

Indikation und Therapieziel

„die **absolute** chirurgische Indikation“

Barbara Friesenecker

Anästhesistin, Intensivmedizinerin, Palliativmedizinerin, Medizinethikerin

Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, MUI

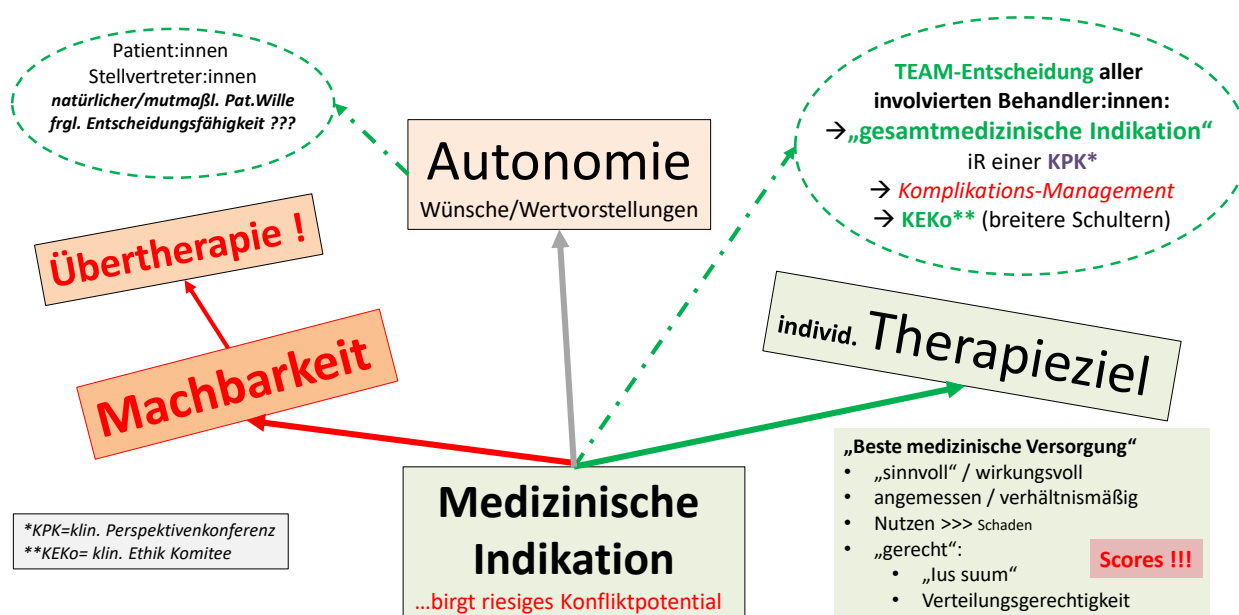
Vorsitzende der ARGE Ethik der ÖGARI

IFIMP 2025

Kongresshaus Messe Innsbruck

Mittwoch, 9.4.2025 - Do 10.4.2025

Sitzung Do, 11.00-12.30

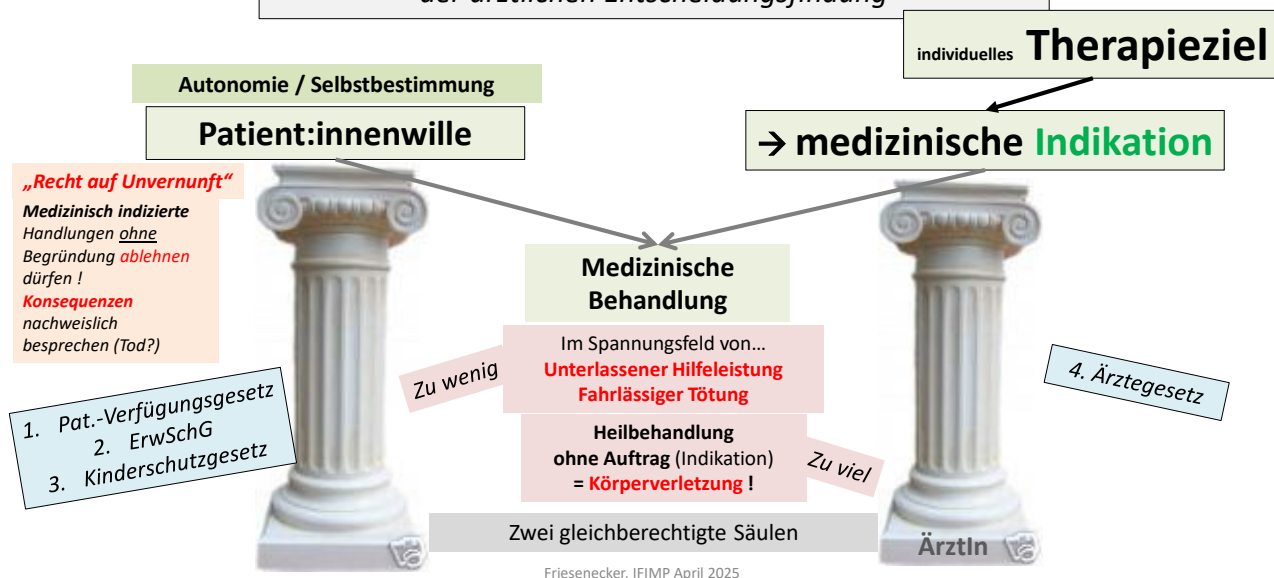


Medizinische Indikation ist daher **immer RELATIV**

es gibt **KEINE ABSOLUTE INDIKATION** - auch **keine** „absolute“/„harte“ chirurgische Indikation!

„2-Säulen – Modell“

der ärztlichen Entscheidungsfindung



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**

→ Krankenhauf 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)

