



## Ethische Therapie- Entscheidungen auf der Intensivstation

Sonja Fruhwald  
Klinische Abteilung für Herz-, Thorax-,  
Gefäßanästhesiologie und Intensivmedizin (KA 2)  
LKH Universitätsklinikum Graz  
sonja.fruhwald@medunigraz.at

## Worüber möchte ich sprechen?



## Die 10 Qualitätsindikatoren für Intensivstationen



- 1.) Tägliche multiprofessionelle/interdisziplinäre Visite mit Dokumentation von Tageszielen
- 2.) Management von Sedierung, Analgesie und Delir
- 3.) Patientenadaptierte Beatmung (bei schwerem Lungenversagen)
- 4.) Frühzeitige Entwöhnung von einer invasiven Beatmung (Weaning)
- 5.) Überwachung der Maßnahmen zur Infektionsprävention
- 6.) Maßnahmen zum Infektionsmanagement
- 7.) Patientenadaptierte klinische Ernährung
- 8.) Strukturierte Kommunikation mit Patienten und Angehörigen**
- 9.) Frühmobilisation
- 10.) Leitung der Intensivstation

<https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/peer-review/220310-qualitaetsindikatoren-intensivmedizin-divi-peer-review.pdf>

## Warum ist Kommunikation so wichtig?



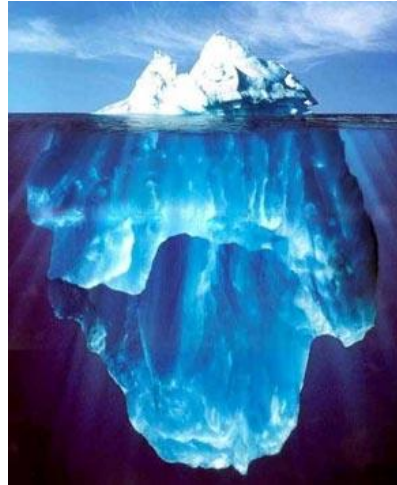
- ▶ Korrekte Wiedergabe von kritischen Informationen verhindert gefährliche Missverständnisse im ICU-Alltag.
- ▶ Intensive Kommunikation fördert Vertrauen zwischen Behandlungsteam, Patient:innen und Angehörigen -> fördert das Gefühl der Orientierung, Sicherheit und Würde in einer Situation extremer Abhängigkeit.
- ▶ „normale“ Kommunikation ist für ICU Patient:innen oft nicht möglich. Nonverbale Kommunikation ist essenziell Bedürfnisse zu äußern.
- ▶ Kommunikation und die daraus resultierende emotionale Verbindung verringern das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit beim Patienten
- ▶ Eine strukturierte Kommunikation verbessert die Zusammenarbeit im Team, reduziert Frustration und ethischen Stress.

# Was ist Kommunikation?



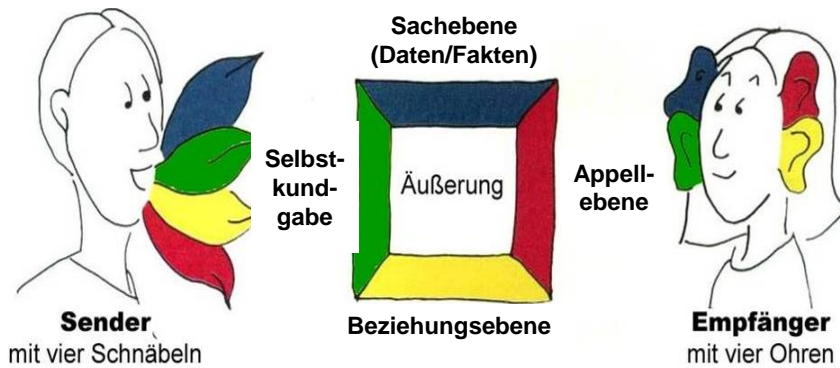
Sachebene  
verbale Kommunikation

Beziehungsebene:  
nonverbale und  
paraverbale  
Kommunikation



Cave:  
Unsere Hilfswerkzeuge –  
Stimme, Gestik, Mimik und  
Körperhaltung – sind  
„fehleranfällig“, bzw. der  
Spiegel unserer wahren  
Gedanken

