

Indikation und Therapieziel

„die absolute chirurgische Indikation“

Barbara Friesenecker

Anästhesistin, Intensivmedizinerin, Palliativmedizinerin, Medizinethikerin

Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, MUI

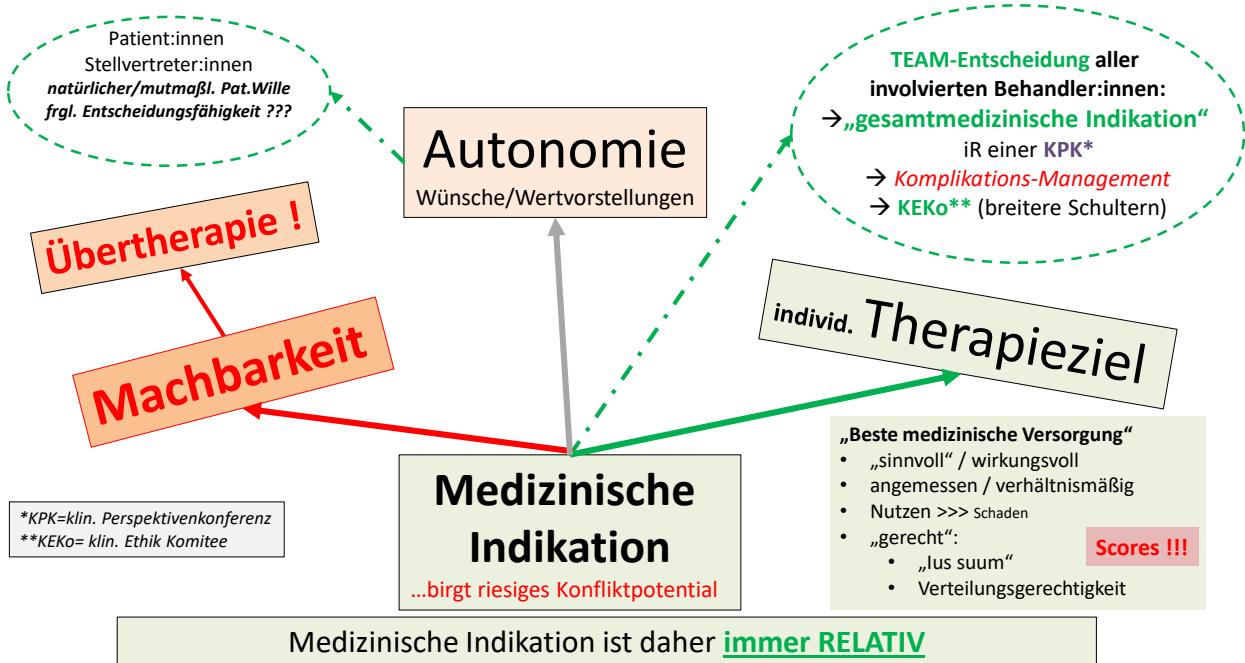
Vorsitzende der ARGE Ethik der ÖGARI

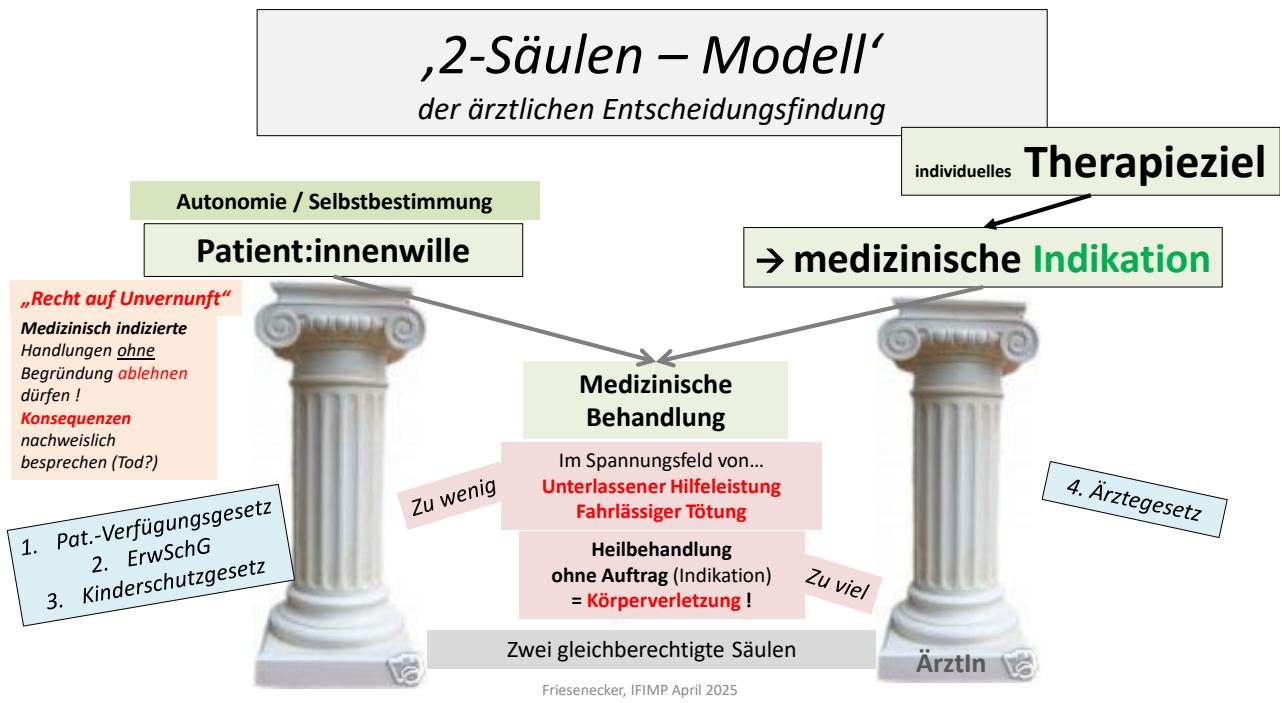
IFIMP 2025

Kongresshaus Messe Innsbruck

Mittwoch, 9.4.2025 - Do 10.4.2025

Sitzung Do, 11.00-12.30





Ein klassischer Fall ...

Herr H, 89j

Aus der Geschichte des Pat...