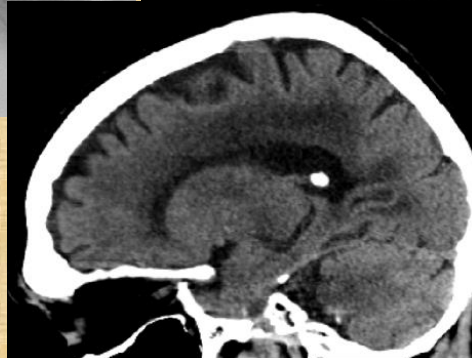
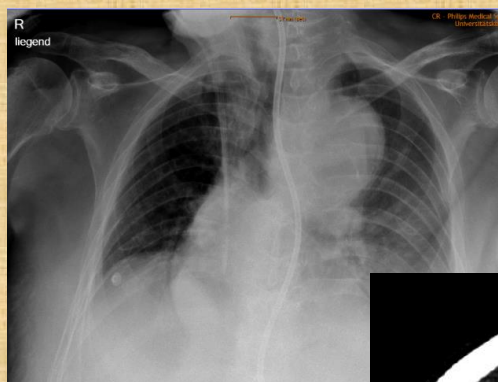
→ **Weaning-failure** mit stark verzögertem Aufwachen (**DELIR**)

Wird dann unserer ICU angeboten zur HF / Therapie des MODS



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Bildgebung



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

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 ?

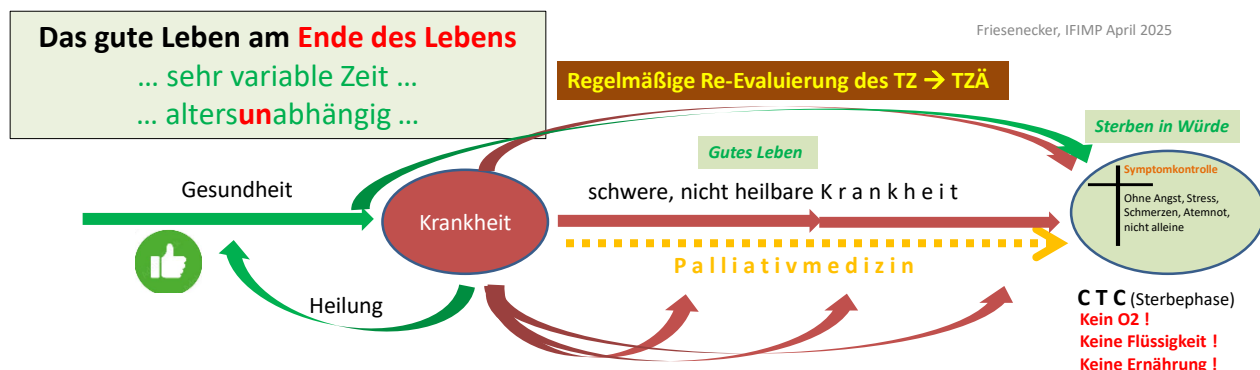
sehr **subjektiv**

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!

Schaden, E., Dier, H., Weixler, D., Hasibeder, W., Lenhart-Orator, A., Roden, C., Fruhwald, S., Friesenecker, B., ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. **Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie** 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...