# Kommunikationsquadrat



Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun

## Die 5 Axiome der Kommunikation

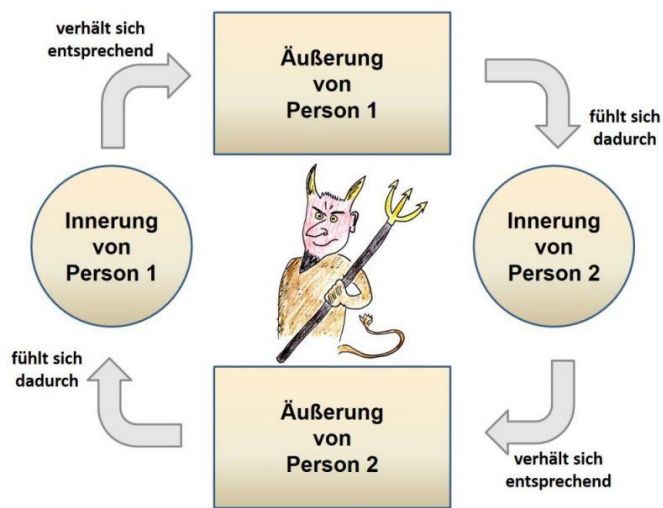


- ▶ „Jede Kommunikation hat einen „Inhalts“- und „Beziehungsaspekt“ (Beziehung zum Gegenüber)
- ▶ „Kommunikation verläuft in der Interpunktion von Ereignisfolgen“ (Ursache und Wirkung)
- ▶ „Kommunikation nutzt analoge (Sprache, Schrift) und digitale (Mimik, Gestik..) Modalitäten“.

Paul Watzlawick Pragmatics of Human Communication 1967

Kommunikationsquadrat von Schultz von Thun

## Das Teufelskreismodell



Teufelskreismodell Schultz von Thun Institut

## Kritische Gespräche werden oft vermieden



- ▶ Ärzt:innen sind sich der anstehenden Entscheidungen sehr wohl bewusst, aber sie warten darauf, dass die Patient:innen diese Gespräche beginnen.
- ▶ Im Gegensatz dazu bevorzugen Patient:innen sehr häufig, dass der erste Schritt von der Ärzt:in gemacht wird
- ▶ Besonders typisch ist das für Karzinom und Herzinsuffizienzpatient:innen
- ▶ Es besteht die Sorgen die Lebensqualität der Patient:innen durch diese Gespräche zu verschlechtern, bzw. sie unnötig zu stressen/belasten
- ▶ Die Daten scheinen widersprüchlich zu sein, aber es hat sich gezeigt, dass eine rechtzeitige und einfühlsame Gespräche für die weitere Planung (im positivsten Fall ein ACP) die Belastung der Patient:innen und deren Angehörigen reduziert

Hideki Onishi J Hosp Palliat Care 2021

## Kommunikation bei ethischen Therapieentscheidungen



- ▶ Bedarf an ethischen Therapieentscheidungen aber auch Ethikberatungen ist steigend
- ▶ Reihenfolge ethischer Therapieentscheidungen
  - ▶ Eigene Orientierung
  - ▶ Kollegiale Beratung
  - ▶ Fallbesprechung im Team
  - ▶ Klinische Ethikberatung
- ▶ Vorteile der Ethikberatungen
  - ▶ 86-97% der Befragten nach einer KEB haben die Konsultationen als hilfreich empfunden
  - ▶ Kommunikation und Konsensbildung wird gefördert
  - ▶ Reduktion von psychischer, moralischer Belastung des Personals
  - ▶ Kostenreduktion durch Vermeidung nicht indizierter Therapien

Masel E. et al Wien Klin Wochenschr 2025

## Kommunikation bei krit. Gesprächen



- ▶ Kritische Gespräche sollten, wie zB auch ACP-Planungen, vom Behandlungsteam
  - ▶ initiiert und geleitet werden
  - ▶ mehrere Gespräche sind notwendig, um den Verlauf der Erkrankung zu akzeptieren
  - ▶ Werteanalysen brauchen Zeit
  
- ▶ Tatsächlich werden
  - ▶ 70% der Gespräche zu einem Zeitpunkt initiiert, wo Patient:innen nicht mehr in der Lage sind Entscheidungen zu treffen
  - ▶ 40% der Patient:innen verlieren, im Rahmen einer rapiden Verschlechterungen ihres Zustandes, die Fähigkeit konstruktive Entscheidungen zu treffen
  - ▶ In solchen Phasen ist auch wenig hilfreich die Entscheidung an Stellvertreter:innen zu übergeben.

Hideki Onishi J Hosp Palliat Care 2021

Zaros MC et al. J Hosp Med 2013

## Was bringen die Gespräche?



- ▶ Ärzt:innen
  - ▶ Information über die Erkrankung, individuelle Prognose,
  - ▶ es gilt zu entscheiden welche therapeutischen Optionen sinnvoll und gewünscht sind
  - ▶ Wissensdefizite werden durch diese Kommunikation ausgeräumt
  
- ▶ Patient:innen
  - ▶ Patienten lernen die Gründe zu verstehen, warum ihr Leben endet
  - ▶ sie können die finalen Ziele ihres Lebens erfassen
  - ▶ sie überlegen, wo sie sterben möchten
  - ▶ welche Therapiemaßnahmen sie bekommen möchten und welche nicht
  