- KHK III, CAG 19.06.2012,
- Multiple subakute kleine **Hirn-Infarkte** embolischer Genese
- Z.n. **Prostatektomie** 1994
- Z.n. Hüft-TEP bds.
- Z.n. **Makula-Degeneration** 2003 (re. Auge **blind**, li. Auge **10% Sehkraft**)
- arterielle **Hypertonie**
- chron. **Niereninsuffizienz**
- COPD II
- **Aneurysma der Ao. ascendens**
- **Aneurysma A. iliaca links**

Pat will sich **seit Jahren nicht** operieren lassen,
Sagt, er hatte „**ein gutes Leben**“,
und will „**kein Pflegefall**“ werden

Pat. hat eine **Hausärztin...**
ist medikamentös eingestellt,
Pat gilt als „**compliant**“

Pat lebt im **Altenheim**, ist auf **Versorgung** angewiesen, mit **Gehbock** mobil

→ Keine Angehörigen

Ein klassischer Fall ...

unklare **abdominelle Schmerzen** nach **Sturzgeschehen** und **Erbrechen**

→ Krankenhaus St. Johann

→ **gedeckte Perforation** der A. abdominalis

→ **Patient lehnt zunächst eine operative Versorgung ab** („ich lass mich nicht mehr operieren“)

Nach ärztlichem **Gespräch** und **Zunahme der Beschwerden** wird er „überredet“ sich doch operieren zu lassen („...sie wollen doch nicht verbluten, oder?“...)

→ Zur Operation ad Innsbruck (Schockraum) → OP gefäßchir. **Rohrprothese** (Chir: „operieren können wir das!“)

→ postop. auf **Aufwachstation** (ICU ohne „große“ Geräte) – erst mal nichts weiter besprochen - ICU weiss noch nichts vom Pat)

→ am selben Tag Komplikation: **Gefäßverschluss der Beinarterie re**

→ Notfall-Thrombektomie A. fem. re bei **Minderperfusion re Fuß**

→ **Postoperatives SIRS/MODS/MOF**

→ Steigender **Katecholaminbedarf** in den letzten 24h (**Kreislaufversagen**)

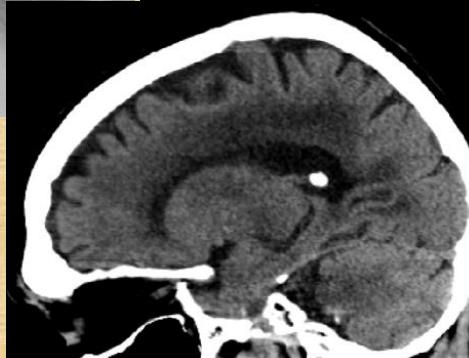
→ **Nierenversagen**, multiple Niereninfarkte (postop. CT)

→ **Weaning-failure** mit stark verzögertem Aufwachen (**DELIR**)

Wird dann unserer ICU angeboten zur HF / Therapie des MODS



Bildgebung



Fall - wie gehts weiter ?

- Pat wird auf **Intensiv übernommen**
 „er ist ja intensivpflichtig – also gehört er zu uns“ – „wer ‚A‘ sagt, muss auch ‚B‘ sagen“... ???
 → klassischer ‚sunk cost effect‘ !
- **6 Wochen** ICU mit rez. **MODS, Infekten, Delir, CIP/CIM, TS (CCI!)**
- Wird mit **TS/PEG-Sonde** (Tag31) auf chir. **Obs.-Station** verlegt
- Kommt nach weiteren **2 Wochen** nach Hochzirl zur „**REHA**“ ??
- Danach zurück auf die **Pflegestation** in „seinem“ Altersheim
- Hat seine vorbestehende **Selbstständigkeit nie** mehr erreicht
 (→ bleibt „**schwerer Pflegefall**“, vollkommen abhängig – Bett/Rollstuhl, sehr unglücklich über Verlauf – sagt,
 „**er wäre lieber gestorben**“)
- **Verstirbt** dort nach weiteren **3 Monaten**
 → Hatte er ein „**gutes Leben am Ende des Lebens**“ ???
 (**5 Mo im KH, davon 6 Wo ICU, danach Pflegefall**)

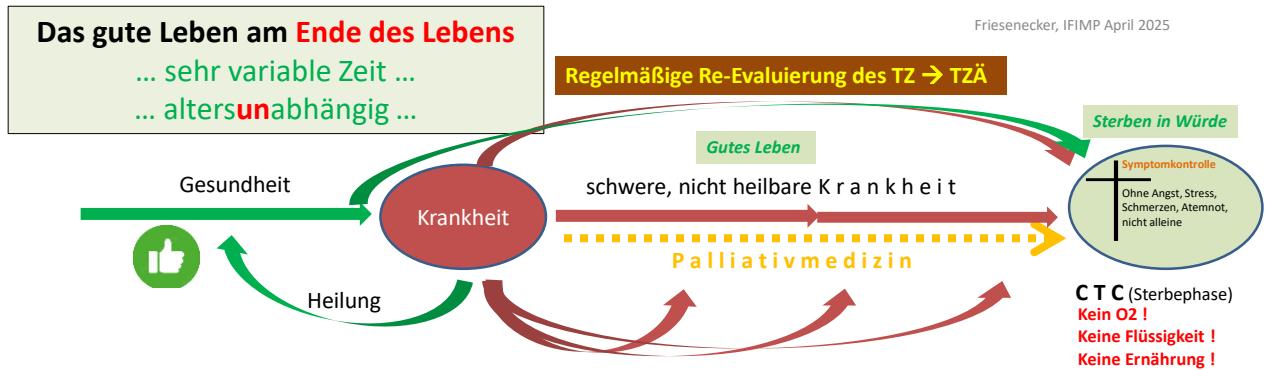
Was ist **Lebensqualität** ? **sehr subjektiv**

Definition von Lebensqualität der WHO...

LQ ist die **subjektive Wahrnehmung** einer Person über ihre **Stellung im Leben** in Relation

- zur **Kultur** und den **Wertsystemen** in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre
- **Ziele, Erwartungen, Standards** und **Anliegen**

→ **Einschätzung der eigenen Lebensqualität ist dynamischer Prozess und ändert sich mit der Zeit und mit Verlauf einer schweren Erkrankung**



Warum ist das „Wann“ einer TZÄ so schwierig ?

„Entscheidungen in Unsicherheit“ (prospektiv)

unter Abwägung der Wahrscheinlichkeiten

ÄG §49/§49a!

Shaden, E., Dier, H., Weixler, D., Hasibeder, W., Lenhart-Orator, A., Roden, C., Frühwald, S., Friesenecker, B., ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. *Anästhesiologie* 73, 177–185 (2024).
<https://doi.org/10.1007/s00101-024-01382-9>

TZ/TZÄ = sind **dynamische** Größen ...

- Das Therapieziel ändert sich (wie LQ) mit dem Alter oder der Schwere einer fortgeschrittenen Erkrankung
- Daher ändert sich auch die Indikation für eine med. Handlung (da neben der Machbarkeit über ein individuelles Therapieziel definiert)
 - „RID“ (*reevaluate indication and deescalate*)
- Indikation und Therapieziel müssen in die **Wünsche-, und Wertewelt** der Patient:in passen (Autonomie/2-Säulen - Modell)

Änderung des Therapieziels...