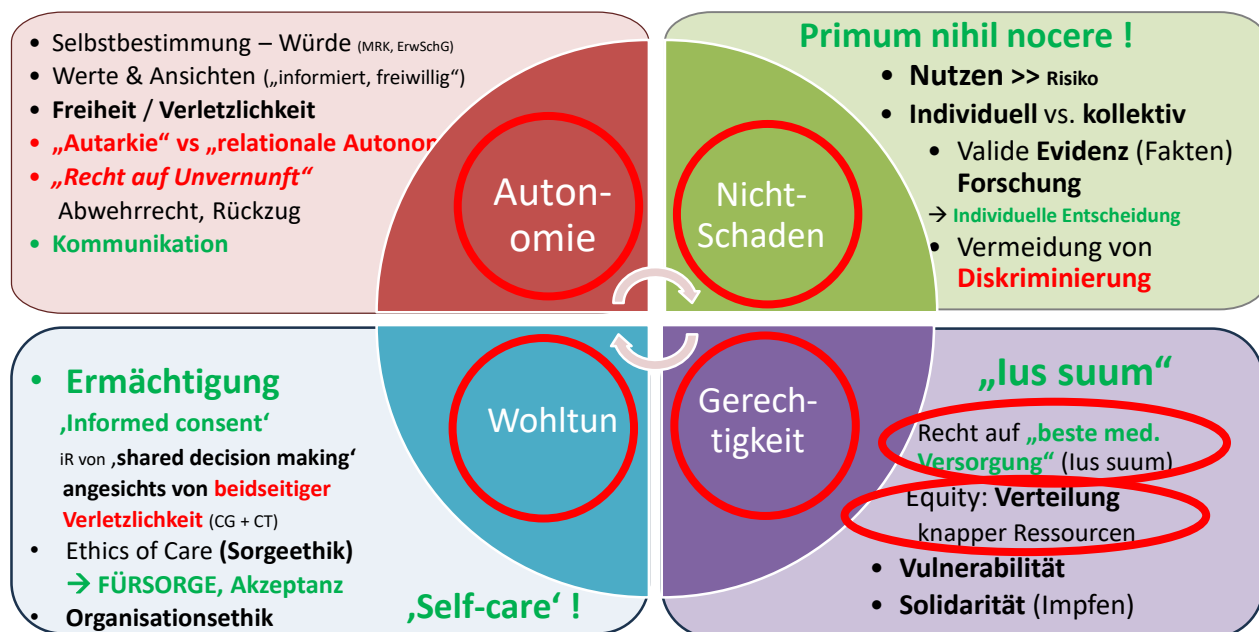
- von **Heilung** → **Palliation**
- im Rahmen der Palliation von **DNR/DNE** → **Withdraw** und **CTC**

Handwerkszeug ...

- Ethisch
- Rechtlich

Friesenecker, IFIMP April 2025

Das „Georgetown Mantra“ – Prinzipien-Ethik



Beauchamp, Tom L; James F. Childress (2013): Principles of Biomedical Ethics. [1977] Seventh Edition. Oxford University Press. New York/London

Friesenecker, IFIMP April 2025

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 !

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 Planung

Friesenecker, IFIMP April 2025

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, cardiovaskuläre, 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