- ▶ Angehörige
  - ▶ müssen eingebunden werden um die getroffenen Entscheidungen mit tragen zu können
  - ▶ um, wenn sie die Vertretung der Patient:innen übernehmen, diese Aufgabe übernehmen zu können

Hideki Onishi J Hosp Palliat Care 2021

## Wenn Angehörige für ihre Lieben sprechen müssen



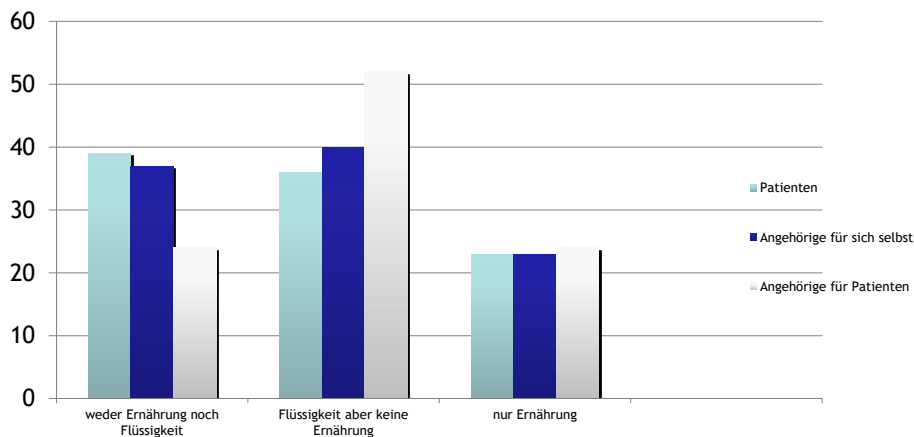
- ▶ „Substituted judgement“: Wir Ärzte hätten gerne Stellvertretende Entscheidungen basierend auf
  - ▶ schriftlichen Dokumentationen wie einer Patientenverfügung
  - ▶ stattgehabten Werteanalysen
  - ▶ ausführlichen Gesprächen
  
- ▶ „Best Interest“ Entscheidungen der Angehörige kommen immer dann zu tragen, wenn klare vorverfügte Entscheidungen fehlen
  - ▶ gemeinsamen Erfahrungen
  - ▶ persönlichen Werten
  - ▶ Verantwortungsgefühl

Scherr BF et al Innere Medizin 2024

Vig EK et al. J Am Geriatr Soc 2006

Tulsky JA. J Palliat Med 2005

## Wie zuverlässig kennen Angehörige die Wünsche der Patient:innen



Shin et al. Psycho-Oncology 2014

Bükki J et al. Support Care Cancer 2014

# Angehörigentypen



## Die Realisten

- die Emotionen passen
- zutreffende Einschätzung von Gefahr und Problemen
- kooperativ, verständig



## Die Verleugner

- hyperprotektiv
- wollen nur das „Gute“ hören
- negieren Gefahr „fallen aus allen Wolken“

## Die Ängstlichen

- hyperprotektiv, erscheinen überfordert
- erwarten Misserfolge
- reagieren auf Probleme mit Aggression

# Wann könnten auch Angehörige die Entscheidungen besser treffen?



- ▶ Um Patient:innen und deren Angehörigen zu helfen Entscheidungen zu treffen müssen folgende Punkte angesprochen werden
- ▶ Versorgungsprioritäten
  - ▶ Wünsche nach aggressiven Therapieoptionen nehmen ab
  - ▶ Lebensqualität wird wichtiger als die Lebenszeit
  - ▶ Wunsch nach Pflege in einem Hospiz nimmt zu
  - ▶ Auftreten von Depressionen und Angst idem wie in der Gruppe ohne EoL Gespräche
- ▶ Individuelle Prognose
- ▶ Ängste und Sorgen der Patient:innen und deren Angehöriger
- ▶ Fragen zu den Versorgungszielen

## SPIKES Kommunikationsmodell



<b>S</b>	Setting	(Gesprächsrahmen schaffen). Eine ruhige Umgebung wählen, ausreichend Zeit einplanen, möglichst ohne Störungen sprechen, Teilnehmer auswählen
<b>P</b>	Perception	(Wahrnehmung des Patienten erfragen). Klären, was Patient oder Angehörige bereits über die Situation wissen oder vermuten.
<b>I</b>	Invitation	(Informationswunsch erfragen). Nachfragen, wie viele Details der Patient aktuell wissen möchte.
<b>K</b>	Knowledge	(Information vermitteln). Die medizinischen Fakten verständlich, klar und schrittweise erklären – ohne Fachjargon.
<b>E</b>	Emotions	(Emotionen wahrnehmen und reagieren). Auf Gefühle wie Angst, Trauer oder Wut empathisch eingehen.
<b>S</b>	Strategy and Summary	(Strategie und nächste Schritte). Zusammenfassen, was besprochen wurde, und gemeinsam das weitere Vorgehen planen.