- von Heilung → Palliation
- im Rahmen der Palliation von DNR/DNE → Withdraw und CTC

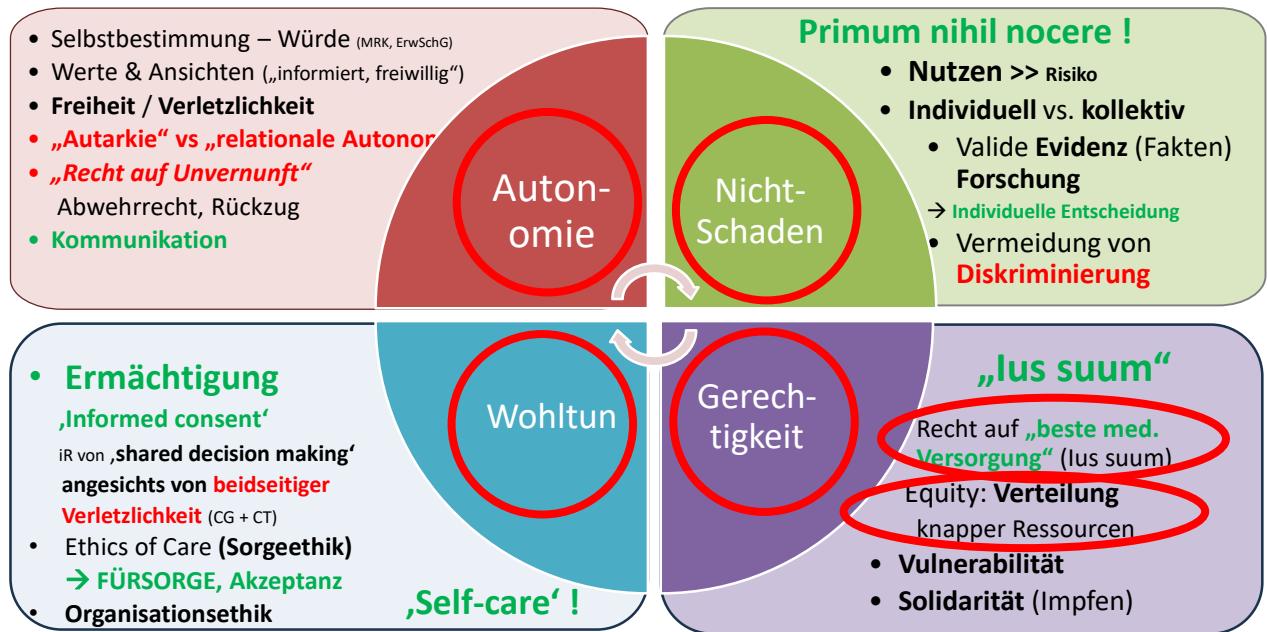
Friesenecker, IFIMP April 2025

Handwerkszeug ...

- Ethisch
- Rechtlich

Friesenecker, IFIMP April 2025

Das „Georgetown Mantra“ – Prinzipien-Ethik



ÄG: „Ärzt:innen müssen sterbenden Menschen, die sie behandeln, **„unter Wahrung ihrer Würde“ beistehen“** (... angemessen/verhältnismäßig)...

Österr. Ärztegesetz § 48 besagt, dass Ärzt:innen im Falle drohender Lebensgefahr „erste Hilfe“ nicht verweigern dürfen.

Handlungsmaxime § 49a gibt gleichzeitig vor, dass „Ärzt:in verpflichtet ist nach Maßgabe der ärztlichen **Wissenschaft** und **Erfahrung** ...

- das **Wohl der Kranken** und
- den **Schutz der Gesunden** zu wahren.“

Friesenecker, IFIMP April 2025

... und **NICHT**: „mit allen Mitteln zu heilen oder das Leben zu erhalten !“

„Zum **Wohle** der **Kranken**“ kann auch sein
fürsorglich begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

PATIENTEN VERFÜGUNGSGESETZ (neueste Version seit Januar 2019)

Eine Pat Verfügung kann jederzeit errichtet werden !

Voraussetzung für eine **verbindliche Pat Verfügung** ist:

Friesenecker, IFIMP April 2025

- Alter: ab dem **14. LJ** („mündig minderjährig“), entscheidungsfähig, nicht besachwaltet
- Unterschrift der aufklärenden Ärzt:in + Patient:in + Notar/Rechtsanwalt oder Pat-Anwalt
- Gültigkeit: 8 Jahre

Wenn Formkriterien für eine verbindliche Verfügung nicht erfüllt sind → automatisch „nicht verbindliche“ oder „**andere**“ Pat Verfügung

Eine „**andere**“, nicht-verbindliche **Pat Verfügung** ist um so beachtlicher,...

- Je **öfter** sie unterschrieben ist
- Je **näher** die letzte Unterschrift am Ereignis liegt,
- Je besser die beschriebenen **Umstände** zum Ereignis passen

→ ARGE Ethik empfiehlt: „**andere**“ Pat Verfügung + eine Vorsorgevollmacht !
→ dzt. „**BRINGSCHULD**“ für Pat / Angehörige (noch keine Registrierung im ELGA möglich !)

PATIENTEN VERFÜGUNGSGESETZ (neueste Version seit Januar 2019)

Eine Pat Verfügung kann jederzeit errichtet werden !

V
V
E

Wenn Patient:in nichts festgelegt hat aber ihren Willen **mündlich/Mimik/Gestik** kundtut, dann **ist dieser zu beachten!**
 und overruled alles,
 was vorher schriftlich festgelegt war
 → Wille **zeitnahe** mit **Gesprächszeug:innen**
schriftlich dokumentieren !

→ARGE Ethik empfiehlt: „**andere**“ Pat Verfügung + eine Vorsorgevollmacht !
 → dzt. „**BRINGSCHULD**“ für Pat / Angehörige (noch keine Registrierung im ELGA möglich !)

Zurück zum Fall ...

... Pat lässt sich bei bekanntem Aneurysma **bewußt** seit Jahren **nicht** operieren und **sagt** das auch...

Aber: Pat hat vorher **nix schriftlich** festgelegt

- keine Pat.-Verfügung ???
- keine Vorsorgevollmacht
- keine gewählte Vertretung (oder Vertrauensperson)

Advance Care Planning

Wird von Ärzt:innen überredet

„Sie wollen doch nicht verbluten, oder???"

Will man am Lebensende verbluten ???

→ Ja !! - Sterben durch Verbluten ist kein „schrecklicher“ Tod !

Statt überreden - den Gedanken gemeinsam zu Ende denken

darüber sprechen, was passieren kann wenn das Aneurysma platzt als „*worst case scenario*“ und wie das dann palliativmedizinisch weitergeht?!?

der klar zu erwartende Notfall tritt dann natürlich ein ...