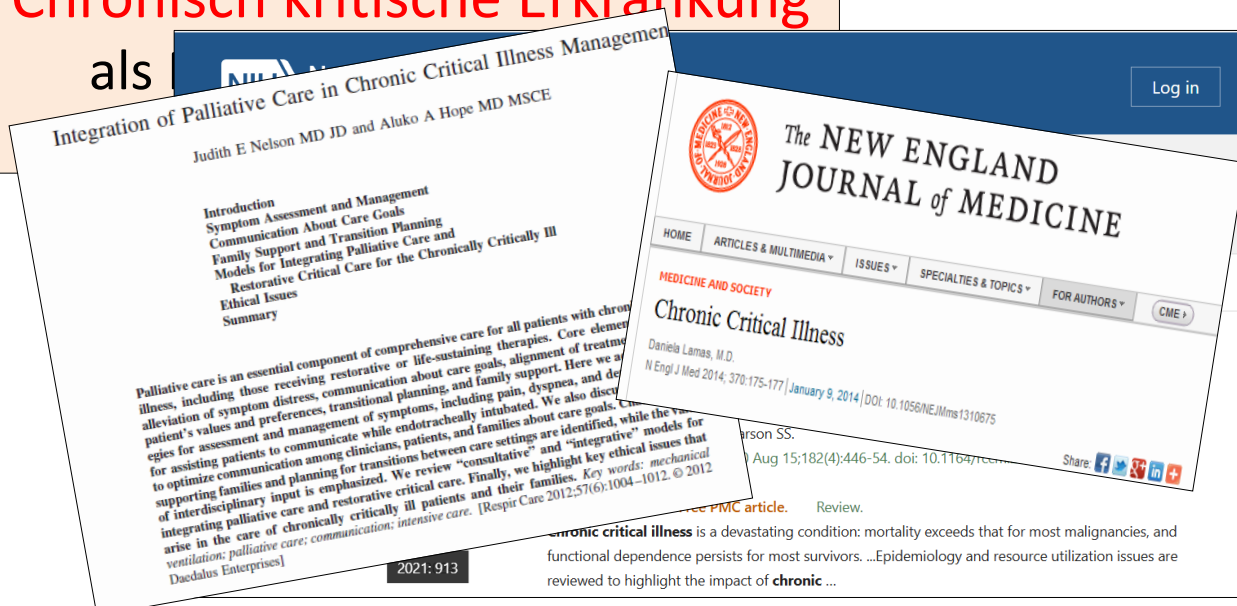
Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. **Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care.** Lancet. 2017 Jan 6; pii: S0140-6736(16)32586-7.

Friesenecker, IFIMP April 2025

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

Chronisch kritische Erkrankung

als



„Futility“ schadet ... ALLEN

(= 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“)** → **Körperverschädigung !**

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.** Anaesthesist. 2018 Sep 12.

Moss M, Good VS, Gozal D et al. **A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. 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

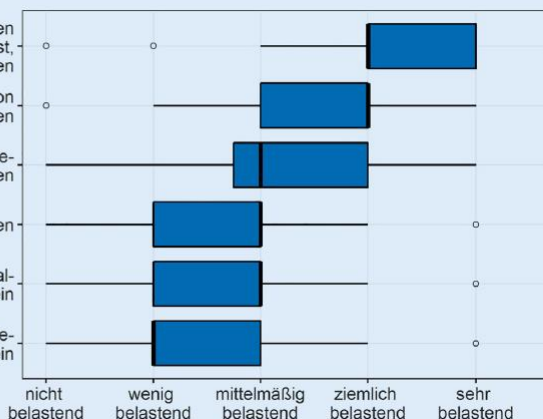
mit Angehörigen über Therapiebeschränkungen zu sprechen

den Tod von Patienten mitzerleben

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 (dicke 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.** Anaesthesist. 2018 Sep;12ecker, 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“

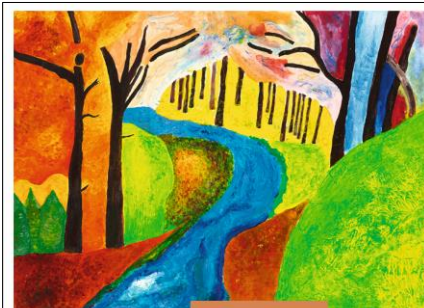
Advance Care Planning (ACP)...

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**



Advance Care Planning (ACP)

Handreichung zum Umgang mit der gesundheitlichen
Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

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

→ Schnittstellen - Management

www.youtube.com/watch?v=NekY21ImI88

Friesenecker, IFIMP April 2025

www.bezirk-oberbayern.de

Soziales | Gesundheit | Bildung | Kultur | Heimat | Umwelt

bezirk oberbayern

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

ADL-Score (Activity of Daily Life) = kann von Pflege und Angehörigen erhoben werden

ADL-SCORE (ACTIVITY OF DAILY LIVE SCORE)



3 – komplett unabhängig
2 – mit Hilfe möglich
1 – komplette Abhängigkeit

ADL-Score dient der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität einer Person
ADL-Score hilft Lebensqualität zu objektivieren und **günstige** Outcome (Erfolchspotential) 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 Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychological Function, S. Katz, MB Ford, RW **Brubaker**, AH Jackson, MAF **de** **Long** (1963), S. 223.

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)

3 – komplett unabhängig
2 – mit Hilfe möglich
1 – komplette Abhängigkeit

ADL-Score dient der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität einer Patientin
ADL-Score hilft Lebenssituation zu objektivieren und **gutes** Outcome (Rehabilitations-Potential) besser einschätzen

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

ADL ≤ 10
Outcome-Verschlechterung
zunehmend schlechtes REHA-Potential

Quelle: Studies of Women in the Ageing: The Index of ADL, A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, 5. Aufl. 1987, von J. Spangenberg, 20. London: VCH Verlag 1990, S. 207.

