empfehlungen werden gegeben?
- Abschließender Vergleich: Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich in den Stellungnahmen der deutschen und US-amerikanischen Fachgesellschaften bzw. Ärztekammern mit Blick auf das Thema ermitteln?

2 Methoden

Die zur Beantwortung der genannten Forschungsfragen analysierten Literaturbeiträge stammen größtenteils aus einer systematischen Literaturrecherche, die in den Datenbanken MEDLINE via PubMed und Web of Science durchgeführt wurde. Des Weiteren wurden die Bioethik-Literaturdatenbank BELIT und die vorhandenen Leitlinien der deutschen intensivmedizinischen Fachgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) untersucht. Ergänzend wurden die Homepages einschlägiger Institutionen in Deutschland und den USA direkt abgesucht und in den Suchmaschinen Google und Google Scholar recherchiert. Den Abschluss bildete eine Handrecherche relevanter Referenzartikel.

2.1 Suchstrategien

Anregungen für eine mögliche Gestaltung der Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche im Hinblick auf vorhandene Leitlinien wurden Beispielen der Homepages der AWMF (AWMF.org - Regelwerk Leitlinien o. J.) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (leitlinien.de - Suchstrategie Leitlinien ÄZQ 2017) entnommen. Die folgende erarbeitete und auf das Themengebiet der Forschungsarbeit angepasste Suchstrategie für die Datenbank MEDLINE/PubMed enthält Elemente dieser Gestaltungsvorschläge:

```
("Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Guideline"[Publication Type] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Practice Guideline"[Publication Type] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guideline"[All Fields] OR "Advance Directive Adherence"[Mesh] OR guideline*[tiab] OR principle*[tiab] OR "standards"[Subheading] OR statement[tiab] OR consensus[tiab] OR position[tiab] OR evidence[tiab] OR experienc*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR appropriat*[tiab] OR protocol*[tiab] OR pathway*[tiab] OR improve*[tiab] OR adhere*[tiab]) AND ("Prognosis"[Mesh] OR "Unnecessary Procedures"[Mesh] OR "Withholding Treatment"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh:NoExp] OR "Euthanasia, Passive"[Mesh] OR "Resuscitation Orders"[Mesh] OR "Palliative Care"[Mesh] OR "Advance Care planning"[Mesh] OR "Decision Making"[Majr:NoExp] OR "Clinical Decision-Making"[Mesh] OR "Refusal to treat"[Mesh] OR euthanasia[tiab] OR palliativ[tiab] OR withholding[tiab] OR refusal[tiab] OR futile[tiab] OR futility[tiab] OR terminal[tiab] OR withdrawal[tiab]) AND ("Societies, Medical"[Mesh] OR "medical society"[tiab] OR "medical societies"[tiab] OR "medical association*"[tiab] OR section[tiab] OR committee[tiab]) AND ("Intensive Care Units"[Mesh:NoExp] OR "Intensive Care Unit*"[tiab] OR "Intensive care medicine"[tiab] OR "Burn Units"[Mesh] OR "Burn Unit*"[tiab] OR "Respiratory Care Units"[Mesh] OR "Respiratory Care Unit*"[tiab] OR "Coronary Care Units"[Mesh] OR "Coronary Care Unit*"[tiab] OR "Emergency Medicine"[Mesh:NoExp] OR "Emergency Medicine"[tiab] OR "Critical Care"[Mesh:NoExp] OR "Critical Care"[tiab] OR "end-of-life"[tiab] OR "life-sustaining treatment"[tiab]).
```

Basierend auf dieser Suchstrategie erfolgte die Anpassung und Übertragung auf die Datenbank Web of Science über die Suchoption „*Advanced Search*“ und die Suchmaske „*All Databases*“:

TS=(Guideline* OR principle* OR standard* OR statement OR consensus OR position OR evidence OR experienc* OR recommendation* OR appropriat* OR protocol* OR pathway* OR improve* OR adhere*) AND TS=(Prognosis OR "Unnecessary Procedures" OR "Withholding Treatment" OR "Terminal Care" OR Euthanasia OR "Resuscitation Orders" OR "Palliative Care" OR "Advance Care Planning" OR "Decision Making" OR "Clinical Decision-Making" OR "Refusal to treat" OR futil*) AND TS=("medical societ*" OR "medical association" OR section OR committee) AND TS=("Intensive Care Unit" OR "Intensive Care Medicine" OR "Emergency Medicine" OR "Critical Care" OR "end-of-life" OR "life-sustaining treatment").

Die Recherche in der Datenbank BELIT erfolgte über die Option „Erweiterte Suche“ als Schlagwortsuche mit den folgenden Begriffen des oben genannten MEDLINE/PubMed-Suchalgorithmus, bei welchem über den zur Verfügung stehenden Bioethik-Thesaurus eine sinnvolle MeSH-Konkordanz ermittelt werden konnte:

guidelines, standards, evidence-based medicine, prognosis, termination of treatment, foregoing treatment, terminal care, allowing to die, resuscitation orders, palliative care, decision making, refusal to treat, ethics committees, intensive care units, emergency medicine.

Neben diesen englischen Begriffen wurden die jeweiligen deutschen Pendanten mit abgesehen:

Richtlinie, Standard, Evidenzbasierte Medizin, Prognose, Behandlungsabbruch, Behandlungsverzicht, Pflege von Sterbenden, Sterbenlassen, Reanimationsentscheidung, Palliative Pflege, Entscheidungsfindung, Behandlungsverweigerung [Arzt], Ethikkommission, Intensivstation, Notfallmedizin.

Die Anzahl der maximal angezeigten und nach Relevanz sortierten Ergebnisse wurde auf 1000 begrenzt.

Ergänzend wurden die auf der Homepage der AWMF hinterlegten Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften für Intensivmedizin (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin und Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin) untersucht (AWMF.org - Mitgliedsgesellschaften o. J.). Hierzu wurden die Inhaltsverzeichnisse der Leitlinien auf thematisch relevante Kapitel überprüft. Außerdem wurde eine Textwortsuche mit den Begriffen „Therapiebegrenzung“, „Therapieabbruch“, „Therapiezieländerung“, „ethi“ und „Konflikt“ durchgeführt, um entsprechende Passagen zu identifizieren.

Da die Beiträge, die sich durch die systematische Recherche ergaben, überwiegend von US-amerikanischen Fachgesellschaften stammten, wurden zusätzlich die Homepages der oben

genannten deutschen intensivmedizinischen Fachgesellschaften und der BÄK abgesehen. Für einen entsprechenden Vergleich zur US-amerikanischen Institution wurde auch auf der Homepage der American Medical Association (AMA) recherchiert.

Bei einer ergänzenden Recherche in den Suchmaschinen Google und Google Scholar mit dem Suchbefehl „Guideline" AND "futility" AND "Medical Association" AND "Intensive Care Unit"“ wurden die jeweils ersten 100 der nach Relevanz geordneten Ergebnisse berücksichtigt.

Abschließend erfolgte eine Handrecherche der als relevant empfundenen Referenzartikel, die aus den Literaturverzeichnissen der Einschlussartikel stammten.

2.2 Auswahlkriterien

Die Literaturrecherche erstreckte sich über den Zeitraum Februar 2019 bis August 2019. Dabei wurden deutsch- und englischsprachige Artikel der Jahre 2008 bis 2018 zunächst über Titel und, wenn vorhanden, *Abstract* auf eine mögliche Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfragen untersucht. Anschließend wurden bedeutsam erscheinende Artikel im Volltext auf ihre Eignung überprüft. Für Artikel, die nicht über die Lizenzen der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen eingesehen werden konnten, oder für die keine gültigen Internetadressen mehr existierten, wurden die Autoren oder die Fachgesellschaften persönlich kontaktiert.

Eingeschlossen wurden Beiträge medizinischer Fachgesellschaften oder Landesorganisationen aus Deutschland oder den USA, sofern sie inhaltlich das Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ oder einseitigen Therapieabbruch behandeln und Konfliktsituationen thematisieren, die sich im Kontext dieser fehlenden Sinnhaftigkeit aus medizinischer Sicht ergeben – beispielsweise, dass der Patient oder dessen Angehörige eine Intervention einfordern, die aus ärztlicher Sicht nicht mehr indiziert ist. Für Beiträge von Fachgesellschaften war es ein zusätzliches Kriterium, dass ein Bezug zur Intensivmedizin hergestellt werden konnte. Ausgeschlossen wurden solche Beiträge, die eine Therapiebegrenzung lediglich bei Kindern und Jugendlichen oder eine Therapiebegrenzung angesichts einer möglichen Organspende thematisieren bzw. wurden entsprechende Passagen in thematisch breiter gefassten Artikeln nicht berücksichtigt. Beiträge über die medizinische Versorgung in Katastrophen und Pandemien wurden ebenfalls ausgeschlossen.

3 Ergebnisse

3.1 Auswahl der Literaturbeiträge

Die systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE via PubMed und Web of Science ergab für den Zeitraum 2008 bis 2018 1092 Artikel in deutscher oder englischer Sprache. Nach Abzug der 192 Dubletten verblieben 900 Beiträge, welche zunächst anhand des Titels und des *Abstracts* (soweit vorhanden) auf Relevanz für die zu beantwortende Fragestellung geprüft wurden. In diesem Schritt konnten 866 Artikel ausgeschlossen werden, weil sie nicht von einer Fachgesellschaft, der BÄK oder der AMA stammten, oder thematisch nicht einschlägig waren. Von den verbliebenen 34 Beiträgen wurden die Volltexte durchgesehen. In diesem Schritt wurden zunächst sieben Beiträge ausgeschlossen, da sie Zusammenfassungen ebenfalls enthaltener Originalbeiträge darstellten, nicht oder nicht konkret auf das Thema Therapiebegrenzung eingingen oder aber die Fachgesellschaft keinen Bezug zur Intensivmedizin hatte. Sieben weitere Artikel behandelten das Thema Therapiebegrenzung ausschließlich im Zusammenhang mit dem Patientenwillen und wurden ebenfalls ausgeschlossen. Von den verbliebenen 20 Beiträgen benannten sechs entweder gar keinen Konflikt oder nur im Zusammenhang mit dem Patientenwillen. Sie wurden in der Auswertung jedoch trotzdem berücksichtigt, sofern sie Hinweise für die Beantwortung der Fragestellung enthielten. Übrig blieben somit 14 Artikel von medizinischen Fachgesellschaften oder ärztlichen Standesvertretungen, die auf Konflikte im Zusammenhang mit dem Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ eingehen. Im Rahmen der ergänzenden Recherche konnten einige weitere Artikel identifiziert werden, die das Thema behandeln. In die anschließende Analyse wurden jedoch nur noch diejenigen Artikel mit aufgenommen, bei denen auch ein Konflikt im Kontext einer fehlenden Indikation beschrieben wurde. Somit konnten in BELIT, auf den Homepages einschlägiger Institutionen, über Google sowie über die Handrecherche der sich über die Literaturverzeichnisse ergebenden Referenzartikel acht weitere Beiträge identifiziert werden, die die genannten Kriterien erfüllen. Ferner wurden noch die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ mit aufgenommen, die zwar keine Konflikte benennen, aber als zentraler Referenzartikel im Zusammenhang mit dem Thema Therapiebegrenzung in Deutschland anzusehen sind.

Die Recherche- und Auswahlsschritte sind in Anlehnung an das PRISMA-Flussdiagramm (Moher et al. 2009) in Abbildung 1 grafisch zusammengefasst.

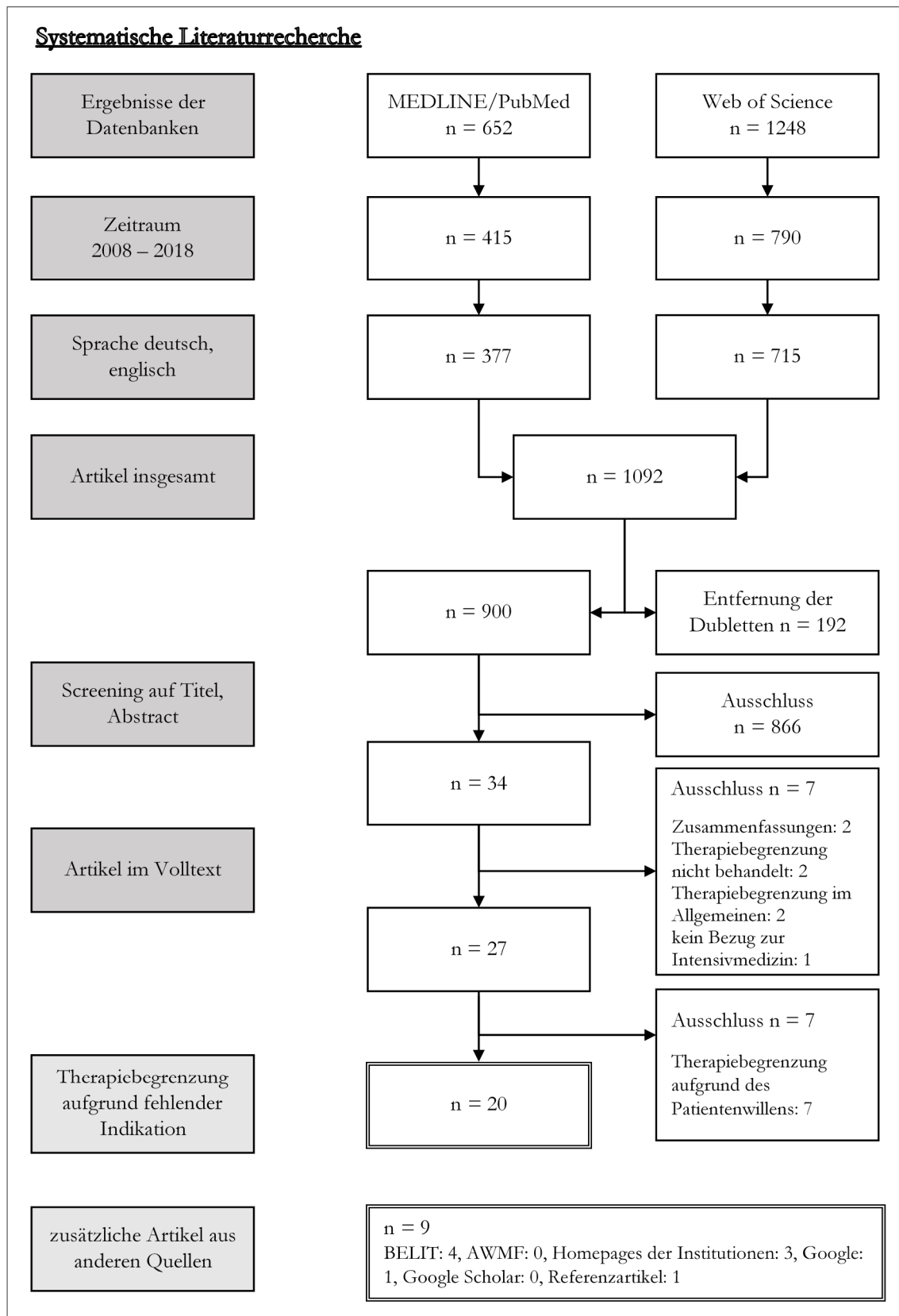


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Darstellung des Vorgehens bei der Artikelauswahl

3.2 Darstellung der Artikel

In 29 der in die Analyse aufgenommenen Artikel lässt sich eine Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit nachvollziehen. Es handelt sich dabei um unterschiedliche Publikationstypen – darunter Leitlinien, *Statements*, Positionspapiere, Empfehlungen, Grundsätze, *Opinions*, *Guidelines*, *Reports* und weitere wie eine Ethik-Charta, eine Originalarbeit und ein *Manual*. In 22 dieser Artikel (14 aus der systematischen und acht aus der ergänzenden Recherche) sind Konfliktsituationen im Zusammenhang mit einer fehlenden Indikation beschrieben. In 17 Beiträgen (zehn aus der systematischen und sieben aus der ergänzenden Recherche) wird dieser Konflikt so spezifiziert, dass er die Einforderung einer aus ärztlicher Sicht nicht mehr indizierten Therapie seitens der Angehörigen oder des Patienten darstellt. Im Folgenden werden diese Beiträge zunächst kurz charakterisiert, indem auf die Art und Weise sowie den Umfang der thematischen Abhandlung eingegangen wird. Eine ausführlichere Darstellung der Inhalte erfolgt im Rahmen der weiteren Textauswertung. Die Darstellung erfolgt differenziert nach Ländern (Deutschland und USA) sowie Autoren (Fachgesellschaften und Standesvertretungen).

3.2.1 Literaturbeiträge aus Deutschland

Die Recherche ergab zwölf thematisch relevante Artikel deutscher Fachgesellschaften und der BÄK (siehe Tabelle 1). Betrachtet man den Anteil des Themas bezogen auf den jeweiligen Gesamttext, so ergibt sich, dass die Mehrzahl der Artikel das Thema wenn nicht überwiegend, so jedoch ausführlicher behandeln, beispielsweise innerhalb eines eigenen Kapitels oder Unterkapitels. Zudem fällt auf, dass einige Begrifflichkeiten in diesem Kontext häufiger verwendet werden: So wird der vor allem im US-amerikanischen Raum häufiger genutzte Begriff der *futility* vereinzelt genannt. Häufiger jedoch werden Ausdrücke für den (fehlenden) Sinn einer Therapie und vor allem derjenige der medizinischen Indikation gewählt.

Tabelle 1: Artikel aus Deutschland

Fachgesellschaft, beteiligte Institutionen	Jahr	Titel (Zitation)
BÄK ¹ , ZEKO ²	2018	Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag (BÄK und ZEKO 2018)
DGP ³	2017	Klug entscheiden am Lebensende. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (Alt-Epping 2017)
DIVI ⁴	2016	Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI (Neitzke et al. 2016)
DGTHG ⁵ , DGAI ⁶ , DIVI ⁴ , DGfK ⁷ , DGK ⁸	2015	S3-Leitlinie 011/020: Einsatz der intraaortalen Ballongegenpulsation in der Herzchirurgie (Pilarczyk et al. 2015)
DGINA ⁹	2014	Ethische Probleme im Umgang mit Reanimation und Patientenverfügung in der Notaufnahme. Ergebnisse einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der DGINA (Padberg et al. 2014)
DGPneumologie ¹⁰ , DGAI ⁶ , DGCH ¹¹ , DGEM ¹² , DGF ¹³ , DGG ¹⁴ , DGIIN ¹⁵ , DGK ⁸ , DGNI ¹⁶ , DGP ³ , DIGAB ¹⁷ , DIVI ⁴ , Industrieverband Spectaris, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., DMGP ¹⁸ , GNPI ¹⁹	2014	Prolongiertes Weaning: S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (Schönhofer et al. 2014)

Fachgesellschaft, beteiligte Institutionen	Jahr	Titel (Zitation)
BÄK ¹ , ZEKO ²	2013	Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis (BÄK und ZEKO 2013)
DIVI ⁴	2013	Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Janssens et al. 2013)
BÄK ¹	2011	Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (BÄK 2011)
DGPneumologie ¹⁰ , AGH ²⁰ , DGAI ⁶ , DGF ¹³ , DGK ⁸ , DGKJ ²¹ , DGM ²² , DGN ²³ , DGP ³ , DGSM ²⁴ , Industrieverband Spectaris, MDK ²⁵ Bayern	2010	Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. S2-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (Windisch et al. 2010)
BÄK ¹ , ZEKO ²	2010	Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis (BÄK und ZEKO 2010)
DGSS ²⁶	2008	Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) (Reiter-Theil et al. 2008)

¹ Bundesärztekammer; ² Zentrale Ethikkommission; ³ Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; ⁴ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin; ⁵ Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie; ⁶ Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; ⁷ Deutsche Gesellschaft für Kardiotechnik e.V.; ⁸ Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.; ⁹ Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin; ¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und

Beatmungsmedizin e.V.;¹¹ Deutsche Gesellschaft für Chirurgie;¹² Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.;¹³ Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.;¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.;¹⁵ Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin;¹⁶ Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin;¹⁷ Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e.V.;¹⁸ Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie e.V.;¹⁹ Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin;²⁰ Arbeitsgemeinschaft für Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung e.V.;²¹ Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.;²² Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.;²³ Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V.;²⁴ Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin;²⁵ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung;²⁶ Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

3.2.1.1 Artikel deutscher Fachgesellschaften

Insgesamt ließen sich acht Beiträge deutscher Fachgesellschaften ermitteln. Unter diesen fanden sich drei Leitlinien, in denen das Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ nachvollzogen werden konnte: Die Leitlinie zum „Einsatz der intraaortalen Ballongegenpulsation in der Herzchirurgie“ widmet sich dem Thema innerhalb weniger Sätze im Rahmen von Überlegungen zu Limitierungen und Grenzen dieser Therapie, ohne dabei aber weitere Aspekte, wie beispielsweise juristische Voraussetzungen einer Behandlung oder Konflikte konkreter zu behandeln (Pilarczyk et al. 2015). Die Leitlinie zur „Nichtinvasiven und invasiven Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ geht bereits umfassender in einem eigenen Unterkapitel auf die Therapiebegrenzung ein und erwähnt in diesem Zusammenhang u.a. die Notwendigkeit der Rechtskenntnis der verschiedenen Formen der Sterbehilfe (Windisch et al. 2010). In der Leitlinie „Prolongiertes Weaning“ findet sich ein eigenes Kapitel über Entscheidungen am Lebensende, welches mehrere Unterkapitel enthält. Hier wird im Kontext juristischer Aspekte einer legitimen Behandlung bzw. deren Begrenzung neben dem Patientenwillen auch auf die medizinische Indikation eingegangen. Weiterhin werden Empfehlungen zum Vorgehen im Falle von Meinungsverschiedenheiten gegeben und es werden außerdem Folgen mangelhafter Begrenzung der Therapie für den Patienten erwähnt (Schönhofer et al. 2014).