... und alles kommt *anders als es Pat immer für sich gewünscht hat !!!*

Friesenecker, IFIMP April 2025

Futility / Übertherapie

→ Darüber haben wir die **Menschlichkeit verloren !**

Friesenecker, IFIMP April 2025

Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den **letzten 6 LM**

Friesenecker, IFIMP April 2025

38 Studien mit 1.213.171 (!!!) Patient:innen weltweit

10 Länder: USA (18), Europe/UK (7), Canada (5), Brasilien (3), Taiwan/South Korea (3), Australia (2)

→ 33-38% der Pat. erhielten NBT

- 28% CPR
- 42% ICU
- 30% HF
- 30% Radiotherapie, Transfusionen
- 38% der sterbenden Pat erhielten Antibiotika, cardiovasculäre, endokrine und digestive Behandlungen
- 33-50% aller Sterbenden erhielten nicht mehr zielführende Labor-Tests
- 33% nicht-sinnvolle Chemotherapien in den **letzten 6 LW!**

Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM Anstey M Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. Int J Qual Health Care. 2016

Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. Lancet. 2017 Jan 6; pii: S0140-6736(16)32586-7.

Friesenecker, IFIMP April 2025

Chronisch kritische Erkrankung als Folge von **Übertherapie/Futility**

Friesenecker, IFIMP April 2025

Chronisch kritische Erkrankung

als



Judith E Nelson MD JD and Aluko A Hope MD MSCE

- Introduction
- Symptom Assessment and Management
- Communication About Care Goals
- Family Support and Transition Planning
- Models for Integrating Palliative Care and Restorative Critical Care for the Chronically Critically Ill
- Ethical Issues
- Summary

Palliative care is an essential component of comprehensive care for all patients with chronic illness, including those receiving restorative or life-sustaining therapies. Core elements include alleviation of symptom distress, communication about care goals, alignment of treatment with patient's values and preferences, transitional planning, and family support. Here we argue for a shift from a "restorative" model to one that emphasizes palliative care. We propose strategies for assisting patients to communicate while endotracheally intubated. We also argue for a shift in focus to optimize communication among clinicians, patients, and families about care goals, and for supporting families and planning for transitions between care settings. Finally, we highlight key ethical issues that arise in the care of chronically critically ill patients and their families. Key words: mechanical ventilation; palliative care; communication; intensive care.

[Respir Care 2012;57(6):1004-1012. © 2012 Daedalus Enterprises]

2021: 913

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

HOME ARTICLES & MULTIMEDIA ISSUES SPECIALTIES & TOPICS FOR AUTHORS CME

Chronic Critical Illness

Daniela Lamas, M.D.
N Engl J Med 2014; 370:175-177 | January 9, 2014 | DOI: 10.1056/NEJMms1310675

See PMC article. Review.

Chronic critical illness is a devastating condition: mortality exceeds that for most malignancies, and functional dependence persists for most survivors. ...Epidemiology and resource utilization issues are reviewed to highlight the impact of chronic ...

Share:

„Futility“ schadet ... ALLEN

Friesenecker, IFIMP April 2025

(= Fortsetzen einer technisch machbaren, aber wirkungslosen, für Pat. „nutzlosen“, Therapie

- am meisten den **Patient:innen** (→ Leiden verlängern/Sterben hinauszögern)
- (→ **chronisch kritisch krank** / Pflegefall / permanenter Verlust der Selbstbestimmung)
- den **Angehörigen** → PTSS*
- den **behandelnden Teams** → Burnout *
- und in Bezug auf die **Gerechtigkeit**
 - der **Gesellschaft**, indem erhebliche und **sinnlose Kosten** im Gesundheitssystem verursacht werden für nicht indizierte Behandlungen (**soziale Gerechtigkeit/Verteilungsgerechtigkeit**)
 - und wiederum dem **Patienten selbst** („*ius suum*“) → **Körperverletzung!**

Hickman RL Jr(1), Douglas SL. **Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members.** AACN Adv Crit Care. 2010 Jan-Mar;21(1):80-91.

Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajetz A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski U(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Bercker, S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3); SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care : Results of a survey among intensive care unit personnel. Anaesthesia. 2018 Sep 12.

Moss M, Good VS, Gozal D et al. **A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-careprofessionals. A call for action.** Am J Respir Crit Care Med 2016 194(1):106-113

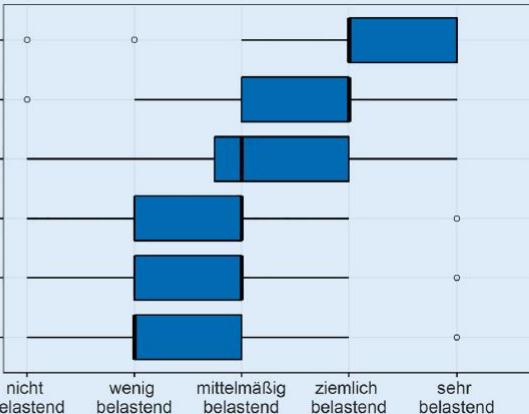
Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). **Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers.** Ann Intensive Care. 2017 Dec;7(1):71.

Übertherapie – Behandler:innen

Futility

- fortgesetzte kurative Behandlungen von Patienten, wenn schon klar ist, dass keine Heilungsaussichten bestehen
- mit Verzweiflung und Trauer von Angehörigen konfrontiert zu werden
- mit Angehörigen über Therapiebeschränkungen zu sprechen
- den Tod von Patienten mitzuerleben
- an der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen beteiligt zu sein
- an Entscheidungen zu Therapiebeschränkungen beteiligt zu sein

Abb. 3 ▲ Einschätzung von Belastungsfaktoren im Kontext von Therapiebeschränkungen durch Pflegekräfte und Ärzte. Dargestellt sind jeweils Median (dickere Linie), Interquartilsbereich (Box), Spanne (horizontale Linie) und Ausreißer (Kreise)



Belastungsfaktoren für Pflege und Ärzt:innen

Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajetz A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski U(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Bercker, S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3); SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care : Results of a survey among intensive care unit personnel. Anaesthesia. 2018 Sep;12:ecker, IFIMP April 2025

Konzepte zur Vermeidung von Übertherapie

Systemischer Ansatz:

- **Advance care Planning (ACP)**
(*Vorsorgedialog, vorausschauende Planung*)
- ACP kommt aus der **niedergelassenen Medizin** und ist ein fix definierter „terminus technicus“

Advance Care Planning (ACP)...
is the process of
thinking about,
talking about and
planning for future health care
and end of life care”.