FRAILTY (Gebrechlichkeit) – sollte von Ärztinnen erhoben werden

Frailty ist ein Syndrom von **gestörter physiologischer Reserve** und **erhöhter Widerstandsfähigkeit** gegen Stressoren.

Definition: Clinical Frailty Scale (CFS)

Clinical Frailty Scale*

Frailty ist ein guter Prädiktor für schlechtes Outcome (2)
Frailty korreliert gut mit Mortalität (2)
Frailty ist ein **altersunabhängiger** Parameter – Gebrechlichkeit hat auch bei jungen Patientinnen eine hohe Mortalität (3)
Clinical Frailty Scale (CFS) kann für Entscheidung zur Aufnahme auf eine KGU 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. *Der Begriff 'Clinical Frailty' ist ein Markenzeichen von Dr. David Rockwood, der die Skala entwickelt hat. 2. *Die Skala ist in der Literatur als 'Clinical Frailty Scale' (CFS) bekannt. 3. *Die Skala ist in der Literatur als 'Clinical Frailty Scale' (CFS) bekannt. 4. *Die Skala ist in der Literatur als 'Clinical Frailty Scale' (CFS) bekannt. 5. *Die Skala ist in der Literatur als 'Clinical Frailty Scale' (CFS) bekannt. 6. *Die Skala ist in der Literatur als 'Clinical Frailty Scale' (CFS) bekannt. 7. *Die Skala ist in der Literatur als 'Clinical Frailty Scale' (CFS) bekannt.

Fig. 1: Kaplan-Meier curves, adjusted for age and sex, for study participants (n) over the medium term (5-6 years), according to their scores on the CSHA Clinical Frailty Scale. Some scores were grouped. Top: Probability of survival. Bottom: Probability of avoidance of institutional care.

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.

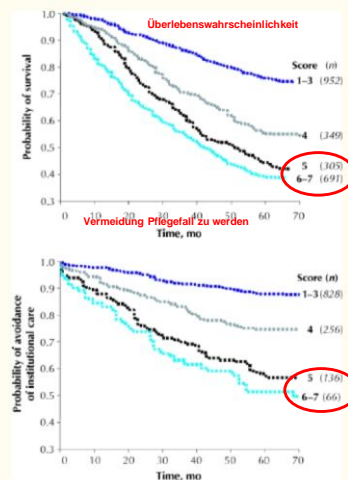


Fig. 1: Kaplan-Meier curves, adjusted for age and sex, for study participants (n) over the medium term (5-6 years), according to their scores on the CSHA Clinical Frailty Scale. Some scores were grouped. Top: Probability of survival. Bottom: Probability of avoidance of institutional care.

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 30;173(5):489-95. (1)Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS.

Friesenecker, IFIMP April 2025

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 ???

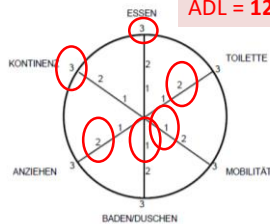
Friesenecker, IFIMP April 2025

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

ADL-SCORE (ACTIVITY OF DAILY LIVE SCORE)

Katz, JAMA, 1963

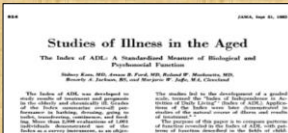
ADL = 12/18



3 – komplett unabhängig
2 – mit Hilfe möglich
1 – komplette Abhängigkeit

ADL ≤ 10

Max = 18
Komplett unabhängig
Min = 6
Komplett abhängig



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.



7 **Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 **Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 **Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy < 6 months, who are not otherwise evidently frail.

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, Revised 2008.
1. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173:989-995.
© 2007-2009 Montreal. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



+ Comorbidiäten + ablehnende Haltung zur OP ...