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nähert sich dem Thema innerhalb der Empfehlungen „Klug entscheiden am Lebensende“ im Kontext der Problematik einer Überversorgung am Lebensende, wobei auch gesellschaftsethische Aspekte angesprochen werden, sowie im Rahmen der aufgeführten Negativempfehlung (Alt-Epping 2017). Die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) geht im Rahmen der Diskussion ihrer Umfrage zu ethischen Problemen und zur Entscheidungsfindung in der Notaufnahme auf Überlegungen hinsichtlich einer Therapiebegrenzung ein und spricht dabei

die Unsicherheit bei derlei Entscheidungen an (Padberg et al. 2014). Konflikte werden in keinem der beiden Artikel benannt.

Von der DIVI sind zwei Positionspapiere zum Thema „Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“ enthalten, in welchen ebenfalls im Kontext juristischer Voraussetzungen legitimer Therapie bzw. deren Begrenzung auf die medizinische Indikation eingegangen wird; neben Konfliktszenarien werden auch Auswirkungen einer unzureichenden Therapiebegrenzung für den Patienten angesprochen (Janssens et al. 2013; Neitzke et al. 2016). Im aktuelleren Papier aus dem Jahr 2016 wird zudem insofern auf Aspekte der Therapiekosten eingegangen, als dass diese die Entscheidungsfindung beim individuellen Patienten nicht beeinflussen dürfen (Neitzke et al. 2016).

Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes nähert sich dem Thema in ihrer Ethik-Charta über Ausführungen zu sterbenden Patienten und deren Ängsten u.a. vor Überversorgung. Sie benennt in diesem Zusammenhang auch mögliche Folgen bzw. Auswege, die die Patienten ggf. suchen. Außerdem wird auch in diesem Beitrag als Voraussetzung einer legitimen Therapiebeendigung die medizinische Sinnlosigkeit genannt. In diesem Zusammenhang wird zudem auf die Problematik unzureichender Umsetzung einer solchen sowie auch mangelnder Rechtskenntnis seitens einiger Ärzte eingegangen. Ferner werden in dem Kontext auch Konfliktsituationen angesprochen (Reiter-Theil et al. 2008).

3.2.1.2 Artikel der BÄK

Innerhalb der analysierten Beiträge aus Deutschland stammen vier Artikel von der BÄK. Diese hat gemeinsam mit der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) „Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung“ veröffentlicht. Bei dem aktuellen Beitrag aus dem Jahr 2018 handelt es sich um Fortschreibungen früherer Empfehlungen aus den Jahren 2010 und 2013, die ebenfalls in der Recherche enthalten waren. Da sich diese in Art und Umfang der thematischen Auseinandersetzung nicht wesentlich unterscheiden, wird im Folgenden die aktuelle Empfehlung aus dem Jahr 2018 zugrunde gelegt.

Die Empfehlungen dienen der Unterstützung der Entscheidungsfindung in den vielschichtigen Fragestellungen am Lebensende. Sie nähern sich dem Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ bereits durch Anmerkungen in den Ausführungen über Möglichkeiten der Willensäußerung von Patienten hinsichtlich einer Behandlung. Konkreter wird dann im Kontext von Konflikten bei der Entscheidungsfindung darauf eingegangen (BÄK und ZEKO 2018).

Auch in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ geht die BÄK auf Therapiebegrenzung im Rahmen ärztlicher Verpflichtungen gegenüber Sterbenden und zu Ausführungen bei infauster Prognose ein. Wirtschaftliche Aspekte werden insofern behandelt, als dass bereits einleitend wirtschaftlich begründete Entscheidungen bzgl. einer Therapiebegrenzung ausgeschlossen werden (BÄK 2011).

3.2.2 Literaturbeiträge aus den USA

Die Recherche ergab 17 Artikel US-amerikanischer Fachgesellschaften und der AMA, in denen eine „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ nachvollzogen werden konnte (Tabelle 2). In vier Beiträgen beschränkt sich der Umfang auf eine Benennung oder Abhandlung innerhalb weniger Sätze, in zwei Artikeln nimmt das Thema große Teile des Gesamttextes ein. Die verwendeten Begrifflichkeiten im Kontext dieser Thematik variieren dabei. Führend sind Modifikationen der Begriffe *futility* und *inappropriate interventions*, wobei diese mitunter auch parallel genannt werden (*futile or inappropriate*). Neben weiteren anderen werden gelegentlich auch Ausdrücke wie *nonbeneficial* oder solche für Interventionen außerhalb der Grenzen akzeptierter Praxis verwendet. Der in Deutschland häufig verwendete Begriff der Indikation (engl. *indication*) wird hingegen selten gebraucht. Einige Beiträge enthalten Beispiele für die Situationen, die die Autoren mit *futile* oder anderen Begriffen bezeichnet haben. Zudem finden sich gelegentlich Übersichten in Form von Tabellen, Algorithmen oder Infoboxen, in denen das Geschriebene nochmals zusammengefasst wird bzw. das mögliche weitere Vorgehen nachvollzogen werden kann.

Tabelle 2: Artikel aus den USA

Fachgesellschaft, beteiligte Institutionen	Jahr	Titel (Zitation)
ACP ¹	2017	Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper (Snyder Sulmasy und Mueller 2017)
AMA ²	2016	Code of Medical Ethics Chapter 5: Opinions on caring for patients at the end of life (AMA 2016)

Fachgesellschaft, beteiligte Institutionen	Jahr	Titel (Zitation)
SCCM ³	2016	Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee (Kon et al. 2016b)
SCCM ³	2016	ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research (Nates et al. 2016)
ACCM ⁴ , ATS ⁵	2016	Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement (Kon et al. 2016a)
ILCOR ⁶ , AHA ⁷	2015	Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports (Perkins et al. 2015)
ATS ⁵ , AACN ⁸ , ACCP ⁹ , ESICM ¹⁰ , SCCM ³	2015	An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units (Bosslet et al. 2015)
ACOG ¹¹	2015	Committee Opinion No. 617: End-of-Life Decision Making (Committee on Ethics 2015)
ATS ⁵	2015	An Official American Thoracic Society Policy Statement: Managing Conscientious Objections in Intensive Care Medicine (Lewis-Newby et al. 2015)
AHA ⁷ , ASA ¹²	2014	Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association (Holloway et al. 2014)

Fachgesellschaft, beteiligte Institutionen	Jahr	Titel (Zitation)
AAST ¹³	2012	The role and value of surgical critical care, an essential component of Acute Care Surgery, in the Affordable Care Act: A report from the Critical Care Committee and Board of Managers of the American Association for the Surgery of Trauma (Frankel et al. 2012)
ASCO ¹⁴	2012	American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care (Smith et al. 2012)
ACP ¹	2012	American College of Physicians Ethics Manual. Sixth Edition (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012)
AHA ⁷	2010	Part 3: Ethics 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (Morrison et al. 2010)
RPA ¹⁵	2010	Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline. Second Edition (RPA 2010)
ADA ¹⁶	2008	Position of the American Dietetic Association: Ethical and Legal Issues in Nutrition, Hydration, and Feeding (Maillet 2008)
ACCM ⁴	2008	Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine (Truog et al. 2008)

¹ American College of Physicians; ² American Medical Association; ³ Society of Critical Care Medicine; ⁴ American College of Critical Care Medicine; ⁵ American Thoracic Society; ⁶ International Liaison Committee on Resuscitation; ⁷ American Heart Association; ⁸ American Association for Critical Care Nurses; ⁹ American

College of Chest Physicians; ¹⁰ European Society for Intensive Care Medicine; ¹¹ American College of Obstetricians and Gynecologists; ¹² American Stroke Association; ¹³ American Association for the Surgery of Trauma; ¹⁴ American Society of Clinical Oncology; ¹⁵ Renal Physicians Association; ¹⁶ American Dietetic Association

3.2.2.1 Artikel US-amerikanischer Fachgesellschaften

Vom American College of Physicians (ACP) sind zwei Beiträge enthalten: In einem *Position Paper* über ärztlich assistierten Suizid aus dem Jahr 2017 wird nur innerhalb weniger Sätze auf das Thema eingegangen, wobei die ärztliche Pflicht, sich nicht an *futile care* zu beteiligen, angesprochen wird (Snyder Sulmasy und Mueller 2017). Im *Ethics Manual* aus 2012, welches verschiedene ethische Probleme im ärztlichen Alltag thematisiert, wird das Thema dagegen ausführlicher dargestellt. In diesem findet sich zudem der Vermerk, dass Ärzte bei der Unterlassung von Maßnahmen, bei denen keine Evidenz auf einen medizinischen Vorteil vorliegt, die jeweiligen Gesetze des Staates berücksichtigen sollten. Zudem wird ein finanzieller Aspekt, nämlich das Problem hoher Kosten bei geringer Aussicht auf Nutzen angesprochen (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). In beiden Beiträgen werden Konflikte im Kontext von *futility* beschrieben (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Snyder Sulmasy und Mueller 2017).

Von der SCCM sind in der Recherche zwei Artikel enthalten, die von der SCCM als alleiniger Autor veröffentlicht wurden und „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ behandeln. In ihrem *Policy Statement* wurde Bezug nehmend auf das zuvor in Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften gemeinschaftlich publizierte *Statement* aus dem Jahr 2015 von Bosslet et al. (siehe unten) eine Definition zum Begriff *potentially inappropriate interventions* erarbeitet. Es behandelt zudem Konflikte im Kontext einer Therapiebegrenzung (Kon et al. 2016b). In den thematisch sehr viel breiter gefassten „ICU Admission, Discharge and Triage Guidelines“ werden Empfehlungen zum Thema *nonbeneficial treatment (futile care)* gegeben: In einem eigenen Kapitel wird neben Disputen auch auf die möglichen Auswirkungen einer solchen Behandlung, die sich für den Patienten, aber auch für die übrige Gesellschaft ergeben können, eingegangen. Ein Hinweis auf juristische Aspekte bei der Einstellung einer Therapie findet sich in Ausführungen über eine Therapiebeendigung bei Patienten, die aufgrund neurologischer Kriterien für tot erklärt werden: Um eventuelle Einschränkungen zu beachten, sollte diese unter Berücksichtigung lokaler Gesetze vorgenommen werden (Nates et al. 2016).

Zusammen mit der American Thoracic Society (ATS) hat das American College of Critical Care Medicine (ACCM), welches der SCCM angegliedert ist, das *Policy Statement* „Shared Decision Making in ICUs“ veröffentlicht, in welchem das Thema innerhalb einiger Sätze zur

Problematik von Konflikten bei der Entscheidungsfindung aufgegriffen wird. Bei den rechtlichen Aspekten einer Therapie werden neben dem Patientenwillen auch die medizinisch akzeptierten Behandlungsoptionen angesprochen (Kon et al. 2016a). Etwas ausführlicher wird durch das ACCM bereits in dem *Consensus Statement* aus dem Jahr 2008 „Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit“ auf einen Dissens im Zusammenhang mit Therapiebegrenzung eingegangen (Truog et al. 2008).

Von der ATS ist zudem das *Policy Statement* „Managing Conscientious Objections in Intensive Care Medicine“ enthalten. In diesem wird das Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ im Zusammenhang mit Gewissensvorbehalten seitens der Ärzte aufgegriffen, die bei der Durchführung lebenserhaltender Therapie bei Patienten mit sehr schlechter Prognose entstehen können. Neben Konfliktsituationen werden außerdem auch mögliche rechtliche Konsequenzen angesprochen. Ferner werden Ärzte dazu aufgerufen, sich ggf. für die Änderung vorhandener Regelungen einzusetzen, sollten sie Einwände gegen die bereits bestehenden haben (Lewis-Newby et al. 2015).

Das *Policy Statement* „Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units“ wurde 2015 von fünf Fachgesellschaften gemeinschaftlich erarbeitet, um der Problematik entgegenzuwirken, dass bereits zuvor veröffentlichte *Statements* verschiedene Definitionen des Begriffs *futile* enthalten und die vorgeschlagenen Empfehlungen zur Handhabung von Konflikten sich unterscheiden, was Verwirrung statt der intendierten Orientierung zur Folge haben kann. Das Thema wird dabei sehr umfassend behandelt: Die ATS, die American Association for Critical Care Nurses, das American College of Chest Physicians, die European Society for Intensive Care Medicine und die SCCM greifen in diesem *Statement* den Konflikt auf, dass Angehörige eine aus ärztlicher Sicht nicht mehr indizierte Therapie einfordern. Neben den juristischen Aspekten im Kontext von *futility* und Abgrenzungen zu anderen Bezeichnungen, wie *potentially inappropriate*, finden sich Berührungspunkte mit Überlegungen hinsichtlich Kosten und Ressourcenverbrauch. Auch in diesem *Statement* wird auf den moralischen Stress der Ärzte eingegangen. Es findet sich außerdem ein Aufruf sowohl an Ärzte, als auch an Patienten und Interessengruppen, sich für die Entwicklung von Regelungen zum Umgang mit lebensverlängernden Therapien im Kontext von *futility* einzusetzen (Bosslet et al. 2015).

Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) beschreibt in der *Committee Opinion* „End-of-Life Decision Making“ ethische Probleme im Kontext von Entscheidungen am Lebensende. Auch hier wird auf den moralischen Stress für Ärzte eingegangen, indem Dispute im Rahmen der Therapiebegrenzung beschrieben werden. Ferner wird die in

einigen Staaten erlaubte einseitig ärztliche Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung angesprochen (Committee on Ethics 2015).

In geringem Umfang klingt das Thema „Therapiebegrenzung aufgrund einer fehlenden Indikation“ in den *Reports* des International Liaison Committee on Resuscitation und der American Heart Association (AHA) zur verbesserten Berichterstattung außerklinischer Herzstillstände (Perkins et al. 2015), sowie in der *Provisional Clinical Opinion* der American Society of Clinical Oncology zur Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Standardversorgung (Smith et al. 2012) an, ohne dass in diesem Zusammenhang weitere Ausführungen folgen.

Von der AHA sind außerdem zwei weitere Beiträge in der Recherche enthalten, in welchem jeweils im Kontext von Konflikten auf das Thema eingegangen wird: Zusammen mit der American Stroke Association wurde im Jahr 2014 das *Statement* „Palliative and End-of-Life Care in Stroke“ veröffentlicht, in welchem Empfehlungen für die Palliativversorgung von Schlaganfallpatienten gegeben werden (Holloway et al. 2014). Der Beitrag aus dem Jahr 2010 beschreibt ethische Aspekte der Reanimation (Morrison et al. 2010).

Die American Association for the Surgery of Trauma geht in ihrem *Report* auf Neuerungen im Gesundheitssystem ein. Die Vermeidung von *futile care* wird dabei u.a. im Kontext von Kosteneinsparungen genannt. Ferner werden Konfliktsituationen erwähnt. (Frankel et al. 2012).

Innerhalb ihrer *Practice Guideline* gibt die Renal Physicians Association (RPA) Empfehlungen für die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Durchführung oder aber Zurückhaltung und Beendigung von Dialysetherapie. Dabei wird verschiedentlich auf einen Dissens zwischen Ärzten und Angehörigen eingegangen (RPA 2010).

Auch im Beitrag der American Dietetic Association (ADA)¹ über ethische und rechtliche Aspekte der Ernährung und Flüssigkeitsgabe wird im Kontext von *futility* und Einstellung der Ernährung die Konfliktsituation angesprochen (Maillet 2008).

3.2.2.2 Artikel der AMA

Die AMA spricht in ihrem „Code of Medical Ethics Chapter 5: Opinions on caring for patients at the end of life“ Meinungsverschiedenheiten bei der Entscheidung über die Einstellung ineffektiver medizinischer Maßnahmen an. Ferner enthalten diese *Opinions* den Appell

¹ seit 2012 Academy of Nutrition and Dietetics

an Ärzte, sich für die Entwicklung von Regelungen im Rahmen der Entscheidungsfindung einzusetzen (AMA 2016).

3.3 Kriterien für fehlende Indikation bzw. fehlende Sinnhaftigkeit

In allen Literaturbeiträgen lassen sich Hinweise ableiten, wann eine Maßnahme als medizinisch nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll (*futile*) zu betrachten ist. In der Mehrzahl der Artikel werden diese Kriterien direkt benannt. In den übrigen ergeben sie sich indirekt, z. B. aus dem jeweiligen Kontext oder aber aus der Benennung von Voraussetzungen, wann eine Maßnahme indiziert bzw. sinnvoll ist.

3.3.1 Kriterien innerhalb deutscher Beiträge

Wie bereits unter Punkt 3.2.1 geschrieben, dominieren in den verschiedenen Beiträgen unterschiedliche Begrifflichkeiten im Kontext des Themas. So werden Begriffe einer „fehlenden Indikation“ o.ä. überwiegend in folgenden Literaturbeiträgen verwendet: „Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag“ von der BÄK und ZEKO, „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, „Klug entscheiden am Lebensende. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)“, „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin“ sowie in den Leitlinien „Prolongiertes Weaning“ und „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Gelegentlich wird der Begriff der Indikation dabei erläutert (Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014; BÄK und ZEKO 2018).

Der Ausdruck einer „fehlenden Sinnhaftigkeit“ bzw. Variationen dergleichen finden sich in den Beiträgen „Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI“, in der Leitlinie „Einsatz der intraaortalen Ballongegenpulsation in der Herzchirurgie“, in der Originalarbeit „Ethische Probleme im Umgang mit Reanimation und Patientenverfügung in der Notaufnahme. Ergebnisse einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der DGINA“ und in der „Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes“.

Bezüglich der Sinnhaftigkeit einer Maßnahme ist dem Positionspapier der DIVI zu entnehmen, dass bei dieser Beurteilung sowohl eine Zweck-, als auch eine Wertrationalität zu beachten sind. Durch die Bewertung hinsichtlich Eignung der Maßnahme zum Erreichen eines Ziels gehen somit zum einen fachliche Aspekte ein, zum anderen sind aber auch moralische Grundwerte des individuellen Menschen zu berücksichtigen. Die Beurteilung der Sinnhaftigkeit kann dabei durch verschiedene Personen aufgrund ihrer unterschiedlichen Perspektiven durchaus differieren. Kommt der Arzt jedoch zu dem Entschluss, dass keine Sinnhaftigkeit gegeben ist, dann darf auch keine Indikation gestellt und folglich keine Therapie angeboten werden (Neitzke et al. 2016). Den anderen Texten sind keine Erläuterungen zu entnehmen, was unter einer „Sinnhaftigkeit“ oder einer „sinnvollen“ Maßnahme zu verstehen ist.

Der Begriff *futility* wird in einzelnen Textpassagen genannt (Padberg et al. 2014; Neitzke et al. 2016; Alt-Epping 2017), wobei dieser dann mit der Durchführung einer nicht (mehr) indizierten Maßnahme erläutert wird (Alt-Epping 2017) oder im Zuge einer Abwägung ethisch sinnvoller Entscheidungen genannt wird, ohne dabei weiter definiert zu werden (Padberg et al. 2014). Die DIVI kommt auf den Begriff zu sprechen, indem sie ausführt, dass sie aufgrund der unzureichenden Definition und dem häufigen Gebrauch im Kontext ökonomischer Überlegungen von der Verwendung des Begriffs absieht (Neitzke et al. 2016).

In den deutschen Literaturbeiträgen werden die folgenden Kriterien einer fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit benannt:

Fehlende Erreichbarkeit des angestrebten Therapieziels bzw. ein fehlender Nutzen zum Erreichen dieses Therapieziels

Wie in Kapitel 1 erläutert, stellt die Indikation „eine fachlich begründete Einschätzung dar, dass eine Therapiemaßnahme geeignet ist, um ein bestimmtes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen“ (Janssens et al. 2013, S. 48). Hieraus folgt, dass die Indikation zu intensivmedizinischen Maßnahmen wegfällt bzw. diese Maßnahme nicht mehr sinnvoll ist, wenn nach ärztlicher Einschätzung das mit den Maßnahmen angestrebte Therapieziel nicht mehr realistisch erreicht werden kann (Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014; Neitzke et al. 2016; BÄK und ZEKO 2018, ähnlich auch Windisch et al. 2010; Pilarczyk 2015; Alt-Epping 2017). In diesem Fall muss zusammen mit dem Patienten oder dessen Stellvertreter ein neues Therapieziel festgelegt werden und die Indikation bzw. Sinnhaftigkeit weiterer (intensiv-)medizinischer Maßnahmen orientiert sich dann an diesem neuen Therapieziel.

Zur Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit und Sinnhaftigkeit einer Therapie können Fragen zu Hilfe genommen werden, anhand derer eine Reflexion vorgenommen werden kann – wie beispielsweise, ob das Überleben der aktuellen Krankheitssituation als realistisch eingeschätzt wird (Neitzke et al. 2016). Bei einer aussichtslosen Prognose etwa ist eine Sterbehilfe durch Beendigung lebenserhaltender Therapien entsprechend dem (vermuteten) Patientenwillen legitim (BGH 1991, zit. n. Windisch et al. 2010). Eine Therapiezieländerung mit Fokus auf palliativmedizinischer Betreuung muss zudem erfolgen, wenn ein Überleben annähernd ausgeschlossen wird (Nauck und Jaspers 2012, zit. n. Neitzke et al. 2016). In derlei Situationen wird also das ursprünglich verfolgte Therapieziel mit kurativen oder lebensverlängernden Ansätzen zugunsten des neuen Ziels einer palliativmedizinischen Versorgung verlassen. Auch bei Patienten, bei denen zwar der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, aber bei denen aufgrund einer infausten Prognose mit einem zeitnahen Versterben zu rechnen ist, ist eine Änderung des Therapieziels vorzunehmen und damit eine Leidensverlängerung zu verhindern (BÄK 2011). Ähnliche Überlegungen klingen auch in den Freitextantworten im Beitrag von Padberg et al. (2014) an, denen zu entnehmen ist, dass Wiederbelebungsmaßnahmen trotz infauster Prognose als ethisch problematisch angesehen werden.