Mahendiran M et al: Am J Hosp Palliat Care. 2023

## Checkliste für kritische Gespräche



- ▶ Fragetechnik – Verwendung offener und geschlossener Fragen.
- ▶ In Falle einer Sprachbarriere sorgen sie für die Anwesenheit eines Dolmetsches. Übersetzung durch die Familie kann problematisch sein
- ▶ Sprachmittlung: Achten sie darauf alle Beteiligten ausreden zu lassen, gerade wenn man Krankheitsbedingt in der Sprache eingeschränkt ist. Das eigenständige Formulieren ist ein Akt der Selbstwirksamkeit, ein ständiges Unterbrechen, auch um zu Helfen ist ein Akt der Machtausübung
- ▶ Sprache
  - ▶ Klare, deutliche Sprache
  - ▶ Vermeiden von Worten/Phrasen wie: „ich weiß nicht“, „kann man nicht sagen“, „Fehler“, „vermuten“, „hoffen“, „erzählen“
  - ▶ Gute Phrasen: „veranschaulichen“, „konkret“, „genau“, „es hat sich gezeigt dass“, „unsere Erfahrung hat gezeigt, dass“
  - ▶ Achten sie auf ihre nonverbale Kommunikation

Banse Ch et al + Editorial. Z Palliativmedizin 2026

## Checkliste für kritische Gespräche



- ▶ Ist die Entscheidungsfähigkeit der Patient:in gegeben?
- ▶ Psychiatrische Einflüsse
  - ▶ Delir oder Depression
  - ▶ Suizidalität
- ▶ Einflüsse laufender Medikamente (Neurooptika, Dopaminerge Substanzen...)
  - ▶ Akathisie – „Sitzunruhe“
  - ▶ Neben der körperlichen Unruhe sind die Patient:innen auch psychisch belastet (aggressiver, reizbarer..)
  - ▶ Gesteigerte Schmerzen
- ▶ Psychologische Gründe
  - ▶ Verleugnung
  - ▶ Collusion

Hideki Onishi J Hosp Palliat Care 2021

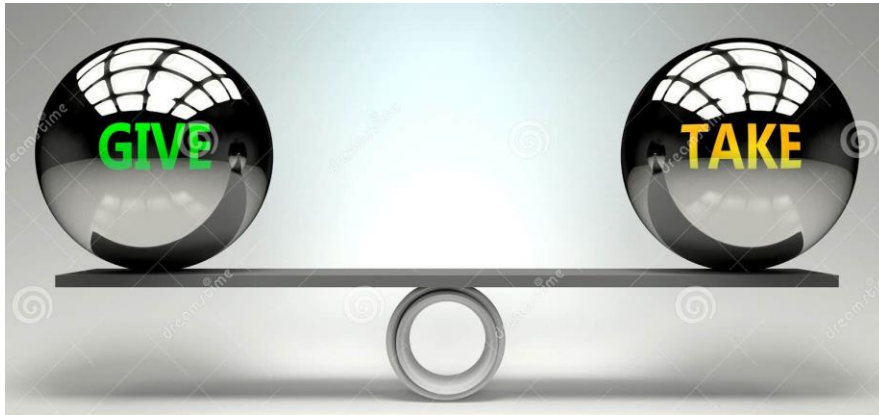
## Collusion gut gemeint schlecht gemacht



- ▶ Collusion – geheimes Einverständnis, Verschwörung
  - ▶ komplexes oft unbewusstes Beziehungsgeflecht zwischen Patienten, Angehörigen, Behandlungsteams
  - ▶ 2018: Erstbeschrieben in der Psychoanalyse
  - ▶ Geheime Absprachen (stillschweigend oder tatsächlich abgesprochen) wo zB Angehörige und Behandlungsteams vereinbaren der Patient:in die Details zur Erkrankung und Prognose vorzuenthalten
  - ▶ Motiv „Liebe“: um der Patient:in Leid zu ersparen/Hoffnung zu erhalten bzw. aus kulturellen Pflichtgefühlen
  - ▶ Dynamik: Es handelt sich um eine dysfunktionale Kommunikation, die oft durch Ängste auf allen Seiten (Patient, Angehörige, Behandler) aufrechterhalten wird
  - ▶ Folge – Isolation der Patient:in mit nachfolgendem Stress und verminderter Lebensqualität, weil sie sich nicht auf das Lebensende einstellen können, bzw. wichtige Belange erledigen können.
  - ▶ Zusätzlich ist dieses Vorgehen problematisch weil die Autonomie der Patient:innen untergraben wird

Deliyianidis Sophia et al. Review J Health Psychology 2025

## Take Home Message



Danke für Ihre Aufmerksamkeit



SMF, 2025