Standespolitischer und Organisationsethischer Ansatz:

- politische Einführung und
 - „administrative Beachtung“ von **ACP-Konzepten** in med. Einrichtungen
- Dokumentation im **KH-Dokumentationssystem**

Konzepte zur Vermeidung von Übertherapie

ACP Advance Care Planning Deutschland

Über uns Aktuelles ACP Konkret Schulungen Termine Mitarbeit FAQ Kontakt

Advance Care Planning



Advance Care Planning (ACP)

Handreichung zum Umgang mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Fachliche Empfehlungen und Methodenhinweise für MitarbeiterInnen in Einrichtungen für Menschen mit körperlichen, kognitiven oder seelischen Beeinträchtigungen

Soziales | Gesundheit | Bildung | Kultur | Heimat | Umwelt

bezirk oberbayern

→ Schnittstellen - Management

www.youtube.com/watch?v=NekY21lml88

Friesenecker, IFIMP April 2025

Konzepte zur Vermeidung von Übertherapie

Systemischer Ansatz:

- Advance care Planning (ACP) (Vorsorgedialog, vorausschauende Planung)
ACP kommt aus der niedergelassenen Medizin und ist ein fix definierter „terminus technicus“

SCORES helfen

Risiko-Pat zu identifizieren

→ AMPEL

→ Komplikationsmanagement (KPK)

- **Klinische Perspektivenkonferenz (KPK)**
KPK ist die Übertragung von ACP in die **Klinik**
→ „**Gesamtmedizinische Indikation**“ im Team aller beteiligten **Behandler:innen**!
→ **Komplikations-Management** bei **Hochrisiko-Patient:innen**
→ Besprechung mit Pat/Ang. iR von „**Shared decision making**“

• Klin. Ethik Komitee (KEKo)

→ multidisziplinäres Team

(Ärzt:innen, Pflegepersonen, Jurist:innen, Philosoph:innen, Sozialarbeiter:inne, Seelsorger:innen, Physiotherapeut:innen)

→ **Handlungsvorschlag**

→ **Breiterer Rücken / Verbesserung der Kommunikation**

→ **(in med. Teams, mit Pat/Angehörigen)**

Friesenecker, IFIMP April 2025

Hilfreiche Scores für ACP / KPK

ADL = Activity of Daily Life

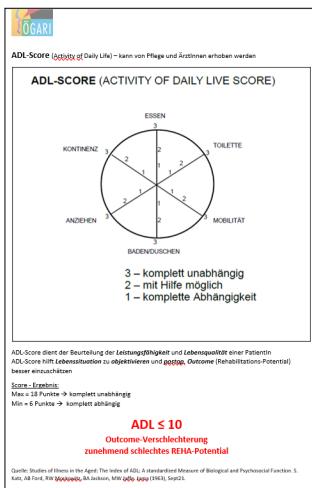
Frailty = Gebrechlichkeit (Dalhousie Frailty Scale)

POS POM = Präop. Score zur Vorhersage postop. Mortalität

SOFA = Sequential Organ Failure Assessment

Friesenecker, IFIMP April 2025

ADL / Frailty / POS POM / SOFA



Friesenecker, IFIMP April 2025

ADL / Frailty / POS POM / SOFA

ADL-Score (Activity of Daily Life) – kann von Pflege und Ärzten erhoben werden

ADL-SCORE (ACTIVITY OF DAILY LIVE SCORE)

ADL-Score eignet der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität einer Patientin
ADL-Score hilft Lebensstil zu objektivieren und **gesucht**, Outcome (Rehabilitations-Potential) besser einschätzen.

Score - Ergebnis:
Max = 18 Punkte → komplett unabhängig
Min = 6 Punkte → komplett abhängig

ADL ≤ 10
Outcome-Verschlechterung
zunehmend schlechtes REHA-Potential

Quelle: Studies of Women in the Age: The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychological Function. S. Katz, AB Ford, RW DeGowin, SA Jackson, MPA Goldberg (1963), Seg12.

Frailty (oder Syndrom der gestörter physiologischer Reserve und erniedrigter Widerstandskraft gegen Stressoren).

Dalhousie Clinical Frailty Scale (CFS)

Frailty ist ein guter Prädiktor für schlechtes Outcome [1]
Frailty korreliert gut mit Mortalität [2]
Frailty ist ein alterungsphysiologischer Parameter - Gebrechlichkeit hat auch bei jungen Patientinnen eine hohe Mortalität [3]
Clinical Frailty Scale (CFS) kann für Entscheidung zur Aufnahme auf eine ICU verwendet werden [4,5]
Das Ausmaß von Frailty korrespondiert mit dem Ausmaß von Demenz [6]

Frailty 3-5
sinkende Überlebenswahrscheinlichkeit
steigende Wahrscheinlichkeit Pflegefall zu werden [7]

3. Ong JP, Quigley EM, Katz MH, Murray J, et al. What is frailty? J Am Geriatr Soc. 2008; 56: 139-140.
4. Lohr KN, Katz MH, Murphy TE, et al. The impact of frailty on in-hospital care and outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: J Am Geriatr Soc. 2012; 60:110-115.
5. Katz MH, Lohr KN, Murphy TE, et al. Frailty and hospitalizations in elderly patients with heart failure. Arch Intern Med. 2003; 163: 111-116.
6. Segal CH, Gergely L, Lohr KN, et al. Frailty and hospital admissions in elderly patients with heart failure. Arch Intern Med. 2003; 163: 111-116.
7. Rockwood K, Mitnitski A, Trost L, et al. A prospective study of frailty in elderly people. CMAJ. 2005; 173(5):489-95. (1)Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS.

Friesenecker, IFIMP April 2025

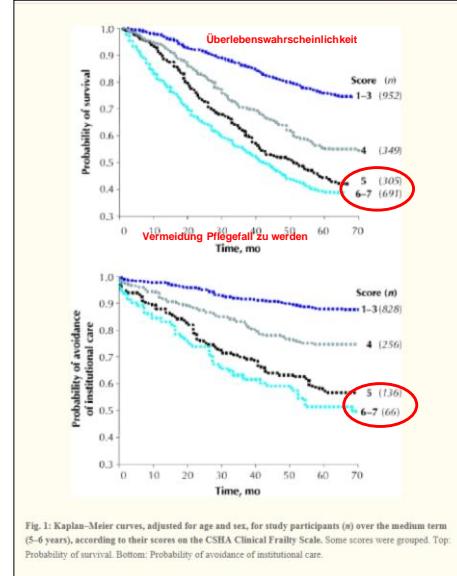
Clinical Frailty Scale (CSF), Rockwood

Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale

7 Pkt CFS

- 1 *Very fit* — robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age
- 2 *Well* — without active disease, but less fit than people in category 1
- 3 *Well, with treated comorbid disease* — disease symptoms are well controlled compared with those in category 4
- 4 *Apparently vulnerable* — although not frankly dependent, these people commonly complain of being “slowed up” or have disease symptoms
- 5 *Mildly frail* — with limited dependence on others for instrumental activities of daily living
- 6 *Moderately frail* — help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living
- 7 *Severely frail* — completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill

Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.