Eine fehlende Stabilisierung und Rekompensation des Patienten (Pilarczyk et al. 2015), eine fehlende Zuversicht auf eine stabile, den Ansichten des Patienten entsprechende Lebensqualität (Schönhofer et al. 2006, zit. n. Windisch et al. 2010) oder ein langer Krankenhausaufenthalt mit einer ungünstigen Prognose (Schönhofer et al. 2014) können darauf hindeuten, dass ein Therapieziel womöglich nicht zu erreichen ist und somit Anlass zum Überdenken der Fortführung einer Behandlung sein. Die Indikation einer Maßnahme ist zudem zumindest fraglich, wenn der Erfolg der Therapie sehr unwahrscheinlich ist (Neitzke et al. 2016). Weiterhin ist eine Therapiezieländerung „erforderlich, wenn [...] sich relevante medizinische Veränderungen ergeben“ (Janssens et al. 2013, S. 50). Woran eine Relevanz in diesem Kontext auszumachen ist oder welche Veränderungen gemeint sind, wird hier jedoch nicht erläutert.

Unverhältnismäßiges Nutzen-Schaden-Verhältnis

Intensivmedizinische Maßnahmen werden darüber hinaus als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll angesehen, wenn sie eine unnötige Belastung bzw. einen Schaden für den Patienten darstellen (Reiter-Theil et al. 2008; BÄK 2011; Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014; Neitzke et al. 2016; BÄK und ZEKO 2018).

Aspekte wie Nutzen, Schaden oder Belastungen haben sowohl subjektive, als auch objektive Komponenten, die bei ihrer Beurteilung zu beachten sind: So sind individuelle Faktoren des Patienten wie seine Präferenzen, sein Wille, seine Werte, die jeweiligen Zu- oder Umstände, seine Ziele oder die Prognose in Therapieentscheidungen zu berücksichtigen (Windisch et al. 2010; BÄK 2011; Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014; Neitzke et al. 2016; Alt-Epping 2017; BÄK und ZEKO 2018). Durch Eingang dieser individuellen Betrachtungsweisen in die Abwägung vom Nutzen einer Behandlung gegenüber einem möglichen Schaden kann sich beispielsweise ergeben, dass eine Belastung im Rahmen der Therapie, welche die resultierende Lebensqualität aus Sicht des Patienten nicht rechtfertigt, durch diesen als sinnlos bewertet wird (Neitzke et al. 2016).

Objektive Komponenten gehen in die Überlegungen durch die Beurteilung von Fakten ein (Neitzke et al. 2016). Ärztliche Entscheidungen sind dabei anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu treffen (Windisch et al. 2010; Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014; Neitzke et al. 2016, ähnlich auch Alt-Epping 2017). Bei den Entscheidungen hat das Behandlungsteam auch Überlegungen dahingehend anzustellen, inwiefern Belastungen im Rahmen der Therapie als verhältnismäßig zu betrachten sind (Neitzke et al. 2016). In vielen Bereichen der Medizin existieren Score-Systeme, die zur Einschätzung einer Situation und somit bei der Entscheidungsfindung beitragen können. Von der Verwendung solcher Score-Systeme wird für die Ermittlung der Prognose beim einzelnen Patienten jedoch abgeraten: Diese können zwar helfen Aussagen über größere Gruppen zu formulieren, jedoch keine individuelle Prognoseeinschätzung ermöglichen (Neitzke et al. 2016, ähnlich auch Schönhofer et al. 2014).

Begonnener Sterbeprozess

Als weiteres Kriterium für fehlende Indikation bzw. fehlende Sinnhaftigkeit intensivmedizinischer Maßnahmen lässt sich der Sterbeprozess ableiten (Reiter-Theil et al. 2008; Windisch et al. 2010; BÄK 2011; Janssens et al. 2013; Alt-Epping 2017). Die BÄK definiert Sterbende als Personen „mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist“ (BÄK 2011, S. A 347). Zu den ärztlichen Aufgaben gehört es, diesen Prozess menschenwürdig zu begleiten und unnötige Belastungen zu vermeiden (BÄK 2011). Somit folgt, dass Maßnahmen, die den Sterbeprozess nur verlängern (BÄK 2011; Janssens et al. 2013) oder erschweren (Reiter-Theil et al. 2008) zu unterlassen sind.

Zusammenfassend sind den deutschen Literaturbeiträgen folgende Kriterien einer fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit zu entnehmen: So lassen sich die Nichterreichbarkeit des Therapieziels bzw. ein fehlender Nutzen zum Erreichen dieses Therapieziels, ein unverhältnismäßiges Nutzen-Schaden-Verhältnis der Therapie für den Patienten sowie ein begonnener Sterbeprozess ableiten. Zudem werden Kriterien genannt, die auf die Entscheidungsfindung keinen Einfluss nehmen dürfen und bei dieser auszuschließen sind, wie beispielsweise wirtschaftliche Überlegungen (BÄK 2011; Neitzke et al. 2016). Auch eine andauernde Bewusstseinsstörung für sich betrachtet rechtfertigt keine Einstellung lebenserhaltender Therapien – vielmehr muss auch in diesem Fall die Art und der Umfang der Therapie anhand der Indikation vom Arzt bestimmt werden (BÄK 2011).

3.3.2 Kriterien innerhalb US-amerikanischer Beiträge

Wie bereits unter Punkt 3.2.2 erwähnt, werden in den US-amerikanischen Literaturbeiträgen verschiedene Begriffe im Kontext von Situationen, in denen der Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll erscheint, verwendet. Bezeichnungen wie *futile* oder (*medically*) *inappropriate* werden dabei häufig genutzt, ohne weiter erläutert zu werden. Gelegentlich werden Bezeichnungen bzw. Situationen voneinander abgegrenzt, wohingegen es auch vorkommt, dass die Begriffe nahezu parallel gebraucht werden. Aufgrund dieser Inhomogenität der verwendeten Begrifflichkeiten sollen zunächst einige den Artikeln entnommene Definitionen vorangestellt werden.

In Kapitel 1 wurden bereits die Definitionen der Begriffe *futile* und *potentially inappropriate* innerhalb des durch mehrere Fachgesellschaften gemeinschaftlich erarbeiteten *Statements* von Bosslet et al. (2015) vorgestellt. Sie empfehlen für den Begriff *futile* eine eng gefasste Definition: Zum einen verdeutlicht es den fundamentalen Unterschied zwischen Behandlungen, die nicht funktionieren können und solchen, die zwar den gewünschten physiologischen Effekt erzielen können, aber ethische Bedenken aufwerfen, also *potentially inappropriate* sind. Für erstgenannte Situationen, die auch als *strictly ineffective* bezeichnet werden, herrscht Einverständnis, dass Ärzte keine Behandlung durchführen müssen, für letztgenannte sind die Ansichten hingegen kontrovers. Zum anderen ergibt sich durch eine breiter gefasste Definition die Problematik kontroverser Beurteilungen über die Lebensqualität und die Erfordernis eines gewissen Grades prognostischer Sicherheit, die sich oftmals nicht erreichen lässt. Als Beispiel für *futility* wird das Ablehnen der Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation (engl. *cardiopulmonary resuscitation*, CPR) bei einem Patienten mit Zeichen des irreversiblen

Todes aufgeführt (Bosslet et al. 2015). Die SCCM als eine der im vorliegenden *Statement* beteiligten Fachgesellschaften vermeidet im Übrigen in einem später publizierten *Statement* wiederum den Begriff *futile* mit Vermerk darauf, dass dieser uneinheitlich definiert ist und wählt stattdessen den Ausdruck *nonbeneficial* (Nates et al. 2016).

Die Verwendung des Ausdrucks *potentially inappropriate* verdeutlicht nach Bosslet et al. (2015), dass die Beurteilung der Ärzte auf medizinischer Fachkenntnis beruht und ihr Werte zugrunde liegen, anstatt lediglich ein technisches Urteil darzustellen. Außerdem wird somit verdeutlicht, dass es sich um eine vorläufige Einschätzung handelt, welche abermals geprüft werden muss, bevor gehandelt werden kann. Als mögliche ethische Bedenken, die zur Rechtfertigung einer Ablehnung der Therapie geäußert werden können, werden solche genannt, dass die Behandlung höchstwahrscheinlich nicht erfolgreich ist, sehr teuer ist oder dass sie beabsichtigt, ein Ziel umstrittener Werte zu erreichen. Als Beispiel wird ein Arzt aufgeführt, der die Aufnahme einer Person mit Demenz im Endstadium und Multiorganversagen auf eine Intensivstation für *inappropriate* hält (Bosslet et al. 2015). An dieser Stelle soll außerdem noch auf ein weiteres *Statement* eingegangen werden, welches wiederum von der SCCM im Anschluss veröffentlicht und in welchem eine umfassendere Definition des Begriffes *potentially inappropriate* erarbeitet wurde:

„ICU interventions should generally be considered inappropriate when there is no reasonable expectation that the patient will improve sufficiently to survive outside the acute care setting, or when there is no reasonable expectation that the patient’s neurologic function will improve sufficiently to allow the patient to perceive the benefits of treatment“ (Kon et al. 2016b, S. 1772).

Anmerkend sei hier erwähnt, dass die SCCM bei ihrer Datenauswertung zur Erstellung dieser Definition auf Beiträge zurückgegriffen hat, in denen Personen *futility* oder *futile interventions* beschreiben (Kon et al. 2016b).

Des Weiteren werden im *Statement* von Bosslet et al. (2015) auch die Begriffe *legally proscribed* sowie *legally discretionary* voneinander abgegrenzt.

Anknüpfend an diese Definitionen sollen noch einige weitere Beispiele aus den analysierten Beiträgen folgen: Für die Bezeichnung *futile care* finden sich eine nichtindizierte CPR oder eine Therapie am Lebensende hirntoter Patienten unter weitergefassten Gesichtspunkten der Patientenautonomie (Snyder Sulmasy und Mueller 2017) sowie unter der Überschrift „*futile treatments*“ eine CPR, die möglicherweise Atmung und Kreislauf nicht wieder herstellen kann (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Ein ähnliches Beispiel, aber als *inappropriate or futile* bezeichnet, stellt eine CPR bei einem Patienten dar,

der irreversibel tot ist (Morrison et al. 2010). Als *nonbeneficial* wird die Fortsetzung einer Beatmungstherapie bei einem Leukämiepatienten mit respiratorischem Versagen und Multiorganversagen mit einer schlechten Prognose bezeichnet; als *inappropriate* und somit unethisch wird eine CPR bei einem Patienten mit metastasierter Krebserkrankung und Multiorganversagen sowie einer verheerenden intrazerebralen Blutung angeführt (Nates et al. 2016). Als *medically inappropriate* könnten Dialysetherapien betrachtet werden bei Patienten, die dauerhaft nicht in der Lage dazu sind, vertraute Personen zu erkennen, eine mangelnde Orientierung hinsichtlich Zeit, Ort und eigener Person aufweisen sowie das Fehlen höherer kognitiver Funktionen, womit alle Formen schwerer irreversibler Demenz und ein persistierender vegetativer Status eingeschlossen wären (RPA 2010).

Trotz der unterschiedlichen Verwendung an Begrifflichkeiten innerhalb der US-amerikanischen Literaturbeiträge lassen sich Gemeinsamkeiten in den Literaturbeiträgen finden, sodass folgende Kriterien einer fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit (*futility*) zu benennen sind:

Fehlende Erreichbarkeit des angestrebten Therapieziels bzw. ein fehlender Nutzen zum Erreichen dieses Therapieziels

Als eines der Kriterien, wann eine medizinische Maßnahme als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll anzusehen ist, wird auch in den US-amerikanischen Beiträgen die Nichterreichbarkeit von Therapiezielen genannt: Ist eine Maßnahme nicht geeignet, ein zuvor bestimmtes Therapieziel erreichen zu können, kann sie beendet bzw. unterlassen werden (Luce 1995, zit. n. Truog et al. 2008; SCCM's Ethics Committee 1997, zit. n. Truog et al. 2008; Fine 2006, zit. n. Maillet 2008; Morrison et al. 2010; RPA 2010; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Bosslet et al. 2015; AMA 2016, ähnlich auch Holloway et al. 2014).

Hinweise darauf, dass eine Erreichung des Therapieziels möglicherweise nicht gegeben ist, sodass eine Überprüfung der Fortführung der Behandlung stattfinden sollte, sind eine unwahrscheinliche Genesung (Holloway et al. 2014; Committee on Ethics 2015) sowie Behandlungen, die nur eine geringe Erfolgchance aufweisen (Holloway et al. 2014; Bosslet et al. 2015) oder die das „*Outcome*“ des Patienten nicht verbessern (Morrison et al. 2010). Auch eine infauste Prognose ist in diesem Kontext zu nennen: So wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass es im Falle eines nur kurzzeitigen Überlebens im Krankenhaus in einigen Einrichtungen gestattet ist, dass Ärzte einseitig Anordnungen des Verzichts auf Wiederbelebung entgegen der Einwände von Patienten oder deren Familien treffen (Snyder und ACP

Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Ferner sind intensivmedizinische Maßnahmen als *inappropriate* zu betrachten bei Patienten, die außerhalb der Akutversorgung nicht überleben können (Kon et al. 2016b). In der Konsequenz muss dann ein neues Therapieziel festgelegt und ein neuer Therapieplan erarbeitet werden. *Medically appropriate interventions*, wie beispielsweise eine angemessene Symptombehandlung, sind durchzuführen, solange der Patient sie nicht ablehnt (AMA 2016).

Unverhältnismäßiges Nutzen-Schaden-Verhältnis

Medizinische Indikationen sind unter Beachtung der ethischen Prinzipien des Wohltuns und Nicht-Schadens zu treffen, weshalb bei der Entscheidung Nutzen wie auch mögliche Belastungen zu bedenken sind (RPA 2010, ähnlich auch Bosslet et al. 2015). Hieraus folgt, dass eine intensivmedizinische Maßnahme als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll anzusehen ist, wenn die Belastungen den Nutzen wesentlich überwiegen (Morrison et al. 2010; RPA 2010; Committee on Ethics 2015). In einem solchen Fall ist eine Therapiebegrenzung durch die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen gerechtfertigt (Morrison et al. 2010; Committee on Ethics 2015).

Im Zuge der Entscheidungsfindung wird mitunter auf eine solche Abwägung von Nutzen gegenüber einem Risiko oder einer Belastung eingegangen (Maillet 2008; Truog et al. 2008; RPA 2010; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Holloway et al. 2014; AMA 2016). Die Überlegung soll dabei auch die Patientenpräferenzen berücksichtigen (Truog et al. 2008; Holloway et al. 2014) bzw. ist sie anschließend mit dem Patienten zu diskutieren (Maillet 2008). Ärzte sollen nur diejenigen Therapien empfehlen und durchführen, die die ärztliche Beurteilung hinsichtlich der Risiken und möglichen Nutzen angesichts der Patientenziele widerspiegeln (AMA 2016) bzw. hat das Behandlungsteam das Recht die Durchführung der Therapie abzulehnen, wenn der erwartete Nutzen die Risiken nicht rechtfertigt (RPA 2010). Hier muss also eine Beurteilung erfolgen, ob Nutzen und Schaden in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Objektive Elemente erhalten dadurch Eingang in die Therapieentscheidung, dass es sich um eine ärztliche Einschätzung handelt, die wissenschaftlich fundiert ist (Morrison et al. 2010; RPA 2010; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Holloway et al. 2014; AMA 2016; Kon et al. 2016a; Nates et al. 2016; Snyder Sulmasy und Mueller 2017). Kommt der Arzt durch seine Beurteilung zu dem Entschluss, dass eine Maßnahme außerhalb akzeptierter Grenzen medizinischer Versorgungspraxis liegt, so muss die Maßnahme nicht durchgeführt werden (Bosslet et al. 2015; Bosslet et al. 2015, zit. n. Kon et al. 2016a; Bosslet et al. 2015, zit. n. Kon et al. 2016b; Lewis-Newby et al. 2015, ähnlich auch RPA 2010) bzw. sollen keine

Maßnahmen in einen Behandlungsplan aufgenommen werden, bei denen die Versorgung keiner guten Qualität entspricht (Truog et al. 2008). Ähnlich zu den Hinweisen innerhalb der deutschen Beiträge wird auch in den US-amerikanischen Texten von der alleinigen Verwendung von Score-Systemen zur Identifizierung von *nonbeneficial treatment* abgeraten (Nates et al. 2016, ähnlich auch Kon et al. 2016b).

Subjektive Elemente erhalten Eingang in Therapieentscheidungen durch Berücksichtigung individueller Aspekte des Patienten wie beispielsweise seine Lebensqualität, seine Präferenzen, Zu- oder Umstände, Werte, Ziele oder seine Prognose (Maillet 2008; Truog et al. 2008; Morrison et al. 2010; RPA 2010; Frankel et al. 2012; Smith et al. 2012; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Holloway et al. 2014; Bosslet et al. 2015; Committee on Ethics 2015; Lewis-Newby et al. 2015; AMA 2016; Kon et al. 2016a; Kon et al. 2016b; Nates et al. 2016; Snyder Sulmasy und Mueller 2017). Eine Bewertung von Nutzen und Schaden wird auch vom Patienten vorgenommen. Für alle Therapiemaßnahmen, die medizinisch indiziert sind, sind die Präferenzen, die sich durch diese individuelle Abwägung ergeben, relevant (RPA 2010, ähnlich auch Kon et al. 2016a).

Ferner wird gelegentlich ein möglicher Schaden für den Patienten im Kontext einer nicht mehr indizierten bzw. sinnvollen Maßnahme thematisiert (Committee on Ethics 2015; Nates et al. 2016). Zusätzlich zu den negativen Auswirkungen für den individuellen Patienten folgt aus der Durchführung einer als *nonbeneficial* angesehenen Therapie, dass diese intensivmedizinischen Ressourcen in angemesseneren Situationen nicht verfügbar sind und somit auch die restliche Population betroffen ist (Nates et al. 2016). Der Aspekt des Ressourcenverbrauchs in einer *futile situation* wird zudem auch in einem Beispiel angesprochen (Lewis-Newby et al. 2015).

Begonnener Sterbeprozess und Tod

Als weitere Kriterien, wann eine intensivmedizinische Maßnahme als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll zu betrachten ist, lassen sich der Sterbeprozess und der (Hirn-)Tod benennen. So lässt sich ableiten, dass eine Verlängerung des Sterbeprozesses als *futile care* anzusehen und zu vermeiden ist (Frankel et al. 2012, ähnlich auch Smith et al. 2012). Häufiger noch als auf die Sterbephase wird jedoch auf den (nahenden) Tod eingegangen: So werden Reanimationsmaßnahmen im Falle eines erwarteten, unmittelbar bevorstehenden und unvermeidbaren Todes als *inappropriate* (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012) bzw. im Falle eines offensichtlich eingetretenen Todes als *futile* bezeichnet (Per-

kins et al. 2015). Auch Abbruchkriterien für Wiederbelebungsmaßnahmen werden angegeben (Morrison et al. 2010). Ferner kann eine CPR zurückgehalten werden bei Vorliegen objektiver Todeszeichen (Morrison et al. 2010; Nates et al. 2016). Wie bereits eingangs im Rahmen eines Beispiels gezeigt, wird auch auf den Hirntod als mögliches Kriterium einer medizinisch nicht mehr indizierten bzw. sinnvoll anzusehenden Therapie eingegangen (Morrison et al. 2010; Nates et al. 2016; Snyder Sulmasy und Mueller 2017). Hinsichtlich der Bestimmung des Todes wird dabei das irreversible Erlöschen aller Funktionen des gesamten Gehirns genannt (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012).

Im Allgemeinen sind lebenserhaltende Therapien im Falle eines eingetretenen (Hirn-)Todes sodann zu beenden (Morrison et al. 2010; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Nates et al. 2016). Überlegungen zu Therapiebegrenzungen werden jedoch gelegentlich mit dem Hinweis unterschiedlich vorherrschender Rechtslagen innerhalb der Staaten genannt; bei vorliegendem Hirntod kann es zudem Einschränkungen hinsichtlich religiöser Überzeugungen des Patienten geben (Nates et al. 2016).

Dauerhafte schwere Beeinträchtigung der neurologischen Funktionen

Als weiteres Kriterium einer möglicherweise nicht mehr indizierten bzw. sinnvollen intensivmedizinischen Therapie lassen sich dauerhafte schwere Beeinträchtigungen der neurologischen Funktionen des Patienten ableiten: Wie den bereits erwähnten Beispielen zu entnehmen, sollen diese Funktionen ausreichend groß sein, um den Nutzen der Behandlung nachvollziehen zu können (Kon et al. 2016b, ähnlich auch RPA 2010) bzw. ist eine mitunter belastende Therapie bei dauerhaft schweren Einschränkungen kognitiver und neurologischer Funktionen zu überdenken (RPA 2010). Eine schwere Demenz kann auch dazu führen, dass eine Therapie für den Patienten deshalb nicht sinnvoll und geeignet erscheint, wenn ein kooperatives Verhalten für die Durchführung der Behandlungsmaßnahme mitunter nicht mehr erreicht werden kann, sodass die Sicherheit für den Patienten gefährdet ist (RPA 2010). Auch im Falle einer schweren Hirnschädigung kann eine Therapiebegrenzung eine angemessene Entscheidung sein, die diskutiert werden muss (Holloway et al. 2014).

Ethische Bedenken

Ferner werden ethische Bedenken als Kriterium einer (*potentially*) *inappropriate intervention* genannt (Bosslet et al. 2015; Nates et al. 2016). Diese können bei einer, wie eingangs bereits beschriebenen, nur wenig wahrscheinlich auch erfolgreichen Behandlung, einer solchen, die ein Ziel kontroverser Werte verfolgt oder aber bei einer sehr teuren Therapie aufkommen

(Bosslet et al. 2015). Ähnlich wird die Problematik des Kostenaspekts bei geringer Aussicht auf Erfolg in einem weiteren Beitrag thematisiert, wobei diesem ebenso zu entnehmen ist, dass die Interessen des Patienten immer unabhängig von finanziellen Vereinbarungen zu fördern sind (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Gewissensvorbehalte der Ärzte, dass die Durchführung der Behandlung ihre moralische Integrität verletzt, rechtfertigen allein betrachtet jedoch keine Therapiebegrenzung entgegen der Einwände des Patienten oder seines Stellvertreters (Lewis-Newby et al. 2015).