Friesenecker, MOVE Nov 2024

→ Maßnahmen iR ACP + KPK

POS-POM-Score – „unser Pat“

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

Perioperative RISK PREDICTION
EVIDENCE-BASED PREDICTION TOOL FOR COMPLICATIONS IN SURGICAL PATIENTS

Risk of all-cause mortality
Based on the Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POS-POM) 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

Cerebrovascular disease?

yes

COPD?

yes

Dementia?

no

Hemiplegia?

no

Chronic respiratory failure?

yes

Chronic alcohol abuse?

no

Active cancer?

no

Diabetes?

no

Transplanted organ?

no

Chronic renal failure?

yes

Chronic hemodialysis?

no

„Unser“ Patient

Predicted risk of mortality

84.659%

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, Biccari B, Riou B, Devereaux PJ, Landais P. Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POS-POM): 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)

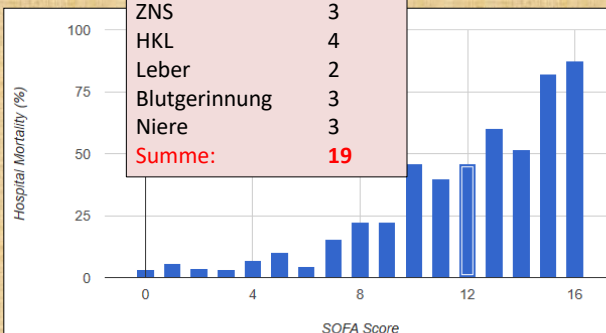
Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med.*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

Unser Patient postop:

Atmung	4
ZNS	3
HKL	4
Leber	2
Blutgerinnung	3
Niere	3
Summe:	19



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“

Friesenecker, IFIMP April 2025

Was hätte besser laufen können ?

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

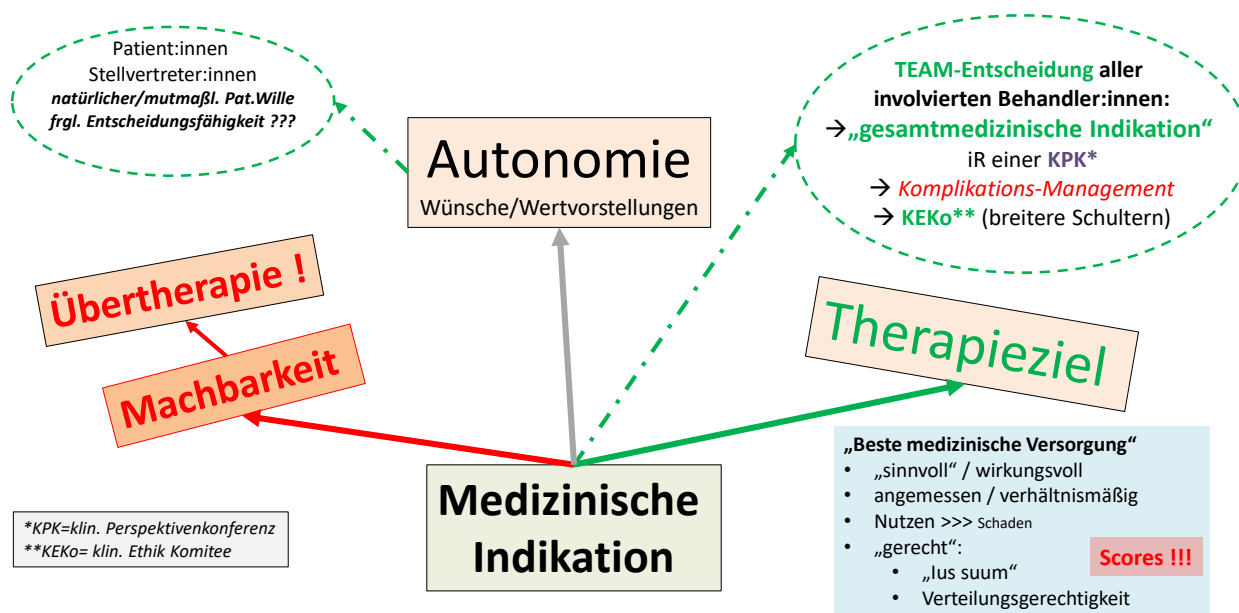
→ OP gegen den Willen der Patient:in ausgeschlossen

→ 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**...
 - **Komplicationsmanagement** 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



Friesenecker, Geriatrietagung ÖÄK 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 Druwe⁶, Dimitri Hemelsoet⁷, Alfred Meurs^{1,7}, Jiska Malotiaux⁸, 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 Callebout¹², Katrijn Goethals¹³, An Lievrouw¹⁴, Limin Liu¹⁵, Frank Manesse^{16,17}, 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



Nur Teamwork ist Dreamwork !

Alles, was wir entscheiden, müssen wir begründen können

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

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)