Rockwood K(1), Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **ACMAJ**. 2005 Aug;173(5):489-95. (1)Division of **Geriatric Medicine**, Dalhousie University, Halifax, NS.

Friesenecker, IFIMP April 2025

ADL / Frailty / POS POM / SOFA

ADL-Score (Activity of Daily Life) – kann von Pflege und ÄrztInnen erhoben werden

ADL-SCORE (ACTIVITY OF DAILY LIVE SCORE)

Min = 6 Punkte → komplett unabhängig
Max = 18 Punkte → komplett abhängig

ADL ≤ 10
Outcome-Verschlechterung
zunehmend schlechtes REHA-Potential

Quelle: Studies of fitness in the Aged: The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. S. Katz, RA Ford, RM Meenan, RH Jackson, MM Wolfe, JAA Meier. J Geriatr. 1983; 36(1): 51-57.

FRAILTY (Gebrechlichkeit) – sollte von ÄrztInnen erhoben werden

Fraility ist ein Syndrom von gestörter physiologischer Reserve und erminderter Widerstandskraft gegen Stressfaktoren.

Dalthous Clinical Frailty Scale (CFS)

Frailty ist ein geringer Prädiktor für schlechtes Outcome [1]
Frailty korreliert gut mit Mortalität [2]
Frailty ist ein offensichtlichster Parameter - Gebrechlichkeit hat auch bei jungen PatientInnen eine hohe Mortalität [3]

Clinical Frailty Scale (CFS) kann für Entscheidung zur Aufnahme auf eine ICU verwendet werden (4,5)
Das Ausmaß von Frailty korrespondiert mit dem Ausmaß von Demenz [6]

Frailty ≥ 5
sinkende Überlebenswahrscheinlichkeit
steigende Wahrscheinlichkeit Pflegefall zu werden [7]

1. Katz L, Ford AB, Mossey MA, Branch LG, Baker RL,临床評定のための日常生活活動指標。Int J Nurs Stud. 1970; 7(3): 197-203.
2. Yaffe K, Tsui E, Wolfson M, Katz I, Hwang WT, Wolfson AR, et al. Impact of Frailty on Mortality in the Elderly. J Am Geriatr Soc. 2000; 48(10): 1131-1136.
3. Wolfson M, Katz I, Tsui E, Wolfson AR, Hwang WT, Wolfson AR, et al. Frailty and Mortality in the Elderly. J Am Geriatr Soc. 2000; 48(10): 1131-1136.
4. Katz L, Ford AB, Mossey MA, Branch LG, Baker RL, Branch LG, et al. Functional Status and Mortality in the Elderly. J Am Geriatr Soc. 1970; 18(10): 649-655.
5. Wolfson M, Katz I, Tsui E, Wolfson AR, Hwang WT, Wolfson AR, et al. Frailty and Mortality in the Elderly. J Am Geriatr Soc. 2000; 48(10): 1131-1136.
6. Drago Cozzi, Marta Cozzi, Camilla A. Cozzi, Roberta Pavan et al. C. S. de Giacomo. Frailty is independently associated with 5-year mortality after hospitalization due to acute heart failure. Clin Geriatr Med. 2010; 26(1): 1-12.
7. Drago Cozzi, Marta Cozzi, Camilla A. Cozzi, Roberta Pavan et al. C. S. de Giacomo. Frailty is independently associated with 5-year mortality after hospitalization due to acute heart failure. Clin Geriatr Med. 2010; 26(1): 1-12.

POS-POM (Präoperativer Score zur Vorhersage postoperativer Mortalität)

Validierter, einfacher Risiko-Score zur Vorhersage der **In-Hospital Mortalität** bei chirurgischen PatientInnen. Der Einfluss von Komorbidität und Größe des chirurgischen Eingriffs wird in Bezug zum operativen Risiko berücksichtigt.

Komorbiditäten zu definieren ist die totale Komorbidität, die unabhängig von der aktuellen Diagnose ist. Komorbidität trägt sowohl zum klinischen Outcome (z.B. Mortalität, OP-Ergebnisse, Komplikationsraten, Aufenthaltsdauer) als auch zum ökonomischen Outcome (Ressourcen-Verbrauch, Entlassungsziel, Behandlungsinstitut) bei (2,3).

Mortalitätsraten sind bei älteren ICU-Pat. höher als bei jüngeren. Trotzdem ist es nicht das Alter per se, als vielmehr assoziierte Faktoren wie Schwere der Erkrankung und primärer funktionaler Status, die für schlechtere Prognose verantwortlich sind: Die Präferenzen unserer Pat. bzgl. lebensverlängernder Maßnahmen sind stark von der Wahrscheinlichkeit eines guten Outcomes beeinflusst [4,5]

Berechnung des Scores im Internet über: <http://preoperative-mortality.com/mortality/>

- Le Moal G, Hébuterne A, Cadevall G, Le Moal G, Hébuterne A, Cadevall G, et al. Assessing what are the main risk factors for death in elderly patients. Age Ageing. 2002; 31(4): 409-413.
- Kapoor MH, Feinstein AR. The Importance of classifying initial co-morbidity in prognosis: the outcome of diabetes mellitus. J Gen Intern Med. 1979; 27(1): 1-10.
- Wolff JL, Feinstein AR, Kapoor MH, Feinstein AR, Kapoor MH, Feinstein AR, et al. Variations in mortality data: The benefits of using a composite. JAMA. 1988;260:223-225.
- Wolff JL, Feinstein AR, Kapoor MH, Feinstein AR, Kapoor MH, Feinstein AR, et al. Variations in mortality data: The benefits of using a composite. JAMA. 1988;260:223-225.
- Soghi E de Giacomo, Arleen Abu-Hanna, Marisol Lleva, Ernesto de Giacomo. A new method of classifying prognostic comorbidity in studies: development and validation. J Clin Oncol. 1997;15(7):3673-3680.
- Soghi E de Giacomo, Arleen Abu-Hanna, Marisol Lleva, Ernesto de Giacomo. Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. Crit Care. 2000; 4(4): R307-R314.

ADL / Frailty / POS POM / SOFA

SOFA – Score (Sequential Organ Failure Assessment) beurteilt PatientInnen auf Intensivstationen auf Basis ihrer **Organdysfunktion** und bemisst dadurch das **Mortalitätsrisiko**. An **6 Organsystemen** (Atmung, ZNS, Herzkreislauf, Leber, Blutgerinnung, Nieren) wird mit Hilfe **organspezifischer Parameter** eine Beurteilung der **Funktion** in Punkten durchgeführt. (0=normal bis 4=stärkst eingeschränkte Funktion)

Maximum SOFA Score	Mortality
0 to 6	< 10%
7 to 9	15 - 20%
10 to 12	40 - 50%
13 to 14	50 - 60%
15	> 80%
15 to 24	> 90%

Above: Hospital mortality rate associated with maximum SOFA score. The mortality rate was nearly 90% in patients with a SOFA score of more than 15.¹

Friesenecker, IRIMP AND SOFA. ¹ 2000; 10(1): 1-10.