Zusammenfassend lässt sich für die US-amerikanischen Literaturbeiträge festhalten, dass zumindest für einige der Fachgesellschaften ein Unterschied zwischen *futile* und *inappropriate interventions* besteht und sich daher mitunter auch die Verpflichtung des Arztes zur Behandlung unterscheiden kann: Während bei *futility* keine Behandlung notwendig erscheint, gibt es bei *inappropriate interventions* durchaus kontroverse Ansichten. Abhängig von der verwendeten Begrifflichkeit lassen sich aus den Beiträgen folgende Kriterien einer (möglicherweise) fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit der Therapie ableiten: Diese ist gegeben, wenn eine Maßnahme das Therapieziel nicht erreichen kann bzw. sie keinen Nutzen zum Erreichen dieses Therapieziels bringt, ein unverhältnismäßiges Nutzen-Schaden-Verhältnis für den Patienten vorliegt, der Sterbeprozess eingesetzt hat oder bereits der (Hirn-)Tod eingetreten ist, dauerhafte schwere Beeinträchtigungen der neurologischen Funktionen des Patienten oder ethische Bedenken vorliegen, wobei bei Letzteren mitunter auch der Kostenaspekt einer Therapie angesprochen wird. Wiederum werden auch Kriterien genannt, die bei einer Therapieentscheidung allein betrachtet nicht ausschlaggebend sein sollen: So werden Gewissensvorbehalte (Lewis-Newby et al. 2015) oder das chronologische Alter (Nates et al. 2016) erwähnt. Weiterhin sind die Interessen des Patienten unabhängig von finanziellen Aspekten, der Gesundheitseinrichtung, Patientencharakteristika wie Entscheidungsfähigkeit, seinem Verhalten oder sozialem Status zu fördern (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012).

3.4 Empfehlungen zur Konfliktlösung

In 22 der analysierten Literaturbeiträge werden Konflikte im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit thematisiert und diese in 17 Beiträgen auch dahingehend konkretisiert, dass der Patient oder dessen Angehörige eine aus ärztlicher Sicht nicht mehr indizierte Maßnahme einfordern. Im Folgenden werden die vorgeschlagenen Empfehlungen zur Konfliktlösung dargestellt. Diese reichen von Vorschlägen, wie mögliche Konflikte im Vorfeld durch eine gute Kommunikation verhindert werden

könnten, über die Empfehlung, eine Ethikberatung durchzuführen, bis hin zur Nennung von Kompetenzen, die Ärzte für den angemessenen Umgang mit solchen Konflikten benötigen.

3.4.1 Empfehlungen innerhalb deutscher Beiträge

In sieben deutschen Literaturbeiträgen wird auf die beschriebenen Konflikte eingegangen. Vier dieser Beiträge stammen von Fachgesellschaften; bei den anderen dreien handelt es sich um die Beiträge der BÄK und der ZEKÖ. Folgende Empfehlungen lassen sich ableiten:

Angemessene Kommunikation

In Konfliktsituationen und schwierigen Entscheidungen im Rahmen einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit wird die Wichtigkeit einer angemessenen Kommunikation mit dem Patienten sowie dessen rechtlichen Vertreter und Angehörigen, aber auch innerhalb des Behandlungsteams betont. Eine gute Kommunikation kann dazu beitragen, Konflikte im Vorfeld zu vermeiden oder bestehende Konflikte einer Lösung zuzuführen.

Durch eine eingehende Information und Aufklärung des Patienten kann der Arzt beispielsweise schon frühzeitig im Rahmen von Gesprächen über vorsorgliche Willensbekundungen vorbeugen, dass der Patient sich für Maßnahmen ausspricht, die ärztlicherseits nicht geboten sind (BÄK und ZEKÖ 2018). Auf diese Weise kann zur Vermeidung späterer potentieller Konfliktsituationen beigetragen werden. Der Prozess der Entscheidungsfindung wird zudem wesentlich durch gemeinsame Gespräche zwischen Arzt und Patient bzw. seinem Vertreter gestützt, wobei nach Möglichkeit auch nahe Angehörige und Vertrauenspersonen mit einzu beziehen sind; in diesen Gesprächen sind neben dem Therapieziel und der Indikation auch die Einwilligungsfähigkeit sowie der Patientenwille zu besprechen (BÄK und ZEKÖ 2018). Dabei bedarf es ehrlicher (Neitzke et al. 2016), verständlicher und empathischer Gespräche (Janssens et al. 2013; Neitzke et al. 2016, ähnlich auch Schönhofer et al. 2014). Eine solche partizipative Entscheidungsfindung wird empfohlen. Dabei ist zu bedenken, dass Angehörige gesetzlich keine Berechtigung zur Therapieentscheidung haben, solange keine entsprechende Vorsorgevollmacht oder rechtliche Betreuung bestehen (Schönhofer et al. 2014). Des Weiteren wird der Dialog innerhalb des Behandlungsteams angesprochen: Ein kollegialer Austausch ist dabei nicht nur mit ärztlichen Mitarbeitern, sondern auch mit anderen Berufsgruppen und Disziplinen wichtig (Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014; Neitzke et al. 2016). Es muss jedem Mitglied des Behandlungsteams gestattet werden, mögliche Bedenken bzgl. der Sinnhaftigkeit einer Intervention zu äußern (Neitzke et al. 2016). Ferner ist der

Patient bzw. sein Vertreter darüber in Kenntnis zu setzen, wenn die Einschätzungen über die Erreichbarkeit der Behandlungsziele differieren (Janssens et al. 2013). In Situationen, in denen der Arzt eine lebenserhaltende Therapie für nicht mehr indiziert bewertet, sodass eine Therapiebegrenzung notwendig wird, kann die Mitteilung über die dann erforderliche Therapiezieländerung für Patient und Angehörige eine große Belastung darstellen (BÄK und ZEKO 2018, ähnlich auch Neitzke et al. 2016). Daher werden auch für derlei Situationen gute kommunikative Kompetenzen vom Arzt erwartet (BÄK und ZEKO 2018). Des Weiteren ist auf eine angemessene Wortwahl zu achten: Im Gespräch soll dabei beispielsweise der Begriff „Therapiezieländerung“ anstelle von „Therapieabbruch“ verwendet werden, da bei dieser zwar das Ziel verlassen wird, die Organfunktion wiederherzustellen, jedoch Symptomlinderung und bestmögliche Lebensqualität verfolgt werden (Schönhofer et al. 2014). Außerdem ist es nötig, dass der Arzt über ethische sowie palliativmedizinische Fähigkeiten verfügt (Campbell et al. 1999, zit. n. Schönhofer et al. 2014). Gespräche mit dem Patienten, seinem Stellvertreter oder seinen Angehörigen sollen dabei bereits früh geplant und gut vorbereitet werden (Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014, ähnlich auch Hartog 2013, zit. n. Neitzke et al. 2016). Ferner soll ein Angebot zum Gespräch stets gegeben sein (BÄK und ZEKO 2018).

Einbeziehung weiterer fachlicher und ethischer Expertise

Zur Lösung von Konfliktsituationen im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit wird in allen Beiträgen zudem auf die Möglichkeit einer Beratung in Form einer ärztlichen Zweitmeinung oder einer Ethikberatung hingewiesen: So soll für die Beurteilung der Prognose die Meinung eines entsprechenden Facharztes eingeholt werden (Schönhofer et al. 2014). Weiterhin kann eine Ethik-(Fall-)Beratung (Schneiderman et al. 2000, zit. n. Schönhofer et al. 2014; ZEKO 2006, zit. n. BÄK und ZEKO 2018; Reiter-Theil et al. 2008; Janssens et al. 2013), beispielsweise durch ein Ethikkomitee (Schneiderman et al. 2000, zit. n. Schönhofer et al. 2014; Janssens et al. 2013) oder innerhalb einer moderierten ethischen Fallbesprechung (ZEKO 2006, zit. n. BÄK und ZEKO 2018) bei der Lösung des Konfliktes behilflich sein. Ebenso können Ethikkonsile (Schneiderman et al. 2000, zit. n. Schönhofer et al. 2014; Reiter-Theil et al. 2008) oder eine palliativmedizinische Expertise (Marckmann und Michalsen 2013, zit. n. Neitzke et al. 2016) eine Schlichtung unterstützen. Um medizinische, ethische, rechtliche und weitere wichtige Aspekte bewerten zu können, empfiehlt sich eine multiprofessionelle Zusammensetzung der Ethikkomitees (Schönhofer

et al. 2014). Eine Ethik-Fallberatung wird auch bei fehlendem Konsens innerhalb des ärztlichen oder des interdisziplinären Teams empfohlen (Janssens et al. 2013) und kann ferner zur Vorbeugung (gerichtlicher) Auseinandersetzungen behilflich sein (BÄK und ZEKO 2018).

In einer solchen Ethik-Fallberatung werden die verschiedenen Standpunkte der beteiligten Personen dargelegt und erläutert. Anschließend wird eine Beurteilung der Situation hinsichtlich solcher Aspekte wie Lebensqualität des Patienten oder Belastungen für diesen vorgenommen, um letztlich eine patientenorientierte Beratung durchführen zu können - eine Entscheidungskompetenz hat die Ethikberatung jedoch nicht, was bereits eingangs klargestellt werden soll (Janssens et al. 2013). Mögliche Fragestellungen, die zur Entscheidungsfindung beitragen können, finden sich im Positionspapier von Neitzke et al. (2016). Es wird zudem dringend geraten, die Ergebnisse dieser Überlegungen für andere nachvollziehbar zu dokumentieren (Schönhofer et al. 2014; Neitzke et al. 2016).

Beendigung nichtindizierter Therapie

Dass eine nichtindizierte Therapie nicht durchgeführt werden darf bzw. zu beenden ist, wird in allen Beiträgen klargestellt (Reiter-Theil et al. 2008; Janssens et al. 2013; Schönhofer et al. 2014; Neitzke et al. 2016; BÄK und ZEKO 2018). Weder Patient noch Angehörige können die Durchführung derartiger Maßnahmen einfordern: Die Beurteilung, ob eine Intervention indiziert ist, ist ärztliche Aufgabe und nicht etwa die eines bisweilen im Konfliktfall hinzugegerufenen Gerichts (BÄK und ZEKO 2018, ähnlich auch Neitzke et al. 2016). Es besteht somit beispielsweise auch keine Pflicht, vorsorglichen Willensbekundungen des Patienten nachzukommen, wenn die Behandlung nicht (mehr) indiziert ist oder die Durchführung der Behandlungswünsche gesetzlich verboten ist (BÄK und ZEKO 2018). Jedoch sind einseitige ärztliche Entscheidungen ohne Beachtung des vermuteten Patientenwillens ebenso wenig gestattet (Schönhofer et al. 2014). Wird der Therapieerfolg ärztlicherseits als sehr unwahrscheinlich bewertet, so ist die Indikation zur Durchführung der Maßnahme zumindest fraglich oder zweifelhaft (Janssens et al. 2012, zit. n. Neitzke et al. 2016; Neitzke 2014, zit. n. Neitzke et al. 2016). In einem solchen Fall soll zunächst ein Konsens im interdisziplinären Team erreicht werden und sodann die Sinnhaftigkeit der medizinischen Optionen aus Sicht des Patienten mit diesem oder seinem Vertreter erörtert werden (Janssens et al. 2012, zit. n. Neitzke et al. 2016; Hartog 2013, zit. n. Neitzke et al. 2016; Michalsen 2013, zit. n. Neitzke et al. 2016). Die Behandlungsoptionen sind dabei kritisch und ergebnisoffen zu besprechen (Janssens et al. 2013). Für Situationen, in welchen eine solche Entscheidungsfindung aufgrund des Zustands des Patienten und des Zeitdrucks einer notwendigen Intervention nicht stattfinden kann, wird auf die Möglichkeit eines Behandlungsversuches verwiesen; bei diesem

hat dann eine Neubewertung der Indikation nach einem festgelegten Zeitraum zu erfolgen. Für mehr Sicherheit im Umgang mit derlei komplexen Situationen werden zudem regelmäßige Schulungen vorgeschlagen (Neitzke et al. 2016).

Für die deutschen Literaturbeiträge lässt sich somit zusammenfassen, dass vor allem die Kommunikation eine zentrale Stellung für die Vermeidung, aber auch für die Lösung von Konfliktsituationen im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit einnimmt. Durch Gespräche mit dem Patienten, seinem Vertreter, den Angehörigen und dem multidisziplinären Behandlungsteam soll versucht werden, die unterschiedlichen Sichtweisen in die Entscheidung mit einzubeziehen. Auch die Beurteilung durch einen Facharzt wird empfohlen. Bei Konflikten kann die Unterstützung durch Experten, beispielsweise in Form einer Ethik-Fallberatung durch ein multiprofessionell zusammengesetztes Ethikkomitee, hilfreich sein. Bei der Indikationsstellung handelt es sich um eine ärztliche Aufgabe, die nicht durch ein hinzugerufenes Gericht zu klären ist. Auch wenn der Patient oder dessen Angehörige die Durchführung von Maßnahmen einfordern, dürfen diese nicht durchgeführt werden, wenn der Arzt sie als nicht indiziert bewertet. Ergibt sich durch die ärztliche Beurteilung, dass ein Therapieerfolg sehr unwahrscheinlich ist, ist die Indikation zumindest fraglich. Die im Behandlungsteam erwogenen medizinischen Optionen sind so dann kritisch und ergebnisoffen mit dem Patienten oder seinem Vertreter zu besprechen.

3.4.2 Empfehlungen innerhalb US-amerikanischer Beiträge

In 15 US-amerikanischen Literaturbeiträgen sind Konfliktsituationen im Kontext mit *futility* angesprochen. Darunter ist ein Beitrag von der AMA enthalten; die übrigen wurden von Fachgesellschaften veröffentlicht. Folgende Empfehlungen lassen sich den Texten entnehmen:

Angemessene Kommunikation

Als Empfehlung für Konfliktsituationen im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit lässt sich eine adäquate Kommunikation mit dem Patienten, seinem Stellvertreter und den Angehörigen ableiten (Truog et al. 2008; Morrison et al. 2010; RPA 2010; Frankel et al. 2012; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Holloway et al. 2014; Bosslet et al. 2015; AMA 2016; Kon et al. 2016a; Nates et al. 2016).

Eine gute Kommunikation dient dazu, einer Konfliktentstehung bereits im Vorfeld entgegenzuwirken und zur Lösung bestehender Meinungsverschiedenheiten beizutragen: So können Missverständnisse geklärt bzw. vermieden werden (Truog et al. 2008; RPA 2010; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Holloway et al. 2014; Bosslet et al. 2015; AMA 2016). Beispielsweise können durch empathische und überlegte Erläuterungen der Versorgungsoptionen Konfliktsituationen vorgebeugt werden (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Mittels proaktiver Kommunikation im Rahmen von Patientengesprächen bzgl. möglicher Behandlungswünsche und Voraussetzungen kann zudem über bestehende Missverständnisse aufgeklärt werden (AMA 2016). Ferner sollen Ärzte emotionale Unterstützung vermitteln, Vertrauen aufbauen und auf eine empathische Ausdrucksweise achten (Bosslet et al. 2015; Kon et al. 2016a). Für Fälle, in denen die Stellvertreter in die Entscheidung eingebunden sind, soll diesen die Grundsätze der Entscheidungsfindung erläutert werden (Bosslet et al. 2015; Kon et al. 2016a). Für die Konfliktlösung ist es zudem wichtig, die Gründe für die Forderungen nach aus ärztlicher Sicht unangemessenen Maßnahmen zu ermitteln, um dem Patienten und seiner Familie oder dem Stellvertreter erläutern zu können, warum eine bestimmte Behandlung nicht mit übergeordneten Therapiezielen übereinstimmt (Holloway et al. 2014, ähnlich auch Bosslet et al. 2015). Eine gute Kommunikation kann außerdem den Entscheidungsprozess wesentlich unterstützen: Der Arzt soll zunächst die Entscheidungsfähigkeit des Patienten beurteilen sowie überprüfen, ob dieser im Besitz einer aktuellen Voraussetzungen ist und ob er einen Stellvertreter hat (AMA 2016). Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten ist die rechtlich entscheidungsbefugte Person zu involvieren, bei der es sich häufig, aber nicht immer um ein Familienmitglied handelt (RPA 2010). Für die Ernennung von Freunden oder anderen Bezugspersonen zum Stellvertreter des Patienten gibt es gesetzliche Regelungen (Morrison et al. 2010). Der Arzt hat weiterhin zu bewerten und entsprechend mit dem Patienten und seinem Stellvertreter zu erörtern, welche Patientenziele durch angemessene medizinische Maßnahmen erreicht werden können (AMA 2016). Das sog. *shared decision making*, in welchem Ärzte und Patienten bzw. ihre Vertreter medizinische Optionen sowie Patientenwünsche, -werte und -ziele besprechen, um sodann gemeinschaftlich Entscheidungen zu treffen, wird dabei empfohlen (Kon et al. 2016a). Die familienzentrierte Versorgung wird als Grundpfeiler im Umgang mit Problemen am Lebensende genannt und es hat sich gezeigt, dass eine intensivierte Kommunikation bessere Ergebnisse ermöglicht (Frankel et al. 2012). Gelegentlich werden innerhalb der Literaturbeiträge Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation genannt, wie die frühzeitige Initiierung von Familienkonferenzen (Lilly et al. 2000, zit. n. Truog et al. 2008; Holloway et al. 2014; Kon et al. 2016a, ähnlich auch AMA 2016) oder die

Durchführung interdisziplinärer Teamsitzungen (Truog et al. 2008; RPA 2010; Holloway et al. 2014; Kon et al. 2016a, ähnlich auch Morrison et al. 2010). Ferner werden verschiedene Kommunikationskompetenzen bzw. -techniken vorgestellt (Maillet 2008; RPA 2010; Holloway et al. 2014; Kon et al. 2016a), wie beispielsweise Strategien zum Vertrauensaufbau oder solche für Konfliktsituationen wie etwa aktives Zuhören (Holloway et al. 2014). Ärzte sollen zudem über geeignete Fähigkeiten verfügen, die spirituellen Bedürfnisse zu erfassen und diesen nachzukommen (Robinson et al. 2006, zit. n. Truog et al. 2008; Holloway et al. 2014) sowie über palliativmedizinische (Holloway et al. 2014) und ethische Kompetenzen verfügen (Maillet 2008). Eine angemessene, empathische Kommunikation ist ebenfalls für die Erläuterung von Vorgehensweisen während einer Therapiebegrenzung wichtig, um beispielsweise bestehenden Ängsten zu begegnen und diese zu reduzieren (Truog et al. 2008).

Prozessbasierte Lösungsansätze

Für Konfliktfälle im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit wird darüber hinaus ein prozessbasiertes Vorgehen empfohlen: So verweisen einige der Autoren für ein weiteres Prozedere auf erarbeitete Lösungsansätze anderer Fachgesellschaften bzw. Standesorganisationen, wie diejenigen des SCCM Ethics Committee aus dem Jahr 1997 (Lewis-Newby et al. 2015; Nates et al. 2016), des AMA Council on Ethical and Judicial Affairs von 1999 (Truog et al. 2008; Lewis-Newby et al. 2015; Nates et al. 2016) oder auf das bereits mehrfach erwähnte, von verschiedenen Fachgesellschaften gemeinschaftlich erarbeitete *Statement* von Bosslet et al. aus dem Jahr 2015 (Kon et al. 2016a; Kon et al. 2016b). So verweist das ACCM beispielsweise für Situationen, in denen zwischen Patienten bzw. deren Stellvertretern und Ärzten trotz klärender Gespräche über die Therapieziele keine Einigung erzielt werden kann, auf prozessbasierte Ansätze, wie derjenige der AMA zur Konfliktlösung bei Problemen am Lebensende (Truog et al. 2008). In einem gemeinsamen *Statement* des ACCM mit der ATS wird der Konfliktlösungsprozess von Bosslet et al. empfohlen für Situationen, in denen Unsicherheit bzgl. der Grenzen akzeptierter Praxis herrscht (Kon et al. 2016a). Die SCCM schlägt die Empfehlung des SCCM Ethics Committee vor zur Bestimmung, wann eine Behandlung *nonbeneficial (futile)* ist sowie für die Lösung von Konflikten im Kontext von Zurückhaltung oder Beendigung lebenserhaltender Therapien; an dieser Stelle wird außerdem der prozessbasierte Ansatz der AMA befürwortet (Nates et al. 2016). Die Joint Commission verlangt ferner von allen US-amerikanischen Krankenhäusern einen Prozess, der es Mitarbeitern, Patienten und Familien ermöglicht, ethische Probleme zu lösen, die zu Konflikten neigen (Schyve 2009, zit. n. Committee on Ethics 2015). Prozessbasierte Ansätze berücksichtigen die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Personen in

den komplexen Situationen der Entscheidungsfindung und werden demokratischen Idealen gerechter (Daniels und Sabin 1997, zit. n. Bosslet et al. 2015; Daniels 2000, zit. n. Bosslet et al. 2015). Da vielfach auf einen solchen Prozess hingewiesen bzw. dieser in einigen der vorliegenden Beiträge auch dargestellt wird, sollen die innerhalb der analysierten Artikel geschilderten Prozesse hier kurz vorgestellt werden.

Bosslet et al. (2015) schlagen für Situationen, in denen Maßnahmen als *potentially inappropriate* beurteilt werden und in denen trotz intensiver Kommunikation und Schlichtungsversuche keine Einigung zwischen Ärzten und Stellvertretern erreicht werden kann, folgenden Konfliktlösungsprozess vor: In einem ersten Schritt sollen die bisherigen Versuche zur Konfliktlösung und Vermittlung durch Einbeziehung unabhängiger Experten auf diesem Gebiet, wie beispielsweise Ethik- oder Palliativberater, verstärkt werden. Diese sollen nicht Mitglied des im vierten Schritt genannten Krankenhausprüfungsausschusses sein. Wird im ersten Schritt keine angemessene Lösung gefunden, soll im zweiten Schritt der Stellvertreter des Patienten über die Durchführung des weiteren Prozesses informiert sowie zur Teilnahme eingeladen werden. Der dritte Schritt sieht vor, eine Zweitmeinung durch einen unabhängigen, mit dem Zustand des Patienten erfahrenen Arzt einzuholen. Dieser soll neben der Prognose des Patienten auch die Frage beurteilen, ob die eingeforderte Behandlung *inappropriate* ist. Im vierten Schritt erfolgt bei weiterhin bestehendem Dissens die Prüfung durch ein interdisziplinäres Krankenhauskomitee, dessen Mitglieder nicht direkt an der Versorgung des Patienten beteiligt sind (Bosslet et al. 2015). Die Zusammensetzung des Komitees und seine Kompetenzen sollen bestehenden Empfehlungen klinischer Ethikkomitees entsprechen; nach Möglichkeit sollen die Mitglieder zudem repräsentativ für die Gemeinde sein (American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics 2001, zit. n. Bosslet et al. 2015). Die Überprüfung dient dazu, dass beide Seiten nochmals ihre Sichtweisen darstellen können und sichergestellt ist, dass der Prozess ordnungsgemäß durchgeführt wird. Ferner soll so ermittelt werden, ob die Beurteilung der eingeforderten Therapie als *inappropriate* breite Zustimmung findet oder sie lediglich der Meinung einzelner Ärzte entspricht. Der Beschluss ist anschließend allen Beteiligten schriftlich auszuhändigen. Außerdem sollen sie die Gelegenheit bekommen, die Entscheidung zusammen mit dem Komitee zu diskutieren. Für den Fall, dass das Krankenhauskomitee mit der ärztlichen Beurteilung übereinstimmt, die Stellvertreter aber weiterhin an ihrer Forderung festhalten, sollen diese in einem fünften Schritt über die Möglichkeit einer Verlegung in eine andere Einrichtung informiert werden. Bei der Suche nach einer geeigneten Institution soll ihnen Hilfe angeboten werden. Lässt sich keine Einrichtung finden, die bereit ist, den Patienten entsprechend den Vorstellungen der Stellvertreter zu behandeln, sollen Letztere über ihr Recht informiert werden, bei einer unabhängigen Berufungsinstanz

Beschwerde einzureichen, woraufhin in der Regel eine gerichtliche Überprüfung stattfindet. Für den Fall, dass das Komitee oder das Berufungsgremium hingegen die Meinung der Stellvertreter unterstützt, soll der Arzt die Behandlung durchführen oder den Patienten an einen Kollegen übergeben. Für den Fall, dass die Beurteilung des Arztes befürwortet wird und sich kein Kollege findet, der bereit ist, die Therapie durchzuführen, kann der Arzt die eingeforderte Therapie ablehnen bzw. beenden. Neben diesem Prozess geben Bosslet et al. (2015) auch Empfehlungen für Situationen, in denen Entscheidungen unter Zeitdruck getroffen werden müssen: Nach Erstellung eines temporären Therapieplanes soll versucht werden, möglichst viele Schritte des oben genannten Prozesses durchzuführen, wobei dieser Plan die eingeforderte Maßnahme nicht enthalten muss, wenn sich die Ärzte sehr sicher sind, dass diese außerhalb der Grenzen akzeptierter Praxis liegen. Zuvor sollen jedoch einerseits nochmal die Fakten geprüft und Kollegen konsultiert werden, um einen Konsens bzgl. der Entscheidung sicherzustellen, sowie andererseits im Gespräch mit den Stellvertretern die Gründe erläutert werden (Bosslet et al. 2015). Ferner wird darauf hingewiesen, dass nicht alle Staaten den vorgeschlagenen Prozess erlauben und fordern dazu auf, die entsprechenden Gesetze zu ändern (Pope 2013, zit. n. Bosslet et al. 2015). Für Situationen, in denen *futile interventions* eingefordert werden, empfehlen Bosslet et al. (2015), in einem empathischen Gespräch Missverständnisse zu korrigieren und die Gründe zu erläutern, warum die Maßnahmen nicht durchgeführt werden. Die Hinzuziehung von Experten wie beispielsweise Ethikberatern wird sowohl an dieser Stelle, als auch für Forderungen nach *legally proscribed* und *legally discretionary treatments* befürwortet (Bosslet et al. 2015).

Einige der Elemente des vorgestellten Konfliktlösungsprozesses finden sich auch in dem vorgeschlagenen Vorgehen der AMA für den Fall, dass der Patient oder sein Stellvertreter Maßnahmen einfordern, welche ärztlicherseits als *medically not appropriate* bewertet werden: Zunächst wird auch hier ein Gespräch empfohlen sowie die Zusicherung, dass *medically appropriate interventions* durchgeführt werden, solange dies dem Willen des Patienten entspricht. Weiterhin soll ein Behandlungsplan erarbeitet werden, der sowohl den Patientenzielen, als auch der klinischen Beurteilung gerecht wird. Bei dennoch anhaltendem Dissens wird die Unterstützung durch ein Ethikkomitee o.ä. befürwortet. Ebenso wird das Recht des Patienten zur Einreichung einer Beschwerde genannt, sollte seine Forderung nicht unterstützt werden. Für Situationen, in denen trotz aller Bemühungen keine Einigung erzielt werden kann, wird die Möglichkeit der Verlegung angesprochen. Sollte diese nicht durchführbar sein, ist der Arzt ethisch nicht verpflichtet, die geforderte Maßnahme durchzuführen (AMA 2016).

Die RPA schlägt für Unsicherheiten bzgl. der Prognose des Patienten oder bei fehlendem Konsens hinsichtlich der Entscheidung über die Durchführung einer Dialyse einen zeitlich begrenzten Behandlungsversuch vor. Ferner wird ein systematischer Prozess empfohlen, der bei Konflikten im Kontext der Therapieentscheidung durchzuführen ist – beispielsweise wenn Patienten oder ihre Rechtsvertreter eine Dialyse einfordern, die ärztlicherseits nicht empfohlen wird. An erster Stelle wird jedoch auch in diesem Verfahren die intensivierete Kommunikation genannt. Eine dringend erforderliche Dialyse soll zunächst durchgeführt werden, wenn der Patient oder sein Rechtsvertreter dies fordern. Ferner wird auch in diesem Prozess die Einholung einer Zweitmeinung befürwortet. Diese soll durch einen Kollegen erfolgen und eine Bewertung der Situation hinsichtlich der Fragestellung enthalten, ob die eingeforderte Maßnahme mitunter doch *medically appropriate* ist bzw. ob Übereinstimmung hinsichtlich der Empfehlung zur Therapiebegrenzung herrscht. Auch die Einbeziehung weiterer Experten wie Ethikberater oder religiöse, ethnische oder administrative Berater wird empfohlen. Bei weiterhin bestehendem Dissens wird sodann die Involvierung eines Ethikkomitees vorgeschlagen. Es wird sowohl für den betreuenden Arzt als auch für die beratenden Parteien empfohlen, auf eine adäquate Dokumentation medizinischer Fakten und Begründung der Empfehlungen zu achten. Ferner ähneln die Vorschläge den bereits genannten darin, dass bei weiterhin bestehendem Konflikt die Möglichkeit der Verlegung des Patienten genannt wird. Als mögliche Optionen im Falle eines gescheiterten Verlegungsversuches werden sodann noch die Assistenz durch ein lokales Dialysetzwerk, die eines externen Schlichters oder Ethikkomitees – oder aber die Durchführung der Dialyse aufgeführt. Letztere Option mit dem Hintergrund, auf diese Weise die Wertevielfalt der Gesellschaft zu respektieren. Als weitere Möglichkeit wird die Einstellung der Dialyse genannt (es sei denn, es gibt gerichtliche Bescheide, die dem widersprechen), bei welcher eine entsprechende Information des Patienten oder seines Rechtsvertreters zu erfolgen hat. Weiterhin sollen Namen sowie Adressen möglicher alternativer Anbieter ausgehändigt werden. Auch in diesem Prozess wird die Möglichkeit des Patienten zur Beschwerdeeinreichung sowie eines rechtlichen oder behördlichen Rückgriffs benannt (RPA 2010).

Die Bewertung durch einen Konfliktlösungsprozess (z.B. mit Hilfe eines Ethikkomitees) wird auch durch die ATS empfohlen, wenn Ärzte die Behandlung als *inappropriate or futile* beurteilen und behaupten, ihre moralische Integrität wird durch die Durchführung der Therapie verletzt. Derlei Situationen entstehen oftmals in Konstellationen divergierender Ansichten darüber, was akzeptierte medizinische Praxis ausmacht. Für den Fall, dass der Prozess ergibt, dass die eingeforderte Maßnahme außerhalb der Grenzen akzeptierter Praxis liegt, besteht keine Verpflichtung zur Durchführung – liegt sie jedoch innerhalb dieser Grenzen,

dann soll auch dafür Sorge getragen werden, dass der Patient die Behandlung erhält. Für Situationen, in denen der Arzt weiterhin Gewissensvorbehalte mit der Durchführung der Therapie hat, besteht eine Möglichkeit in einem Personalaustausch durch ein weiteres institutionelles Verfahren zum Umgang mit derlei *conscientious objections*. Gesundheitseinrichtungen sollen daher entsprechende Regelungen und Verfahrensprozesse entwickeln, damit Gewissensvorbehalte frühzeitig identifiziert und Lösungen erarbeitet werden können. Ein derartiger Prozess soll die Beurteilung der Situation (die medizinischen Fakten, die Art des Vorbehaltes, seine Auswirkungen auf den Patienten sowie Lösungsoptionen) beinhalten (Lewis-Newby et al. 2015). Dies kann beispielsweise durch den Direktor der Intensivstation oder ein Ethikkomitee erfolgen (American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics 2001, zit. n. Lewis-Newby et al. 2015). Die Klinik soll die Durchführung legaler und professionell akzeptierter sowie sonst verfügbarer medizinischer Versorgung sicherstellen. Bis zur Übernahmemöglichkeit durch einen ärztlichen Kollegen oder eine andere Institution kann der bisher zuständige Arzt trotz seiner Gewissensvorbehalte zur Durchführung der Therapie verpflichtet werden (Lewis-Newby et al. 2015). Weiterhin sollen Möglichkeiten zur Beschwerdeeinreichung sowohl für Patienten bzw. ihre Stellvertreter, als auch für Ärzte gegeben sein – beispielsweise bei einem institutionellen Ethikkomitee (American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics 2001, zit. n. Lewis-Newby et al. 2015). Für Fälle, in denen ein Gewissensvorbehalt nicht berücksichtigt werden kann und der Arzt die Durchführung einer legalen, professionell akzeptierten und sonst verfügbaren medizinischen Therapie dennoch ablehnt, hat dieser mit möglichen juristischen oder institutionellen Konsequenzen zu rechnen. Gewissensvorbehalte allein rechtfertigen jedoch keine Therapiebegrenzung entgegen der Forderungen des Patienten oder seines Stellvertreters (Lewis-Newby et al. 2015).

Einbeziehung weiterer fachlicher und ethischer Expertise sowie mögliche Verlegung

Für Konfliktsituationen im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit wird auch außerhalb der vorgestellten prozessbasierten Lösungsansätze die Unterstützung durch Experten angeregt: So werden zum einen die Konsultation von ärztlichen Kollegen und eine mögliche Verlegung des Patienten angesprochen (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Eine solche Verlegung kann beispielsweise erwogen werden für den Fall, dass der Arzt durch die Patientenwünsche moralischen Stress oder einen ethischen Konflikt empfindet (ACOG 2005, zit. n. Committee on Ethics 2015; ACOG 2007, zit. n. Committee on Ethics 2015; ACOG 2009, zit. n. Committee on Ethics 2015). Zum anderen wird die Assistenz durch Ethikkomitees oder Ethikberater empfohlen (Maillet 2008; Committee on Ethics 2015, ähnlich auch Snyder

und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Nates et al. 2016). Eine multidisziplinäre und allgemein repräsentative Zusammensetzung der Ethikkomitees wird empfohlen, um den Eingang verschiedener Perspektiven zu sichern, die für die Bearbeitung der komplexen Probleme notwendig sind (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Nates et al. (2016) schlagen dabei die frühzeitige Einbeziehung von Ethikern innerhalb von 24 Stunden eines (aufkommenden) Konfliktes vor. Auch die Unterstützung durch Personen der Palliativversorgung (Holloway et al. 2014; Committee on Ethics 2015, ähnlich auch Frankel et al. 2012) und weiteren wie Krankenschwestern, Sozialarbeitern oder religiösen Beratern werden benannt (Committee on Ethics 2015).

(Einseitige) Therapiebegrenzung und Recht auf Beschwerdeeinreichung

Aussagen darüber, wann ein Arzt eine Maßnahme nicht mehr durchführen muss oder soll, nicht zur Durchführung verpflichtet ist oder gar die Pflicht zur Unterlassung derselben hat, finden sich in beinahe allen Beiträgen (Maillet 2008; Truog et al. 2008; Morrison et al. 2010; RPA 2010; Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012; Bosslet et al. 2015; Bosslet et al. 2015, zit. n. Kon et al. 2016a; Bosslet et al. 2015, zit. n. Kon et al. 2016b; Committee on Ethics 2015; Lewis-Newby et al. 2015; AMA 2016; Snyder Sulmasy und Mueller 2017). Darüber hinaus finden sich zudem vereinzelt Aussagen, dass einige Staaten (Blinderman et al. 2012, zit. n. Committee on Ethics 2015; Ballard 2014, zit. n. Bosslet et al. 2015), Gerichtsbarkeiten und Institutionen (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012) einseitig ärztliche Anordnungen zur Unterlassung von Reanimationsmaßnahmen unter gewissen Umständen gestatten. Dies trifft dann auf *legally discretionary treatment* (Ballard 2014, zit. n. Bosslet et al. 2015), auf eine ärztliche Beurteilung, dass eine Reanimation dem Patienten mehr schadet als nutzt (Blinderman et al. 2012, zit. n. Committee on Ethics 2015) sowie auf ein höchstens kurzzeitiges Überleben des Patienten innerhalb des Krankenhauses zu (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Daher kann ein Rückgriff auf das Gericht erforderlich sein (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Ferner rechtfertigt die Forderung seitens des Patienten oder seines Angehörigen nicht die Durchführung einer Intervention, wenn diese nicht indiziert ist (RPA 2010, ähnlich auch Bosslet et al. 2015; AMA 2016; Kon et al. 2016a). Wie den oben vorgestellten prozessbasierten Konfliktlösungsansätzen zu entnehmen ist, wird den Angehörigen bzw. dem Patienten jedoch ein Recht auf Beschwerdeeinreichung eingeräumt, wenn ihre Forderungen ärztlicherseits als *medically not appropriate* gewertet und nicht unterstützt werden (RPA 2010; Bosslet et al. 2015; AMA 2016).

In den USA erfüllen die Gerichte im Allgemeinen die Berufungsfunktion zur Konfliktlösung (Bosslet et al. 2015).

Innerhalb der analysierten Literaturbeiträge sind außerdem zwei Beiträge enthalten, die den Respekt der Werte und Wünsche des betroffenen Patienten sehr betonen, die bei dem Vorgehen und der Entscheidungsfindung bestmöglich zu berücksichtigen sind (Maillet 2008; Committee on Ethics 2015). So wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als übergeordnetes Prinzip genannt, welches im Allgemeinen Vorrang vor den Überzeugungen der Gesundheitsdienstleister hat; die Grenzen der Entscheidungsfreiheit des Patienten müssen in jeder Situation definiert werden und sollen die individuelle Person stark begünstigen (Maillet 2008). Während die ADA in ihrem Positionspapier die ärztliche Pflicht zum Beenden von *medically inappropriate treatment* zwar benennt, ist weiterhin jedoch auch festgehalten, dass die Frage noch nicht beendet ist, inwiefern Patienten kontraindizierte Maßnahmen einfordern dürfen; auch die Debatte über eine Definition von *futility* ist noch nicht abgeschlossen (Maillet 2008). Das ACOG hält im Weiteren fest, dass im Falle von Meinungsverschiedenheiten der Respekt vor der Autonomie der Patientin die Art der Versorgung bestimmt, die sie an ihrem Lebensende erhält (ACOG 2005, zit. n. Committee on Ethics 2015; ACOG 2007, zit. n. Committee on Ethics 2015; ACOG 2009, zit. n. Committee on Ethics 2015). Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass das Recht zur Ablehnung einer Maßnahme bis auf sehr wenige Ausnahmen respektiert wird; das Recht, eine Versorgung zu verlangen kann jedoch, je nach verfügbarem Personal und verfügbaren Ressourcen, begrenzt sein (Committee on Ethics 2015). Ein Hinweis darauf, dass eine weitere Einschränkung zur Einforderung einer Therapie das Fehlen einer entsprechenden Indikation sein kann, findet sich an dieser Stelle nicht. Im Verlauf wird jedoch auf die bereits o.g. in einigen Staaten gestattete Möglichkeit der einseitigen Therapiebegrenzung angesprochen (Committee on Ethics 2015).

Allgemeinere Empfehlungen

Ergänzend zu den bereits genannten, werden auch allgemeinere Empfehlungen zur Konfliktlösung im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit gegeben. So werden die Einrichtung regionaler Ethikkomitees für außergerichtliche Berufungsverfahren sowie institutionelle Besprechung und Reflexion der Fälle empfohlen (Bosslet et al. 2015). Weiterhin findet sich wiederholt der Appell, sich für die Entwicklung von Regelungen im Umgang mit Entscheidungen und Konflikten im Kontext der Therapiebegrenzung einzusetzen (Bosslet et al. 2015; Lewis-Newby et al. 2015; AMA 2016; Nates et al. 2016). Um einem möglicherweise aufkommenden moralischen Stress der Ärzte begegnen zu können, wird ferner auch die Entwicklung von Möglichkeiten bzw. Einrichtungen

innerhalb der Kliniken befürwortet, an welche sich der Arzt im Bedarfsfall wenden kann (Bosslet et al. 2015; Lewis-Newby et al. 2015, ähnlich auch Truog et al. 2008).

Zusammenfassend lässt sich für die US-amerikanischen Literaturbeiträge festhalten, dass für Konfliktfälle im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit eine angemessene Kommunikation mit Patienten, Stellvertretern und Angehörigen empfohlen wird. Diese hat noch vor weiteren Schritten zu erfolgen und trägt zudem zur Vermeidung von Konflikten bei. Neben hilfreichen Kommunikationskompetenzen werden auch Familien- und interdisziplinäre Teambesprechungen empfohlen. Des Weiteren wird die Unterstützung der Schlichtung durch Fachpersonal, wie beispielsweise Ethikberater oder Ethikkomitees, vorgeschlagen. Ethikkomitees werden dabei zum einen im Kontext einer Beratung der Konfliktparteien genannt. Zum anderen sollen die Komitees mitunter aber auch Stellungnahmen abgeben, ob die Durchführung einer Maßnahme der akzeptierten medizinischen Praxis entspricht und daher zu erfolgen hat. Weiterhin wird gelegentlich auf die Einholung einer Zweitmeinung durch einen Kollegen sowie auf die Möglichkeit einer Verletzung des Patienten hingewiesen. Die Vorgehensweisen sind dabei bisweilen in Form von Verfahrensprozessen ausformuliert und betreffen vielfach Konfliktsituationen, in welchen *medically inappropriate interventions* eingefordert werden. Auch bei Gewissensvorbehalten ärztlicherseits bzgl. der Durchführung der Therapie und der Beurteilung, die eingeforderte Maßnahme ist *inappropriate or futile*, wird auf einen prozessbasierten Ansatz verwiesen. Weitere Situationen, in denen ein solches Vorgehen empfohlen wird, sind Fälle von Unsicherheiten sowie divergierender Meinungen am Lebensende oder hinsichtlich der Therapiebegrenzung. Ferner ist ein solcher Prozess auch durchzuführen für die Bestimmung dahingehend, wo die Grenzen akzeptierter medizinischer Praxis liegen und wann eine Maßnahme *nonbeneficial (futile)* ist. Die Forderung nach *futile interventions* wird mitunter von einer Forderung nach *potentially inappropriate interventions* abgegrenzt und sodann empfohlen, in einem empathischen Gespräch (ggf. mit der Unterstützung durch Experten) die Gründe für die Unterlassung der Maßnahme zu erläutern, ohne dass ein weiterer Prozess empfohlen wird. Die prozessbasierten Ansätze enthalten bisweilen auch den Hinweis, dass Angehörige eine rechtliche Prüfung verlangen können, wenn ihre Forderungen als *inappropriate* bewertet werden und keine Zustimmung finden. Auch seitens der Ärzte kann es gelegentlich erforderlich werden, das Gericht in Entscheidungen zu involvieren, da es mitunter Regelungen für eine einseitige Therapiebegrenzung gibt. Aussagen über die Begrenzung einer Therapie sind bisweilen mit dem Hinweis verbunden, dass Ärzte nicht zur Durchführung einer Intervention verpflichtet sind, nur weil der Patient oder dessen Angehörige dies fordern. Vereinzelt wird die Autonomie der Patienten sehr betont und dabei auch, ihre Werte und Wünsche zu berücksichtigen. Um

einem evtl. aufkommenden moralischen Stress der Ärzte begegnen zu können, wird die Entwicklung entsprechender Einrichtungen innerhalb der Kliniken empfohlen. Ferner wird dazu aufgerufen, sich für die Erarbeitung von Regelungen im Umgang mit Entscheidungen und Konflikten im Kontext einer Therapiebegrenzung einzusetzen.