16

SCORES haben AMPELFUNKTION

zur Detektion von **Hochrisiko-Pat**

- Orange **Ampel** bei **ADL** (Score < 10)
- Orange **Ampel** bei **Frailty** (Score > 4)
dann
- **KPK: Team-Besprechung aller Behandler:innen**
mit Int-Aufnahme OA initiieren
- **Aufklärungsgespräch** mit Pat/Angehörigen
- **Pat muss „gewählte“ Erwachsenenvertreter:in bestimmen**
(vor Zeugen (Ärzt:innen/Pflege) → Registrierung Erwachsenenschutzverein) ...
→ bei Zeitmangel zumindest **gewählte Vertretung/Vertrauensperson** bestimmen !

Friesenecker, IFIMP April 2025

Futility

Was haben wir gemacht ?

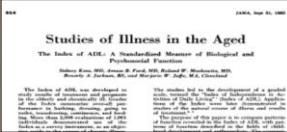
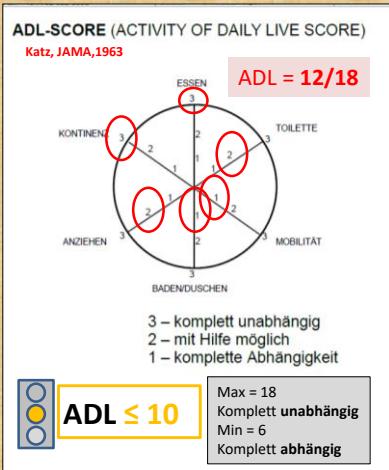
Pat gegen seinen ursprünglichen Willen operiert
→ **Angst** → überredet statt „**shared decision making**“

Pat im schweren MODS **6 Wochen auf der ICU** behandelt
TS/PEG-Sonde ohne Indikation (Therapieziel???)
→ **chronisch kritisch krank** (ab 21. Tag ICU)
schwerer Pflegefall → stirbt

Unüberlegte **med. Machbarkeit (Indikation/TZ ???)**
gegen den **Willen des Pat**
Schaden >> Nutzen
Gerechtigkeit ???

Friesenecker, IFIMP April 2025

RISIKO-EVALUIERUNG: ADL Score / Frailty Score – Pat.

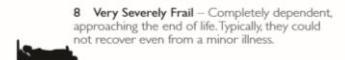
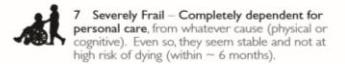


Dalhousie Frailty Scale

Frailty ≥ 5 → schlechtes Outcome

Clinical Frailty Scale*

- 1 **Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
- 2 **Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.
- 3 **Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.**
- 4 **Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.
- 5 **Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
- 6 **Moderately Frail** – People need help with **all outside activities and with keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in **mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

*Canadian Study on Health & Aging. Reivew 2008.

2.9 Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



+ Comorbiditäten + ablehnende Haltung zur OP ...

Friesenecker, MOVE Nov 2024

→ Maßnahmen iR ACP + KPK

POS-POM-Score – „unser Pat“



- MORTALITY**
- KIDNEY INJURY**
- CARDIAC INJURY**
- BLEEDING**
- ABOUT**

Risk of all-cause mortality

Based on the Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM) within 1 year of surgery

Type of surgery	Major vascular
Age	86-90
Ischemic heart disease?	yes
Arrhythmia or heart blocks?	yes
Chronic CHF or cardiomyopathy	yes

Peripheral vascular disease?	yes
Chronic alcohol abuse?	no
Cerebrovascular disease?	yes
Active cancer?	no
COPD?	yes
Diabetes?	no
Dementia?	no
Transplanted organ?	no
Hemiplegia?	no
Chronic respiratory failure?	yes
Chronic hemodialysis?	no

„Unser“ Patient

Predicted risk of mortality

84.659%

Friesenecker Modul 1.11, WS 24_25 CTC, Frailty, Demenz, Alter

Der POS-POM-Score errechnet **Mortalitätswahrscheinlichkeit** in Abhängigkeit von den

- **Co-Morbiditäten** und der
- **Invasivität des chir. Eingriffs**

Le Manach Y(1), Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccard B, Riou B, Devereaux PJ, Landais P. Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM): Derivation and Validation. Anesthesiology. 2016 Mar;124(3):570-9. Berechnung des Scores:
<http://perioperativerisk.com/mortality/>
(zuletzt abgerufen am 18.11.2024)

SOFA-Score – „unser“ Patient

SOFA – Score (Sequential Organ Failure Assessment) beurteilt **Mortalitätsrisiko** bei Patient:innen im Rahmen ihrer Intensivbehandlung auf Basis ihrer **Organdysfunktion**

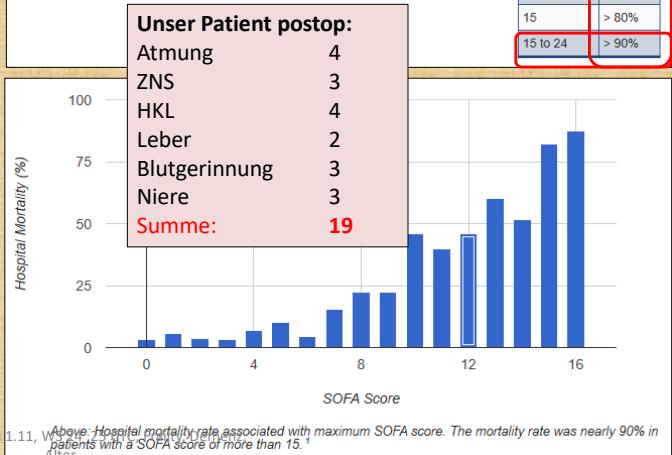
An **6 Organsystemen** (*Atmung, ZNS, Herzkreislauf, Leber, Blutgerinnung, Nieren*) wird mit Hilfe **organspezifischer Parameter** eine Beurteilung der **Funktion** in Punkten durchgeführt.

(0 = normal bis 4 = stärkst eingeschränkte Funktion)

Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med.* 1998;26(11):1793-800.

Unlike other ICU mortality systems, SOFA was not designed to accurately predict mortality, and was originally developed examining ICU mortality (not hospital mortality). While there is no direct conversion of SOFA score to mortality, a rough estimate of mortality risk may be made based on two prospective papers that have been published.^{1,2} Note that this estimation is based on the maximum (highest) SOFA score during a patient's ICU stay.

Maximum SOFA Score	Mortality
0 to 6	< 10%
7 to 9	15 - 20%
10 to 12	40 - 50%
13 to 14	50 - 60%
15	> 80%
15 to 24	> 90%



Above: Hospital mortality rate associated with maximum SOFA score. The mortality rate was nearly 90% in patients with a SOFA score of more than 15.¹

Was hätte besser laufen können ?