4 Diskussion

4.1 Vergleich der Stellungnahmen aus Deutschland und den USA

In der vorliegenden Arbeit wurden Stellungnahmen, Empfehlungen und weitere ähnliche Literaturbeiträge medizinischer Fachgesellschaften und Landesorganisationen aus Deutschland und den USA hinsichtlich des Themas „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ untersucht. Dabei wurden die enthaltenden Vorschläge für ein ethisch angemessenes Vorgehen in Konfliktsituationen in diesem Kontext herausgearbeitet. Ziel der Literaturanalyse war es, deutsche und US-amerikanische Stellungnahmen hinsichtlich enthaltender Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu untersuchen und zu prüfen, inwiefern sich Elemente der *Futility*-Debatte auf Deutschland übertragen lassen. Die untersuchten Texte ergaben sich durch eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE via PubMed und Web of Science sowie ergänzend durchgeführte Recherchen. Für die Literaturlauswertung wurden neben der Art der thematischen Darstellung die Kriterien einer fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit sowie Empfehlungen zur Konfliktlösung herausgearbeitet, um letztlich einen Vergleich zwischen den Ländern ziehen zu können.

4.1.1 Gemeinsamkeiten

Innerhalb der analysierten Literaturbeiträge lassen sich folgende Gemeinsamkeiten ableiten:

4.1.1.1 Darstellung des Themas „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“

Das Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ wird in der Mehrzahl der deutschen und US-amerikanischen Literaturbeiträge ausführlicher, beispielsweise innerhalb eines eigenen Kapitels oder Unterkapitels, behandelt. Weitere Gemeinsamkeiten finden sich in den angesprochenen Themengebieten: So wird mitunter auf juristische Aspekte einer legitimen Therapie bzw. deren Begrenzung eingegangen. Gelegentlich wird das Thema im Kontext palliativmedizinischer Empfehlungen behandelt. Ferner werden Auswirkungen der Durchführung einer nicht mehr indizierten bzw. sinnvollen Behandlung für den einzelnen Patienten aufgezeigt, wie etwa ein möglicherweise resultierender Schaden. Im Großteil der Beiträge wird zudem auf die gesuchte Konfliktsituation im Rahmen einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit eingegangen. Häufig sind in diesen Beiträgen auch Empfehlungen enthalten, welche Maßnahmen in einem solchen Fall zu einer Schlichtung der Parteien beitragen können.

4.1.1.2 Kriterien einer fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit

Im Hinblick auf genannte Kriterien, wann eine Therapie als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll zu betrachten ist, lassen sich ebenfalls einige Gemeinsamkeiten erkennen: So lassen sich in deutschen und US-amerikanischen Literaturbeiträgen eine fehlende Erreichbarkeit des angestrebten Therapieziels bzw. ein fehlender Nutzen zum Erreichen dieses Therapieziels, ein unverhältnismäßiges Nutzen-Schaden-Verhältnis sowie der begonnene Sterbeprozess als Kriterien ableiten, wann eine Therapiebegrenzung zu prüfen und ggf. umzusetzen ist.

Sowohl deutschen, wie auch US-amerikanischen Literaturbeiträgen ist zu entnehmen, dass eine Maßnahme, die nach ärztlicher Einschätzung das intendierte Behandlungsziel nicht erreichen kann, nicht indiziert und somit nicht durchzuführen bzw. zu beenden ist. Im Kontext dieser fehlenden Erreichbarkeit des Therapieziels wird mitunter auf eine infauste Prognose eingegangen: Dabei werden ein voraussichtliches Versterben innerhalb kurzer Zeit (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012) oder ein sehr unwahrscheinliches Überleben angesprochen (Neitzke et al. 2016). Auf eine ähnlich schlechte Prognose hindeutend werden intensivmedizinische Maßnahmen im Falle der Einschätzung, dass ein Überleben außerhalb der Akutversorgung nicht möglich ist, genannt und in diesem Fall als *inappropriate* bezeichnet (Kon et al. 2016b). Annäherungsweise wird dieser Aspekt auch in einem deutschen Beitrag aufgegriffen, indem im Rahmen von Reflexionsfragen zur Einschätzung der Sinnlosigkeit auf das Überleben der aktuellen Krankheitssituation eingegangen wird (Neitzke et al. 2016). Außerdem werden Behandlungssituationen angeführt, die mit einer unwahrscheinlichen Genesung oder nur geringen Erfolgschance assoziiert sind, sodass zumindest ein Überdenken der Fortführung der Therapie erfolgen sollte (Committee on Ethics 2015; Neitzke et al. 2016).

Innerhalb der deutschen Beiträge wird mitunter der Ausdruck einer „fraglichen“ bzw. „zweifelhaften“ Indikation genutzt, wenn eine ärztliche Einschätzung ergibt, dass der Therapieerfolg sehr unwahrscheinlich ist. Damit ergeben sich die folgenden möglichen Konstellationen: Eine Behandlung kann zum einen indiziert sein und ist dann dem Patienten anzubieten. Ferner kann eine Indikation fraglich bzw. zweifelhaft sein, sodass nach eingehender interdisziplinärer Erörterung ein ergebnisoffenes Gespräch mit dem Patienten über mögliche Versorgungsoptionen zu erfolgen hat. Außerdem kann eine Indikation auch fehlen bzw. nicht gegeben sein. In einem solchen Fall darf die Therapie weder angeboten noch durchgeführt werden (Janssens et al. 2013; Neitzke et al. 2016). In den US-amerikanischen Texten finden sich mitunter ähnliche Differenzierungen mit Hinblick auf eine Indikation oder Angemes-

senheit der Behandlung: So wird der Begriff *futile* für Maßnahmen, die das intendierte physiologische Ziel nicht erreichen können, vom Ausdruck *potentially inappropriate* abgegrenzt für solche Maßnahmen, bei denen ein vom Patienten gewünschtes Ziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zwar erreicht werden kann, es aber ethische Bedenken hinsichtlich der Durchführung gibt. Als eines der möglichen ethischen Bedenken wird beispielsweise auch hier ein unwahrscheinlicher Therapieerfolg genannt. Weiterhin heißt es, dass *futile interventions* nicht durchgeführt werden sollen und Ärzte sich im Falle von *potentially inappropriate interventions* für einen Therapieplan einsetzen sollen, den sie für angemessen halten (Bosslet et al. 2015). Somit werden sowohl in deutschen wie auch in US-amerikanischen Literaturbeiträgen neben Behandlungssituationen mit vorliegenden oder fehlenden Indikationen auch solche Situationen behandelt, bei denen sich der Nutzen der Therapie noch nicht abschätzen lässt und die daher mit einer gewissen Unsicherheit hinsichtlich der Angemessenheit der Durchführung behaftet sind. Bei den als indiziert betrachteten Maßnahmen ist der Patientenwunsch zu ermitteln und zu respektieren (RPA 2010; Neitzke et al. 2016).

Als weiteres gemeinsames Kriterium, wann eine Maßnahme als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll zu anzusehen ist, lässt sich ein unverhältnismäßiges Nutzen-Schaden-Verhältnis für den Patienten ableiten. Im Hinblick auf die Entscheidungsfindung wird auf Seiten der deutschen und der US-amerikanischen Beiträge auf die Berücksichtigung von subjektiven, patientenindividuellen Aspekten sowie objektiven, wissenschaftlichen Elementen hingewiesen. Da es sich um Individualentscheidungen handelt, wird vom Einsatz von Score-Systemen zur Einschätzung der Prognose bzw. zur Identifizierung von *nonbeneficial treatment* abgeraten (Schönhofer et al. 2014; Nates et al. 2016). In den Texten wird mitunter auf eine Bewertung hinsichtlich der Frage eingegangen, ob die Durchführung einer medizinischen Maßnahme womöglich eine unnötige Belastung für den Patienten darstellt. Außerdem wird auf eine Abwägung möglicher Belastungen gegenüber dem intendierten Nutzen eingegangen. Somit wird die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit sowohl in deutschen wie auch in US-amerikanischen Beiträgen angesprochen.

Darüber hinaus lässt sich der begonnene Sterbeprozess als gemeinsam genanntes Kriterium einer nicht mehr indizierten bzw. sinnvollen Therapie ableiten. In diesem Kontext wird vor allem auf eine Verlängerung des Sterbeprozesses eingegangen, die es zu vermeiden gilt, da sich sonst unnötige Belastungen für den Patienten ergeben.

4.1.1.3 Empfehlungen zur Konfliktlösung

Auch hinsichtlich enthaltener Empfehlungen zum möglichen Vorgehen bei Konflikten im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit lassen sich Überlegungen erkennen, die sich ähneln: So ist eine weitere Gemeinsamkeit deutscher und US-amerikanischer Literaturbeiträge die Empfehlung einer angemessenen Kommunikation mit dem Patienten, den Stellvertretern und den Angehörigen, welche dazu beitragen kann, potentiellen Konflikten vorzubeugen und bestehende Meinungsverschiedenheiten zu lösen. Empfohlen wird dabei, die Gespräche bereits frühzeitig durchzuführen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient bzw. Stellvertretern sowie Angehörigen wird befürwortet. In den Gesprächen sollen die Einwilligungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit des Patienten sowie die angestrebten Therapieziele ermittelt werden, um anschließend geeignete Maßnahmen zum Erreichen dieser Ziele zu erörtern. Hinsichtlich der Entscheidungsfindung ist in einem deutschen Beitrag der Hinweis enthalten, dass Angehörige zwar in diese Gespräche mit einzubeziehen sind, sie aber ohne Vollmacht oder Betreuungsverfügung gesetzlich keine Berechtigung zur Entscheidung haben (Schönhofer et al. 2014). Weniger konkret, aber dennoch ähnlich, gehen auch einige US-amerikanische Artikel auf juristische Besonderheiten bei der Entscheidungsfindung mit Angehörigen ein: So wird zum einen darauf hingewiesen, dass bei nichteinwilligungsfähigen Patienten die rechtlich dazu befugte Person zu involvieren ist, bei der es sich zwar häufig, aber nicht immer um ein Familienmitglied handelt (RPA 2010). Weiterhin werden gesetzliche Regelungen für die Ernennung von Freunden oder Bezugspersonen zum Stellvertreter des Patienten angesprochen (Morrison et al. 2010) und es wird darauf hingewiesen, dass Ärzte sich der rechtlichen Erfordernisse bzgl. der Ernennung zum Vertreter sowie der Entscheidungsfindung bewusst sein sollen (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Die Empfehlungen ähneln sich weiterhin dahingehend, dass auf eine für den Patienten bzw. den Stellvertreter und die Angehörigen verständliche, empathische Ausdrucksweise hingewiesen wird. Des Weiteren werden Besprechungen im interdisziplinären Behandlungsteam sowie Familienkonferenzen vorgeschlagen.

Gemeinsamkeiten finden sich zudem im Hinblick auf die genannten erforderlichen Kompetenzen, über die ein Arzt verfügen soll: So werden ethische und palliativmedizinische Kompetenzen genannt. Außerdem werden gute kommunikative Fähigkeiten betont, Kommunikationstechniken genannt und innerhalb US-amerikanischer Beiträge gelegentlich auch einige Modelle vorgestellt. Dies verdeutlicht nochmals den Stellenwert und die Wichtigkeit einer guten Kommunikation.

Eine weitere gemeinsame Empfehlung zum Vorgehen in den genannten Konfliktsituationen ist die zusätzliche Expertise durch (Fach-)Ärzte, Ethikberatungen oder Personen der palliativmedizinischen Versorgung. Durch die Konsultation ärztlicher Kollegen soll eine Zweitmeinung und medizinische Beurteilung der Situation eingeholt werden. Ethikberater oder palliativmedizinisch tätige Personen können zudem zur Verbesserung der Kommunikation beitragen und somit bei der Vorbeugung oder Lösung von Konflikten unterstützen. In einigen US-amerikanischen Texten wird dabei zunächst die Einbeziehung einzelner ethischer oder palliativmedizinischer Berater vorgeschlagen und im Falle eines weiter anhaltenden Disenses die Unterstützung durch ein Komitee (beispielsweise ein Ethikkomitee) befürwortet (RPA 2010; Bosslet et al. 2015). Bei dennoch andauerndem Konflikt wird zudem die Assistenz durch externe Schlichter und Ethikkomitees oder durch andere Institutionen vorgeschlagen, beispielsweise in einem entsprechenden Fall ein lokal ansässiges Dialysetzwerk (RPA 2010). Hier wird also eine mögliche Ausweitung der personellen Unterstützung bei der Schlichtung vorgeschlagen, sollten die Meinungsverschiedenheiten mit Hilfe der Assistenz einzelner Experten noch nicht gelingen. Die Durchführung einer Ethikberatung wird neben Unstimmigkeiten zwischen Ärzten und Patienten bzw. Angehörigen auch bei solchen innerhalb des Behandlungsteams vorgeschlagen.

Hinsichtlich der erwähnten Aspekte bzgl. einer möglichen Therapiebegrenzung besteht eine weitere Gemeinsamkeit von deutschen wie auch US-amerikanischen Literaturbeiträgen in dem Hinweis, dass weder der Patient, noch seine Angehörigen die Durchführung einer nicht indizierten Maßnahme einfordern können: So ist in den deutschen Beiträgen die Aussage enthalten, dass die Indikationsstellung ärztliche Aufgabe ist und beispielsweise keine Pflicht besteht, vorsorglichen Willensbekundungen des Patienten nachzukommen, wenn keine Indikation mehr besteht oder die Maßnahme rechtlich verboten ist (BÄK und ZEKO 2018). Ebenso ist den US-amerikanischen Empfehlungen zu entnehmen, dass das Behandlungsteam das Recht auf Ablehnung einer Intervention hat, obwohl der Patient oder seine Familie die Maßnahme zwar wünschen, der erwartete Nutzen die Risiken jedoch nicht rechtfertigt – die Behandlung also nicht indiziert ist (RPA 2010). Außerdem wird die Möglichkeit eines Behandlungsversuches angesprochen: Auf Seiten der deutschen Empfehlungen wird dieser vorgeschlagen für Situationen, in denen die Indikation fraglich ist, und bei bestehender Unsicherheit über die Erreichbarkeit des Therapieziels, wenn aufgrund von Zeitdruck keine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Behandlungsteam und Patient bzw. Stellvertretern und Angehörigen möglich ist (Neitzke et al. 2016). Die Empfehlung innerhalb der US-amerikanischen Beiträge bezieht sich zum einen auf Unsicherheiten bzgl. der Prognose und

zum anderen auf einen fehlenden Konsens zwischen Arzt und Patient bzw. seinem rechtlichen Vertreter bei der Entscheidung, ob etwa eine Dialysetherapie durchgeführt werden soll (RPA 2010). Die Ausführungen zur Möglichkeit des Behandlungsversuches sind jeweils mit dem Hinweis verbunden, dass eine Neubewertung der Situation nach einem zuvor festgelegten Intervall zu erfolgen hat: So soll eine Beurteilung dahingehend vorgenommen werden, ob das Therapieziel erreicht wurde bzw. ob der Patient von der Therapie profitiert, sodass eine Fortsetzung der Therapie sinnvoll erscheint.

4.1.2 Unterschiede

Die Analyse der Literaturbeiträge ergab folgende Unterschiede im Hinblick auf die untersuchten Aspekte:

4.1.2.1 Darstellung des Themas „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“

Die in den Literaturbeiträgen gewählten Begrifflichkeiten unterscheiden sich zwischen Deutschland und den USA: Der Begriff „Indikation“ (engl. *indication*) kommt vor allem in deutschen Beiträgen vor, während *futility* bzw. eine (fehlende) Sinnhaftigkeit sowohl in deutschen, wie US-amerikanischen Texten verwendet wird. Für Begriffe der US-amerikanischen Debatte wie (*potentially*) *inappropriate* oder *nonbeneficial* findet sich in Deutschland keine direkte Entsprechung - annäherungsweise zeigen jedoch die Begriffe *potentially inappropriate* und „zweifelhafte“ bzw. „fragliche“ Indikation Parallelen im Hinblick auf die Bewertung der Angemessenheit einer medizinischen Maßnahme, da diese mitunter im Zusammenhang eines unwahrscheinlichen Therapieerfolges genannt werden (wie unter Punkt 4.1.1.2 bereits dargestellt). Die in einigen US-amerikanischen Beiträgen gegebenen Beispiele für die genannten Begriffe und gelegentlich vorhandenen Übersichten in Form von Tabellen, Algorithmen und Infoboxen sind in den deutschen Artikeln nicht enthalten.

Bei der inhaltlichen Behandlung des Themas finden sich folgende Unterschiede: Während innerhalb der deutschen Beiträge, sofern angesprochen, der Einfluss wirtschaftlicher Aspekte auf die Entscheidungsfindung ausgeschlossen wird (BÄK 2011; Neitzke et al. 2016), werden in Beiträgen aus den USA hohe Kosten als ein möglicher ethischer Vorbehalt genannt, warum eine Behandlung als *potentially inappropriate* angesehen werden kann und welcher als Rechtfertigung der Ablehnung der Therapie erhoben werden könnte (Bosslet et al. 2015). Dies gilt allerdings nicht für alle US-amerikanischen Beiträge, in denen Kostenaspekte thematisiert werden: Es findet sich daneben auch die Aussage, dass die Interessen des Patienten

unabhängig von finanziellen Vereinbarungen zu fördern sind (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Neben möglichen negativen Auswirkungen der Durchführung einer nicht indizierten bzw. sinnvollen intensivmedizinischen Therapie für den einzelnen Patienten wird innerhalb einiger Beiträge aus den USA auch der Verbrauch an Ressourcen angesprochen, sodass ebenso auf einen potentiellen gesellschaftlichen Schaden hingewiesen wird: Dieser kann entstehen, wenn intensivmedizinische Maßnahmen benötigt, aber nicht verfügbar sind, weil sie bereits in einer *futile situation* eingesetzt werden (Nates et al. 2016). Dieser Aspekt wird in den deutschen Literaturbeiträgen nicht direkt angesprochen. So heißt es zwar, dass die Durchführung einer nicht indizierten Therapie aus gesellschaftsethischen Gründen zu vermeiden ist (Alt-Epping 2017), es folgt aber keine Erläuterung, was darunter zu verstehen ist. In den Beiträgen aus den USA wird außerdem ein moralischer Stress für den Arzt thematisiert, der mit der Durchführung einer als nicht mehr indiziert bzw. sinnvoll angesehenen Therapie verbunden ist. Zudem wird dort die Entwicklung von Regelungen zur Entscheidungsfindung und Konfliktlösung im Rahmen der Therapiebegrenzung gefordert. Auch diese Punkte werden innerhalb der deutschen Beiträge nicht behandelt.

4.1.2.2 Kriterien für fehlende Indikation bzw. Sinnhaftigkeit

Weitere Unterschiede lassen sich im Hinblick auf die in den Artikeln enthaltenen Kriterien einer fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit erkennen: So wird neben dem begonnenen Sterbeprozess in den US-amerikanischen Beiträgen auch der Tod als Kriterium von *futility* genannt und in diesem Zusammenhang auf Wiederbelebungsmaßnahmen eingegangen, wohingegen sich in deutschen Texten auf den Sterbevorgang als solchen beschränkt wird. Auch der eingetretene Hirntod wird in den US-amerikanischen Texten als Kriterium für die Einstellung einer Therapie genannt. Dieser wird zudem in einem Beispiel für *futile care* dargestellt, in welchem Forderungen nach einer Behandlung hirntoter Patienten am Lebensende unter den Gesichtspunkten einer ausgedehnten Patientenautonomie angesprochen werden (Snyder Sulmasy und Mueller 2017). Die Durchführung von Maßnahmen, die im Hinblick auf das Therapieziel „Überleben“ für den Patienten sinnlos sind, wird in deutschen Beiträgen, wenn überhaupt, lediglich im Kontext einer möglichen Organspende oder zum Abschiednehmen der Angehörigen thematisiert (Neitzke et al. 2016). Es fällt außerdem auf, dass auf Seiten der deutschen Beiträge eine Definition des Sterbevorgangs enthalten ist (BÄK 2011). In den US-amerikanischen Artikeln werden hingegen Kriterien eines vorliegenden Hirntodes genannt (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Hier finden

sich auch Anmerkungen zu möglichen unterschiedlichen Rechtslagen innerhalb der verschiedenen Staaten sowie zu evtl. bestehenden religiösen Einschränkungen einer Therapiebegrenzung bei vorliegendem Hirntod (Nates et al. 2016).

Eine dauerhafte, schwere Beeinträchtigung der neurologischen Funktion lässt sich in den US-amerikanischen Beiträgen als Kriterium einer möglicherweise fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit ableiten, die Überlegungen hinsichtlich einer Fortführung oder aber Begrenzung der Therapie nötig machen können. So soll die Beendigung lebenserhaltender Therapien und Initiierung symptomlindernder Maßnahmen bei Patienten mit schwerer Hirnschädigung in der individuellen Situation als geeigneter Therapieplan zusammen mit den Stellvertretern diskutiert werden (Holloway et al. 2014). *Medically inappropriate* kann eine (im entsprechenden Fall zur Diskussion stehende) Dialysetherapie bei irreversiblen, tiefgreifenden neurologischen Beeinträchtigungen mit fehlendem Anzeichen von Denken, Empfinden, zielgerichtetem Verhalten sowie Bewusstsein für sich selbst und die Umwelt angesehen und somit ggf. auf eine Dialyse verzichtet werden, wobei alle Formen schwerer irreversibler Demenz und ein persistierender vegetativer Status diese Definition erfüllen (RPA 2010). Eine schwere Demenz kann zudem unter Umständen dazu führen, dass eine Therapie aufgrund fehlenden kooperativen Verhaltens nicht sicher durchgeführt werden kann (RPA 2010). Des Weiteren wird eine intensivmedizinische Behandlung bei Patienten, bei denen keine reelle Erwartung besteht, dass sich ihre neurologischen Funktionen ausreichend bessern, sodass sie den Nutzen der Therapie nachvollziehen können, als *inappropriate* bezeichnet – die Entscheidungen sollen aber individuell getroffen werden (Kon et al. 2016b). Auch auf Seiten der deutschen Artikel wird durch die BÄK die Frage einer Therapiebegrenzung bei schweren neurologischen Beeinträchtigungen aufgegriffen: Die BÄK vertritt jedoch die Position, dass eine andauernde Bewusstseinsstörung für sich genommen kein Kriterium für eine Therapiebegrenzung darstellt. In einem solchen Fall ist die Therapie anhand der Indikation vom Arzt festzulegen und sodann durchzuführen. Für den Fall, dass sich der Patient im Sterben befindet, soll der Sterbeprozess nicht verlängert werden. Bei Vorliegen einer infausten Prognose ist eine Leidensverlängerung durch lebensverlängernde Maßnahmen zu vermeiden (BÄK 2011). Hier ist also nach den gleichen Grundsätzen zu handeln wie bei Patienten ohne dauerhafte Bewusstseinsstörungen. Auf die in den US-amerikanischen Beiträgen genannten Aspekte wie Denken, Empfinden oder den Umfang neurologischer Funktionen wird durch die BÄK nicht direkt eingegangen. Ferner werden keine Krankheitsbilder konkret benannt – es wird jedoch darauf hingewiesen, dass es Personen gibt, die ihr gesamtes Leben lang nicht einwilligungsfähig sind und solche, die erst im Laufe ihres Lebens die Möglichkeit zur Willensäu-

berung verloren haben. Bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sind das Wohlergehen sowie der vermutete Wille des Patienten (BÄK 2011). In den Ausführungen zu Patienten mit dauerhaften, schweren neurologischen Beeinträchtigungen lassen sich also weitere Unterschiede erkennen, auch wenn die Autoren beider Länder sich letztlich dahingehend äußern, dass eine Entscheidung bzgl. der Durchführung oder Beendigung einer Therapie bei Vorliegen dieser Beeinträchtigungen im jeweiligen Kontext des individuellen Patienten diskutiert werden soll.

Ferner lassen sich den US-amerikanischen Beiträgen mitunter ethische Bedenken als Kriterium entnehmen, wann eine (*potentially*) *inappropriate intervention* vorliegt. In diesem Zusammenhang werden Faktoren wie eine geringe Erfolgswahrscheinlichkeit, ein Behandlungsziel kontroverser Werte oder der Aspekt hoher Kosten als mögliche Rechtfertigungen für die Ablehnung der Behandlung genannt (Bosslet et al. 2015). In deutschen Artikeln sind ethische Probleme in den Freitextantworten einer durchgeführten Umfrage zu entnehmen. Sie werden dabei im Kontext von Reanimationsmaßnahmen vor allem bei unklarem Patientenwillen, aber auch bei infauster oder unsicherer Prognose genannt (Padberg et al. 2014). Es werden also durchaus auch auf Seiten der deutschen Artikel ethische Probleme im Zusammenhang mit Therapiebegrenzung angesprochen. Allerdings werden diese nicht so formuliert, als dass sich aus ihrer Konsequenz eine Therapiebegrenzung ergibt, sondern die Probleme werden lediglich genannt: Beispielsweise, wenn die Durchführung einer Reanimation trotz Vorliegen ethischer Bedenken aufgrund mangelnder Information erfolgen muss (Padberg et al. 2014). Hinsichtlich des Kostenaspektes lässt sich seitens der deutschen Beiträge sogar wiederholt der Hinweis finden, dass wirtschaftliche Überlegungen in eine Therapieentscheidung nicht mit einzugehen haben (BÄK 2011; Neitzke et al. 2016) (siehe oben). Allerdings sind auch in den US-amerikanischen Artikeln die Aussagen enthalten, dass die Interessen des Patienten zum einen immer unabhängig von finanziellen Vereinbarungen zu treffen sind (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012) (siehe oben) und zum anderen auch, dass eine Ablehnung der Therapie allein aufgrund des Empfindens, dass der Arzt sich durch die Durchführung der Therapie in seiner moralischen Integrität verletzt fühlt, nicht gerechtfertigt ist (Lewis-Newby et al. 2015).

Neben den bereits genannten Aspekten, anhand derer keine Entscheidungen zu treffen sind bzw. die für eine Entscheidungsfindung auszuschließen sind, lassen sich in den Beiträgen aus den USA zudem noch Einflussfaktoren wie die Art der Gesundheitseinrichtung und Patientencharakteristika wie seine Entscheidungsfähigkeit, Verhalten, sozialer Status (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012) oder das chronologische

Alter benennen (Nates et al. 2016). Diese werden in den deutschen Artikeln so nicht aufgeführt.

4.1.2.3 Empfehlungen zur Konfliktlösung

Bezüglich der Empfehlungen zur Konfliktlösung lassen sich folgende Unterschiede erkennen: In den US-amerikanischen Literaturbeiträgen wird die Involvierung von Ethikberatern und weiterer fachlicher Expertise gelegentlich in Form von prozessbasierten Ansätzen empfohlen. Vorgeschlagen wird ein solcher Prozess beispielsweise bei Konflikten am Lebensende sowie solchen, die trotz geführter Gespräche persistieren und in welchen Patienten oder Familien Maßnahmen einfordern, von denen Ärzte glauben, dass diese ungeeignet zum Erreichen der Therapieziele sind (Truog et al. 2008). Weiterhin wird ein solches Vorgehen empfohlen für Situationen, in denen Unsicherheit bzgl. der akzeptierten Grenzen medizinischer Praxis herrscht (Kon et al. 2016a), zur Bestimmung, wann es sich um *nonbeneficial treatment* handelt sowie zur Konfliktlösung im Kontext einer Begrenzung lebenserhaltender Therapien (Nates et al. 2016). Auch für Situationen, in denen Ärzte eine Forderung des Patienten oder seines Stellvertreters als *inappropriate or futile* beurteilen und ihre moralische Integrität durch die Durchführung der Therapie als verletzt ansehen, wird auf einen prozessbasierten Ansatz verwiesen (Lewis-Newby et al. 2015). Häufig wird ein solcher Prozess zudem im Kontext der Durchführung von *inappropriate interventions* genannt. Während den deutschen Stellungnahmen zu entnehmen ist, dass eine Ethikberatung (z.B. durch ein klinisches Ethikkomitee) keine Entscheidungskompetenz hat und lediglich der Beratung dient (Janssens et al. 2013), scheint das Krankenhauskomitee in der Empfehlung von Bosslet et al. (2015) Befugnisse zu haben, die darüber hinaus gehen: Das Komitee, das zwar als Krankenhauskomitee bezeichnet wird, in Zusammensetzung und Kompetenzen jedoch an vorhandene Empfehlungen für klinische Ethikkomitees angelehnt sein soll, wird beauftragt, eine Stellungnahme zur Situation abzugeben und zu prüfen, ob die Behauptung des betreuenden Arztes, die eingeforderte Therapie sei *inappropriate*, breite Zustimmung innerhalb der Einrichtung findet oder ob sie lediglich die Meinung einzelner Ärzte darstellt. Für den Fall, dass das Komitee die Forderung der Angehörigen unterstützt, ist die Therapie durchzuführen – ggf. mittels Übernahme durch einen bereitwilligen Kollegen. Hier scheint die Bewertung des Krankenhauskomitees also durchaus Entscheidungscharakter zu haben. Für den Fall, dass das Komitee die Ansicht des betreuenden Arztes unterstützt, wird in Situationen, in denen die Angehörigen dennoch an der gewünschten Therapie festhalten, die Möglichkeit der Verlegung des Patienten in eine andere Einrichtung genannt (Bosslet et al. 2015). Auch im Beitrag von Lewis-Newby et al. (2015) kann beispielsweise durch ein Ethikkomitee festgestellt werden, ob eine eingeforderte

Therapie der akzeptierten medizinischen Praxis entspricht oder nicht. Derartige Szenarien werden innerhalb der deutschen Artikel nicht diskutiert. Fernab des Vermerkes, dass eine Ethikberatung keine Entscheidungskompetenz hat, wird in diesen lediglich darauf hingewiesen, dass die Unterstützung durch eine entsprechende Beratung hilfreich sein und zur Konfliktlösung beitragen kann.

Auch die mitunter in den genannten prozessbasierten Konfliktlösungsansätzen angesprochene Option der Verlegung des Patienten in eine andere Einrichtung oder die Übergabe an einen anderen Kollegen wird in den deutschen Empfehlungen nicht behandelt. Der in den US-amerikanischen Beiträgen gelegentlich enthaltene Hinweis zur Möglichkeit der Beschwerdeeinreichung bei einer Berufungsinstanz und die im Allgemeinen darauf folgende gerichtliche Überprüfung im Falle von Forderungen, die als *inappropriate* bewertet und abgelehnt werden, ist in den deutschen Artikeln ebenfalls nicht enthalten. Eine Involvierung des Gerichtes wird in den deutschen Beiträgen zwar zur Klärung des vermuteten Patientenwillens erwähnt – ein Gericht hat jedoch nicht über das Vorliegen einer medizinischen Indikation zu entscheiden. Ferner wird in diesem Kontext lediglich von indizierten bzw. nicht indizierten Maßnahmen gesprochen und darauf hingewiesen, dass es Aufgabe des Arztes ist, zu entscheiden, ob eine Indikation gegeben ist (BÄK und ZEKO 2018). Eine Differenzierung oder Abstufung einer vorliegenden Indikation in Richtung einer fraglichen Indikation wird hier nicht vorgenommen.

Hinsichtlich einer Therapiebegrenzung werden in den US-amerikanischen Beiträgen gelegentlich Situationen genannt, in welchen eine einseitig ärztliche Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen gestattet wird, beispielsweise wenn das Überleben im Krankenhaus als höchstens kurzzeitig eingeschätzt wird. Da einige Gerichtsbarkeiten spezifische Prozesse haben, um diese einseitigen Entscheidungen zuzulassen, kann es erforderlich sein, sich an die Gerichte zu wenden (Snyder und ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee 2012). Zwar heißt es auch auf Seiten der deutschen Artikel, dass ein Einverständnis des Patienten oder seines Stellvertreters zu einer Therapiezieländerung bei ausgeschlossenen Überleben rechtlich nicht erforderlich ist (Neitzke et al. 2016). Ein entsprechender Hinweis, dass für einseitig ärztliche Entscheidungen ein Rückgriff auf die Gerichte notwendig werden kann, findet sich in den deutschen Texten jedoch nicht.

Darüber hinaus besteht ein weiterer Unterschied darin, dass die Patientenautonomie im Zuge der Entscheidungsfindung am Lebensende in den US-amerikanischen Literaturbeiträgen bisweilen sehr betont wird (Maillet 2008; Committee on Ethics 2015). In den deutschen Texten ist zwar beispielsweise auch festgehalten, dass eine einseitig ärztliche Entscheidungsfindung

ohne Berücksichtigung des vermuteten Patientenwillens nicht gestattet ist (Schönhofer et al. 2014), jedoch wird die Erfüllung des Patientenwunsches in einigen US-amerikanischen Texten besonders stark betont. Hier heißt es beispielsweise, dass im Falle von Meinungsverschiedenheiten der Respekt vor der Autonomie der Patientin die Art der Versorgung bestimmt, die sie an ihrem Lebensende erhält (ACOG 2005, zit. n. Committee on Ethics 2015; ACOG 2007, zit. n. Committee on Ethics 2015; ACOG 2009, zit. n. Committee on Ethics 2015). Das Patientenrecht zur Einforderung von Maßnahmen wird zwar eingeschränkt – hier werden als Gründe allerdings lediglich solche wie verfügbares Personal oder verfügbare Ressourcen genannt. Eine Begründung wie das Fehlen einer Indikation wird an dieser Stelle nicht gegeben.

In den Texten aus den USA sind außerdem allgemeinere Empfehlungen im Zusammenhang mit Konflikten im Kontext einer Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation bzw. Sinnhaftigkeit enthalten: So wird die Einrichtung regionaler Ethikkomitees für außergerichtliche Berufungsverfahren befürwortet und eine institutionelle, rückblickende Besprechung problematischer Fälle empfohlen, um aus den Situationen zu lernen und ähnliche Vorkommnisse zukünftig zu verhindern (Bosslet et al. 2015). Ferner wird dazu aufgerufen, sich für die Entwicklung von Regelungen im Umgang mit Entscheidungen und Konflikten am Lebensende einzusetzen (siehe oben). Dieser Appell richtet sich dabei nicht nur an Ärzte, sondern mitunter auch an Patienten bzw. deren Vertreter. Ferner wird in den US-amerikanischen Texten gelegentlich die Einrichtung von Anlaufstellen im Fall von moralischem Stress empfohlen, welcher durch die Durchführung einer als nicht indiziert bzw. sinnvoll angesehenen Therapie ausgelöst werden kann (siehe oben). Die deutschen Literaturbeiträge gehen auf diese Aspekte nicht direkt ein und enthalten daher keine solchen Empfehlungen.

4.2 Fazit

In der Zusammenschau lässt sich festhalten, dass die analysierten Literaturbeiträge aus Deutschland und den USA einige Gemeinsamkeiten aufweisen und viele Überlegungen in eine ähnliche Richtung gehen. Das Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ wird häufig ausführlicher in den Texten dargestellt und dabei werden durchaus ähnliche thematische Aspekte angesprochen. Daraus lässt sich ableiten, dass sowohl die deutschen wie auch die US-amerikanischen Autoren ähnliche Probleme bei der Patientenversorgung in diesem Kontext erkennen und es für nötig befinden, entsprechende Empfehlungen für Ärzte zu formulieren. Auch im Hinblick auf genannte erforderliche Kompetenzen des Arztes und

Handlungsempfehlungen für Konfliktsituationen zeigen sich in vielen Punkten Gemeinsamkeiten. Hinsichtlich der Kriterien, anhand derer die Angemessenheit einer Therapie zu überprüfen ist, lassen sich ebenfalls viele Übereinstimmungen finden. So benennen Autoren beider Länder das Kriterium der Erreichbarkeit eines bestimmten Therapieziels durch die intensivmedizinische Maßnahme. Ist diese Erreichbarkeit gegeben, liegt eine Indikation vor bzw. ist die Intervention nicht *futile*. Weitere wesentliche Überlegungen bei der Prüfung über das Vorliegen einer Indikation sind der Nutzen für den individuellen Patienten und das Vermeiden einer unnötigen Belastung für diesen. Ebenso werden in Stellungnahmen beider Länder Situationen thematisiert, in denen die Indikationsstellung erschwert und nicht eindeutig ist, da sich zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung die Erreichbarkeit des Behandlungsziels noch nicht abschätzen lässt oder es andersartige Bedenken bei der Durchführung der Therapie gibt. So lässt sich festhalten, dass die Überlegungen hinsichtlich der Angemessenheit einer Therapie trotz der unterschiedlichen Verwendung von Begriffen in Deutschland und den USA grundsätzlich in wesentlichen Punkten übereinstimmen.

Jedoch lassen sich auch einige Unterschiede festhalten: So finden sich innerhalb der deutschen Artikel beispielsweise keine Algorithmen oder Beispiele für die benannten Situationen. Übersichtliche Darstellungen wie solche in Form von Algorithmen dürften als Empfehlungspfade zum weiteren Vorgehen vor allem in Situationen mit Zeitdruck eine hilfreiche Unterstützung darstellen. Zu berücksichtigen hätte der sich solcher Hilfe bedienende behandelnde Arzt natürlich die individuelle Situation des Patienten, weshalb eine auf diesen Patienten abgestimmte Entscheidung zu treffen wäre. Die Benennung von Beispielen für Konstellationen, in welchen eine Therapie als *futile* bezeichnet wird, mag sicherlich dabei helfen, Situationen und andere Begriffe voneinander abzugrenzen und diese verständlicher zu machen. Situationen, in denen bereits der (Hirn-)Tod des Patienten eingetreten ist und die Frage weiterer lebenserhaltender Therapien diskutiert wird, eignen sich vermutlich als nachvollziehbares Szenario für den Begriff einer *futile intervention*. Möglicherweise können solche Beispiele jedoch auch dazu führen, dass Unsicherheiten beim Transfer und der Anwendung auf die eigene Behandlungssituation mit dem Patienten entstehen: Möglich wäre dies, wenn die Situationen eben nicht derart eindeutig sind, als dass eine Therapie wirklich sinnlos ist, weil es durch den eingetretenen Tod des Patienten kein Ziel mehr gibt, das durch die Therapie erreicht werden kann. Die uneinheitlichen Definitionen des Begriffs *futility* und die Heterogenität der übrigen verwendeten Begrifflichkeiten zwischen den Stellungnahmen können mitunter zu Verwirrung und Unsicherheiten bei der ärztlichen Entscheidungsfindung bzgl. einer Therapiebegrenzung führen. Eine Zusammenarbeit von Fachgesellschaften und Abstim-

mung auf einheitliche Begriffsdefinitionen sowie den folgenden Empfehlungen erscheint daher durchaus sinnvoll. Das *Statement* von Bosslet et al. (2015) ist ein Beispiel für eine solche Zusammenarbeit und stellt damit vermutlich eine hilfreiche Unterstützung dar. Der Aspekt, dass die SCCM in den zeitlich später folgenden *Guidelines* von Nates et al. (2016) vom zuvor genutzten Begriff *futile* wiederum Abstand nimmt und stattdessen für derlei Situationen den Ausdruck *nonbeneficial* präferiert, dürfte hingegen Fragen aufwerfen und Unsicherheiten schüren, zumal auch für das Vorgehen bei Konflikten auf andere prozessbasierte Ansätze als die bei Bosslet et al. gemeinschaftlich erarbeiteten verwiesen wird.

Im Hinblick auf die Entscheidungsfindung werden wirtschaftliche Aspekte in den deutschen Artikeln ausgeschlossen. Inwiefern dies die Realität abbildet, bleibt unklar. Dass Bedenken bei der Entscheidung über die Durchführung einer sehr teuren Therapie in Kombination mit einer evtl. nur geringen Erfolgschance aufkommen können, zeigt sich auf Seiten der US-amerikanischen Beiträge, in denen diese Bedenken auch als solche angesprochen werden. Auch der Verbrauch an intensivmedizinischen Ressourcen und der damit möglicherweise einhergehende Schaden für die Gesellschaft, ein moralischer Stress, der für den Arzt bei der Durchführung einer nicht als sinnvoll bewerteten Therapie entstehen kann, sowie der Appell, sich für die Erarbeitung von Regelungen zum Umgang mit derlei Situationen einzusetzen, werden in den Artikeln aus Deutschland nicht direkt angesprochen.

Die Einbeziehung einer (fach-)ärztlichen Zweitmeinung oder eine Ethikberatung, beispielsweise durch ein interdisziplinär zusammengesetztes Ethikkomitee, ermöglicht die Einbeziehung mehrerer Meinungen und unterschiedlicher Blickwinkel in die Entscheidung, was für eine umfassende Reflexion der Situation wichtig ist. Die Bewertung durch einen unabhängigen und erfahrenen Kollegen kann zu größerer Sicherheit der Entscheidung beitragen: So kann eine Zweitmeinung möglicherweise helfen, den Angehörigen die Angemessenheit der Entscheidung über eine Therapiebegrenzung zu verdeutlichen – zum Beispiel dadurch, dass trotz der häufig erwähnten Variabilität der ärztlichen Entscheidungen (Mark et al. 2015) beide Ärzte zum gleichen Entschluss gelangen. Auf der anderen Seite kann bei einer abweichenden Einschätzung seitens des Kollegen verhindert werden, dass eine Therapie unter Umständen zu früh begrenzt wird, wenn stattdessen auch die Option eines Therapieversuches erwogen werden kann. Dies gewährt zusätzliche Sicherheit für den Patienten. Es bietet sich an, in konfliktbehafteten Situationen die Unterstützung durch in Schlichtung und Vermittlung geschultes Personal anzunehmen und Ethikberater oder andere Experten auf diesem Gebiet in die Gespräche miteinzubeziehen. Die frühzeitige Involvierung kann bereits

helfen, Konflikten entgegenzuwirken, wenn die jeweiligen Gedankengänge und Argumente beider Parteien gehört und bestenfalls sogar nachvollzogen werden können.

Ärzte erwerben durch das Medizinstudium die Kompetenz zur Prüfung einer Indikation, die auf Kenntnissen der Pathophysiologie, der Diagnostik und der Therapie einer Erkrankung fußen. Ob Personen ohne diesen medizinischen Bildungshintergrund jedoch darüber urteilen können, ob eine Therapie dem Rahmen akzeptierter medizinischer Praxis entspricht, ist zu hinterfragen. Fraglich ist somit auch, inwiefern ein Ethikkomitee oder ein Gericht die Entscheidung um die Angemessenheit einer Behandlung erschöpfend reflektiert bewerten kann. In Deutschland herrscht in diesem Punkt eine deutliche Aufgabentrennung zwischen den Ärzten, die die medizinische Indikation zu prüfen und zu stellen haben, und dem Gericht, welches in Dissensfällen den Patientenwillen zu ermitteln hat. Zu berücksichtigen ist hier gewiss der Umstand, dass es in den US-amerikanischen Literaturbeiträgen um Behandlungen geht, die als (*potentially*) *inappropriate* bewertet werden, während in den entsprechenden deutschen Artikeln in diesem Kontext lediglich solche Situationen genannt werden, in denen eine Indikation nicht gegeben ist. Interessant wäre es hier zu sehen, ob zukünftig auch in Deutschland die Frage einer möglichen Aufgabe des Gerichts bei Konstellationen aufgegriffen wird, bei denen die Indikation zweifelhaft oder fraglich ist.