Angenommen: **ACP** mit Hausärzt:in hätte funktioniert...

- im Rahmen des Vorsorgedialogs: **PV** (+ VM)
 - **worst case** besprechen !
 - **keine OP im worst case (Perforation)**
 - **TZÄ - palliative Therapie** mit Fokus auf **Symptomlinderung**
falls möglich **zu Hause**
 - im Falle hoher Symptomlast zur CTC ins KH
- „Sterben zulassen“**

Was hätte besser laufen können ?

Falls Pat ins KH kommt **mit PV** (=gutes Schnittstellen-Management)

→ OP gegen den Willen der Patient:in ausgeschlossen

→ Aufnahme zur **CTC und Sterbebegleitung** auf einer **Normalstation**

Falls Pat ins KH kommt **ohne PV** ...

- **KPK** (Gefäßchir, Anästhesie, ICU), ob überhaupt med. Indikation für OP ???

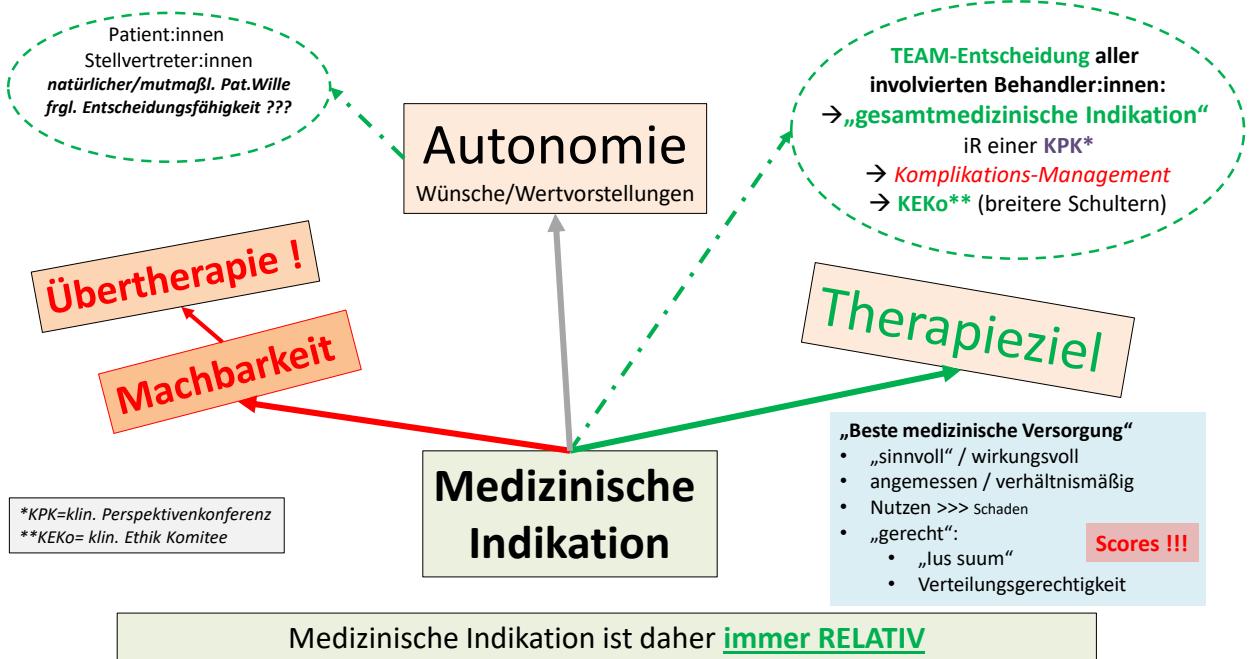
→ Risikoabschätzung – Scores / Pat Wille ? Realistisches Therapieziel?

○ Falls **keine OP** → **palliatives Setting**

○ Falls **OP...**

- **Komplikationsmanagement** im Team der Behandler:innen (gesamtmed. Indikation) und mit Pat/Angehörigen besprechen: DNR/DNE
- **Zeitpunkt der TZÄ** (ICU-Trial: 5-7 Tage / ab dem 21. Tag (Grenze zur CCI) → RID)

Friesenecker, IFIMP April 2025



Keine Steigerung der 1-Jahres Mortalität durch Ethik Coachings und zeitgerechte TZÄ

Intensive Care Med (2024) 50:1635–1646
https://doi.org/10.1007/s00134-024-07588-0

ORIGINAL

Coaching doctors to improve ethical decision-making in adult hospitalized patients potentially receiving excessive treatment. The CODE stepped-wedge cluster randomized controlled trial

Dominique D. Benoit^{1,2*}, Aglaja De Pauw³, Celine Jacobs³, Ine Moors⁴, Fritz Offner^{1,4}, Anja Velghe^{1,5}, Nele Van Den Noortgate^{1,5}, Pieter Depuydt^{1,6}, Patrick Druwé⁶, Dimitri Hemels⁷, Alfred Meurs^{1,7}, Jiska Maloatax⁸, Wim Van Biesen^{1,9}, Francis Verbeke^{1,9}, Eric Derom^{1,10}, Dieter Stevens¹⁰, Michel De Pauw^{1,11}, Fiona Tromp¹¹, Hans Van Vlierberghe^{1,12}, Eduard Callebaut¹², Katrijn Goethals¹³, An Lievrouw¹⁴, Limin Liu¹⁵, Frank Manesse^{1,6,17}, Stijn Vanheule¹⁸ and Ruth Piers^{1,5}

* 2024 The Author(s); corrected publication 2024



Ärzt:innen in **ethisch begründeter Entscheidungsfindung** zu coachen (DNR/DNE) verbessert zielorientierte Therapie, ohne die 1-Jahresmortalität zu erhöhen !

Friesenecker, IFIMP April 2025



Alles, was wir entscheiden, müssen wir begründen können

Nicht entscheiden ist auch eine Entscheidung
- die schlechteste von allen,
da meist nicht begründet

Nur Teamwork ist Dreamwork !

Friesenecker, IFIMP April 2025

Zurück zum Fall ... Versäumnisse ?

Hausärzt:in → ACP !

- Wille / Scores !

→ Dokumentieren im Sinne eines
Vorsorgedialogs → PV/VM

Ziel: Verbessertes
Schnittstellen – Management

Klinik-Ärzt:innen → Klin. Perspektivenkonferenz (KPK)

Im Team der Behandler:innen **Gesamtmedizinische Indikation**

(basierend auf realistischem **Therapieziel!**)

Pat .-**Wünsche und Wertvorstellungen** einbeziehen

→ TZÄ mit **Komplikations-Management** bei **Hochrisiko-Pat**

→ dokumentieren

→ mit Pat und Angehörigen besprechen (shared decision making)