4.3 Limitationen

Abschließend bleibt zu bedenken, dass die Anzahl an Beiträgen aus den USA im Vergleich zu denjenigen aus Deutschland etwas größer ist. Dies ist möglicherweise durch die Auswahl der Datenbanken der systematischen Literaturrecherche mitbedingt: Die Datenbank MEDLINE, welche von der U.S. National Library of Medicine herausgegeben wurde, ist sowohl in der Recherche über PubMed, als auch über Web of Science abgedeckt. Durch die Ergebnisse dieser systematischen Literaturrecherche ergab sich der Großteil der analysierten Beiträge. Daher sind unter Umständen weniger der vorhandenen Empfehlungen deutscher Fachgesellschaften mit in die Analyse eingegangen und berücksichtigt. Die erarbeiteten Schlussfolgerungen sind daher das Resultat einer Stichprobe von Literaturbeiträgen, die zudem der Interpretation der Autorin unterliegen. Diese Umstände sind sicherlich als Limitationen der vorliegenden Arbeit zu berücksichtigen.

5 Zusammenfassung

Durch Fehlen der Indikation oder der Einwilligung des Patienten als Voraussetzungen zur legitimen Durchführung einer medizinischen Maßnahme ist im Falle lebenserhaltender Therapie ein Behandlungsabbruch und eine Therapiezieländerung mit palliativmedizinischer Ausrichtung durchzuführen. Immer wieder kommt es jedoch zu Konfliktsituationen, in denen Patienten oder ihre Angehörigen eine aus ärztlicher Sicht nicht indizierte bzw. sinnvolle Therapie einfordern. Anknüpfend an diese problembehaftete Situation wurden in der vorliegenden Arbeit Stellungnahmen und Empfehlungen deutscher und US-amerikanischer Fachgesellschaften und Standesorganisationen zum Thema „Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation“ untersucht.

Eingangs wurden zunächst die ethisch-rechtlichen Rahmenbedingungen einer medizinischen Behandlung und die für das Verständnis grundlegenden Begriffe der medizinischen Indikation und der *medical futility* vorgestellt. Darauf folgend wurden die in der Literaturrecherche verwendeten Suchalgorithmen, Datenbanken und weiteren Quellen sowie Ein- und Ausschlusskriterien der Stellungnahmen genannt. Anschließend erfolgte eine detaillierte Darstellung der aus der Literaturanalyse abgeleiteten Ergebnisse hinsichtlich der eingangs formulierten Forschungsfragen: Getrennt nach Ländern wurden dabei die thematische Auseinandersetzung innerhalb der Literaturbeiträge, die genannten Kriterien einer fehlenden Indikation bzw. Sinnhaftigkeit sowie die enthaltenen Empfehlungen für Konfliktfälle vorgestellt.

Insgesamt wurden 29 Literaturbeiträge in die Analyse eingeschlossen. Vielfach thematisieren diese Beiträge die juristischen Voraussetzungen einer legitimen Therapie bzw. deren Begrenzung, gehen auf Auswirkungen der Durchführung einer nicht mehr indizierten bzw. sinnvollen Therapie ein, behandeln Konfliktsituationen im Kontext einer Therapiebegrenzung und zeigen mögliche Ansätze zur Schlichtung auf. Als Kriterien für eine fehlende Indikation bzw. Sinnhaftigkeit ließen sich den Stellungnahmen beider Länder eine fehlende Erreichbarkeit des angestrebten Therapieziels bzw. ein fehlender Nutzen zum Erreichen dieses Ziels, ein unverhältnismäßiges Nutzen-Schaden-Verhältnis für den Patienten sowie der begonnene Sterbeprozess ableiten. Den US-amerikanischen Beiträgen waren darüber hinaus noch der (Hirn-)Tod des Patienten, dauerhafte schwere Beeinträchtigungen der neurologischen Funktionen und ethische Bedenken als Kriterien zu entnehmen, wann eine Therapiebegrenzung möglicherweise angemessen sein kann. Bezüglich genannter Kriterien, die in eine Therapieentscheidung nicht mit eingehen sollen, werden in den deutschen Beiträgen wirtschaftliche Überlegungen genannt. Auch andauernde Bewusstseinsstörungen stellen für sich genommen kein Kriterium zur Therapiebegrenzung dar. In den US-amerikanischen Beiträgen werden

folgende Faktoren genannt, anhand derer keine Entscheidung zu treffen ist: Gewissensvorbehalte seitens des Arztes, finanzielle Aspekte (wobei diese jedoch mitunter als ethische Bedenken genannt werden und woraufhin eine Maßnahme als *potentially inappropriate* bewertet und eine Therapie abgelehnt werden könnte), die Art der Gesundheitseinrichtung sowie Patientencharakteristika wie das chronologische Alter, seine Entscheidungsfähigkeit, sein Verhalten oder sein sozialer Status. Hinsichtlich enthaltener Empfehlungen für Konfliktsituationen betonen die Stellungnahmen beider Länder eine angemessene Kommunikation mit dem Patienten und seinem Stellvertreter bzw. den Angehörigen und schlagen die Einbeziehung weiterer fachlicher und ethischer Expertise (beispielsweise durch ein Ethikkomitee) vor. In den US-amerikanischen Beiträgen sind die Empfehlungen gelegentlich als prozessbasierte Ansätze formuliert. Während die Stellungnahmen beider Länder zudem auf die Situation der Beendigung nicht indizierter Therapiemaßnahmen eingehen, wird in einigen US-amerikanischen Beiträgen das Recht auf Beschwerdeeinreichung seitens des Patienten bzw. der Angehörigen genannt, auf die Möglichkeit einer Verlegung des Patienten hingewiesen und es werden allgemeinere Empfehlungen gegeben, wie beispielsweise zum Umgang mit moralischem Stress. Der Diskussionsteil beinhaltet den abschließend durchgeführten Vergleich der Stellungnahmen.

Durch die im Rahmen dieser Forschungsarbeit durchgeführte Literaturanalyse konnte aufgezeigt werden, dass die Überlegungen deutscher und US-amerikanischer Fachgesellschaften und Standesorganisationen häufig Gemeinsamkeiten aufweisen und vielfach in eine ähnliche Richtung gehen. In beiden Ländern ist man sich der Problematik bewusst, die derlei Situationen hinsichtlich der Entscheidungsfindung und Konflikten mit sich bringen. Die US-amerikanischen Stellungnahmen enthalten gelegentlich sogar den Appell, sich für die Entwicklung von Regelungen in diesem Kontext einzusetzen. Neben Gemeinsamkeiten zeigte die Analyse jedoch auch markante Unterschiede zwischen den Stellungnahmen der beiden Länder, wie beispielsweise die Entscheidungskompetenz US-amerikanischer Ethikkomitees bzgl. der Bewertung der Angemessenheit einer medizinischen Maßnahme oder aber die Einschaltung des Gerichts in Fällen, in denen die von den Angehörigen eingeforderte Therapie ärztlicherseits abgelehnt wird.

Somit konnte gezeigt werden, dass sich einige Elemente und Überlegungen der *Futility*-Debatte durchaus auf Deutschland übertragen lassen. Es bleibt abzuwarten, wie sehr der Fortgang der in Deutschland geführten Diskussion über die medizinische Indikation sich zukünftig möglicherweise noch auf die hier ermittelten Gemeinsamkeiten und Unterschiede auswirken wird.

6 Literaturverzeichnis

- ACOG (2005): ACOG committee opinion no. 321. Maternal decision making, ethics, and the law. *Obstet Gynecol* 106, 1127–1137
- ACOG (2007): ACOG committee opinion no. 385. The limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol* 110, 1203–1208
- ACOG (2009): ACOG committee opinion no. 439. Informed consent. *Obstet Gynecol* 114, 401–408
- Aghabarary M, Nayeri ND (2016): Medical futility and its challenges: a review study. *J Med Ethics Hist Med* 2, 11
- Alt-Epping B (2017): Klug entscheiden am Lebensende. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). *Internist* 58, 575–579
- AMA (2016): Code of medical ethics. Chapter 5: ethics of caring for patients at the end of life. <https://www.ama-assn.org/system/files/2019-06/code-of-medical-ethics-chapter-5.pdf>; Zugriff am 30.07.2019
- American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics (2001): Institutional ethics committees. *Pediatrics* 107, 205–209
- AWMF.org - Mitgliedsgesellschaften. <https://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften.html>; Zugriff am 10.02.2019
- AWMF.org - Regelwerk Leitlinien. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/ll-entwicklung-recherche-vorhandener-leitlinien.html>; Zugriff am 30.01.2019
- Ballard P (2014): Summary of Maryland health care decisions act. <http://www.oag.state.md.us/Healthpol/HCDASummary.pdf>; Zugriff am 27.12.2020
- BÄK (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Ärztebl* 108, A 346-A 348
- BÄK (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/SN_Med_Indikationsstellung_Oekonomisierung.pdf; Zugriff am 29.07.2019
- BÄK (2019): Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten. *Dtsch Ärztebl* 116, A 1133-A 1134
- BÄK, ZEKO (2010): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Dtsch Ärztebl* 107, A 877-A 882
- BÄK, ZEKO (2013): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Dtsch Ärztebl* 110, A 1580-A 1585
- BÄK, ZEKO (2018): Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. *Dtsch Ärztebl* 115, A 2434-A 2441

- Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. 7. Auflage; Oxford University Press, New York 2013
- Beckmann R (2018): Indikation und "Therapiezieländerung" – zugleich Besprechung von OLG München, MedR 2018, 317ff. –. Medizinrecht 36, 556–562
- BGH (1991): Urteil vom 08.05.1991, Az. 3 StR 467/90. <https://research.wolterskluwer-online.de/document/a1865f37-e6e1-4581-b901-d79d6a34bd52>; Zugriff am 17.12.2020
- BGH (2003): BGH Az. XII ZB 2/03. Neue Jurist Wochenschr 56, 1588–1594
- BGH (2019): Urteil vom 02.04.2019, Az. VI ZR 13/18. <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&az=VI%20ZR%2013/18&nr=95016>; Zugriff am 10.10.2020
- Biermann E: Rechtliche Grundlagen der Therapiebegrenzung. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): End-of-Life Care in der Intensivmedizin. Springer, Berlin 2013, 55–61
- Blinderman CD, Krakauer EL, Solomon MZ (2012): Time to revise the approach to determining cardiopulmonary resuscitation status. JAMA 307, 917–918
- Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, Curtis JR, Ford DW, Osborne M, Misak C et al. (2015): An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. Am J Respir Crit Care Med 191, 1318–1330
- Bosslet GT, Kesecioglu J, White DB (2016): How should clinicians respond to requests for potentially inappropriate treatment? Intensive Care Med 42, 422–425
- Brody BA, Halevy A (1995): Is futility a futile concept? J Med Philos 20, 123–144
- Burns JP, Truog RD (2007): Futility - a concept in evolution. Chest 132, 1987–1993
- Campbell ML, Bizek KS, Thill M (1999): Patient responses during rapid terminal weaning from mechanical ventilation: a prospective study. Crit Care Med 27, 73–77
- Committee on Ethics (2015): Committee opinion no. 617. End-of-life decision making. Obstet Gynecol 125, 261–267
- Council on Ethical and Judicial Affairs (1999): Medical futility in end-of-life care. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 281, 937–941
- Daniels N (2000): Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. BMJ 321, 1300–1301
- Daniels N, Sabin J (1997): Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. Philos Public Aff 26, 303–350
- Dörries A: Die medizinische Indikation: Begriffsbestimmung und Rahmenbedingungen. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg.): Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2015, 13–23
- Dörries A, Lipp V (Hrsg.): Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2015
- Doty WD, Walker RM (2000): Medical futility. Clin Cardiol 23 (Suppl. II), II 6-16

- Erbguth FJ, Erbguth L (2016): Therapieentscheidungen am Ende des Lebens. *Akutelle Neurol* 43, 102–112
- Fine RL (2006): Ethical issues in artificial nutrition and hydration. *Nutr Clin Pract* 21, 118–125
- Frankel HL, Butler KL, Cuschieri J, Friese RS, Huynh T, Mohr AM, Schinco MA, Napolitano LM, Britt LD, Coimbra R et al. (2012): The role and value of surgical critical care, an essential component of acute care surgery, in the affordable care act: a report from the critical care committee and board of managers of the American Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma Acute Care Surg* 73, 20–26
- Hartog CS: Shared Decision-Making - gemeinsame Entscheidungsfindung. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Springer, Berlin 2013, 121–126
- Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, Rabinstein AA, Saposnik G, Sheth KN, Zahuranec DB et al. (2014): Palliative and end-of-life care in stroke. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 45, 1887–1916
- Janssens U, Burchardi N, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P et al. (2012): Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Dtsch Interdisziplinäre Ver Für Intensiv Notfallmedizin* 3, 103–107
- Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P et al. (2013): Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 108, 47–52
- Jecker NS, Schneiderman LJ (1992): Futility and rationing. *Am J Med* 92, 189–196
- Jox R, Winkler E, Borasio G (2012): Änderung des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie. *Dtsch Med Wochenschr* 137, 829–833
- Kon AA, Davidson JE, Morrison W, Danis M, White DB (2016a): Shared decision making in ICUs: an American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement. *Crit Care Med* 44, 188–201
- Kon AA, Shepard EK, Sederstrom NO, Swoboda SM, Marshall MF, Birriel B, Rincon F (2016b): Defining futile and potentially inappropriate interventions: a policy statement from the Society of Critical Care Medicine ethics committee. *Crit Care Med* 44, 1769–1774
- leitlinien.de - Suchstrategie Leitlinien ÄZQ. <https://www.leitlinien.de/service/suchstrategie>; Zugriff am 30.01.2019
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.1, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.1_Langversion.pdf; Zugriff am 10.10.2020
- Lewis-Newby M, Wicclair M, Pope T, Rushton C, Curlin F, Diekema D, Durrer D, Ehlenbach W, Gibson-Scipio W, Glavan B et al. (2015): An official American Thoracic Society policy statement: managing conscientious objections in intensive care medicine. *Am J Respir Crit Care Med* 191, 219–227

- Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, Cody S (2000): An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med* 109, 469–475
- Lipp V: Die medizinische Indikation aus medizinrechtlicher Sicht. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2015a, 36–46
- Lipp V: III. Der Behandlungsvertrag. In: Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V (Hrsg.): *Arztrecht*. 7. Auflage; C. H. Beck oHG, München 2015b
- Lipp V, Brauer D (2013): Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht. *Z Für Palliativmedizin* 14, 121–126
- Luce JM (1995): Physicians do not have a responsibility to provide futile or unreasonable care if a patient or family insists. *Crit Care Med* 23, 760–766
- Maillet JO (2008): Position of the American Dietetic Association: ethical and legal issues in nutrition, hydration, and feeding. *J Am Diet Assoc* 108, 873–882
- Maio G: Die Indikation als Vertrauensgrundlage der Medizin. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2015, 74–82
- Maio G: Ethik in der Medizin - eine praxisbezogene Einführung. In: Salomon F (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Konkrete Entscheidungshilfen in Grenzsituationen*. 3. Auflage; Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, 1–18
- Marckmann G: Ethische Grundlagen ärztlichen Handelns. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Springer, Berlin 2013, 3–15
- Marckmann G: Wirksamkeit und Nutzen als alternative Konzepte zur medizinischen Indikation. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2015, 113–124
- Marckmann G, Michalsen A: Entscheidungsunterstützung durch klinische Ethikberatung. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Springer, Berlin 2013, 69–72
- Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR (2015): Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med* 41, 1572–1585
- Michalsen A: Begriffserklärungen. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Springer, Berlin 2013, 37–42
- Misak CJ, White DB, Truog RD (2016): Medically inappropriate or futile treatment: deliberation and justification. *J Med Philos* 41, 90–114
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009): Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med* 151, 264–269
- Mohindra RK (2007): Medical futility: a conceptual model. *J Med Ethics* 33, 71–75
- Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, Mancini ME (2010): Part 3: ethics. 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 122 (Suppl. 3), S665–675

- Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, Fowler CS, Byrum D, Miles WS, Bailey H, Sprung CL (2016): ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med* 44, 1553–1602
- Nauck F, Jaspers B: Palliativmedizinische Kompetenz in der Intensivmedizin. In: Salomon F (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2012, 141–154
- Neitzke G (2014): Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 109, 8–12
- Neitzke G: Medizinische und ärztliche Indikation - zum Prozess der Indikationsstellung. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven*. Grundlagen und Praxis. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2015, 83–93
- Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, Hartog C, Erchinger R, Gretenkort P, Michalsen A, Mohr M, Nauck F, Salomon F et al. (2016): Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 111, 486–492
- OLG Karlsruhe (2003): Einwilligung in kontraindizierte Behandlungsmaßnahmen. *Medizinrecht* 21, 104–107
- Padberg J, Esser A, Lomberg L, Trzeciak S (2014): Ethische Probleme im Umgang mit Reanimation und Patientenverfügung in der Notaufnahme. Ergebnisse einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der DGINA. *Notf Rett Med* 17, 500–506
- Perkins GD, Jacobs IG, Nadkarni VM, Berg RA, Bhanji F, Biarent D, Bossaert LL, Brett SJ, Chamberlain D, de Caen AR et al. (2015): Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update of the Utstein resuscitation registry templates for out-of-hospital cardiac arrest. A statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian and New Zealand Council on Resuscitation, Heart and Stroke Foundation of Canada, Interamerican Heart Foundation, Resuscitation Council of Southern Africa, Resuscitation Council of Asia); and the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee and the Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation. *Circulation* 132, 1286–1300
- Pilarczyk K, Bauer A, Boening A, von der Brelie M, Eichler I, Gohrbandt B, Groesdonk HV, Haake N, Heringlake M, Langebartels G et al. (2015): S3-Leitlinie 011/020: Einsatz der intraaortalen Ballongegenpulsation in der Herzchirurgie unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). *Thorac Cardiovasc Surg* 63 Suppl 2, S131-196
- Pope TM (2013): Dispute resolution mechanisms for intractable medical futility disputes. *NY Law Sch Law Rev* 58, 347–368
- Reiter-Theil S, Graf-Baumann T, Kutzer K, Müller-Busch HC, Stutzki R, Traue HC, Willweber-Strumpf A, Zimmermann M, Zenz M (2008): Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). *Schmerz* 22, 191–206
- Robinson MR, Thiel MM, Backus MM, Meyer EC (2006): Matters of spirituality at the end of life in the pediatric intensive care unit. *Pediatrics* 118, e719-729

- RPA (2010): Shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. Clinical practice guideline. Second edition. <https://connect.aahpm.org/HigherLogic/System/DownloadDocumentFile.ashx?DocumentFileKey=9de33935-39d1-4558-9187-84961491c86e>; Zugriff am 11.08.2019
- Saetle A, Kras J (2013): Current attitudes of anesthesiologists towards medically futile care. *Open J Anesthesiol* **3**, 207–213
- Šarić L, Prkić I, Jukić M (2017): Futile treatment - a review. *J Bioeth Inq* **14**, 329–337
- SCCM's Ethics Committee (1997): Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's ethics committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* **25**, 887–891
- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR (1990): Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* **112**, 949–954
- Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD (2000): Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* **28**, 3920–3924
- Schönhofer B, Köhler D, Kutzer K (2006): Ethische Betrachtungen zur Beatmungsmedizin unter besonderer Berücksichtigung des Lebensendes. *Pneumologie* **60**, 408–416
- Schönhofer B, Geiseler J, Dellweg D, Moerer O, Barchfeld T, Fuchs H, Karg O, Rosseau S, Sitter H, Weber-Carstens S et al. (2014): Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. *Pneumologie* **68**, 19–75
- Schuyve PM (2009): Leadership in healthcare organizations. A guide to joint commission leadership standards. https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/wp_leadership_standard-pdf.pdf?db=web&hash=86F0223A5C016F833DA3DDB1C62F5D20; Zugriff am 11.12.2020
- Simon A: Entscheidungen am Lebensende. In: Erbguth F, Jox RJ (Hrsg.): *Angewandte Ethik in der Neuromedizin*. Springer, Berlin 2017, 221–230
- Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA et al. (2012): American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* **30**, 880–887
- Snyder L, ACP Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee (2012): American College of Physicians ethics manual. Sixth edition. *Ann Intern Med* **156**, 73–104
- Snyder Sulmasy L, Mueller PS (2017): Ethics and the legalization of physician-assisted suicide: an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med* **167**, 576–578
- Truog RD, Brett AS, Frader J (1992): The problem with futility. *N Engl J Med* **326**, 1560–1564
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC (2008): Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* **36**, 953–963
- Whitmer M, Hurst S, Prins M, Shepard K, McVey D (2009): Medical futility. A paradigm as old as Hippocrates. *Dimens Crit Care Nurs* **28**, 67–71

- Wiesing U: Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2017
- Wilkinson DJC, Savulescu J (2011): Knowing when to stop: futility in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol* 24, 160–165
- Windisch W, Brambring J, Budweiser S, Dellweg D, Geiseler J, Gerhard F, Köhnlein T, Mellies U, Schönhofer B, Schucher B et al. (2010): Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. S2-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. *Pneumologie* 64, 207–240
- ZEKO (2006): Ethikberatung in der klinischen Medizin. *Dtsch Ärztebl* 103, A 1703-A 1707

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei all denjenigen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Alfred Simon für die Überlassung dieses interessanten und vielschichtigen Themas. Durch seine gute Betreuung, konstruktive Kritik und hilfsbereite Unterstützung hat er wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Danken möchte ich außerdem meinem Zweitbetreuer Priv.-Doz. Dr. Manuel Wallbach für seine Anregungen und Einblicke aus der Krankenhauspraxis sowie Frau Susanne Raphael für die Einführung in die Literaturrecherche.