



University of Basel
 Institute for Biomedical Ethics (IBMB)

Futility – Herausforderungen aus Sicht der Biomedizinischen Ethik

Prof. Bernice Elger, Leiterin des IBMB

Agenda

- 1 Einführung
- 2 Fallbeispiel
- 3 Definitionen von "Futility"
- 4 Entscheidungsprozess
- 5 Schlussfolgerungen


Universität Basel

1. Einführung

Originalartikel

Ethikstrukturen an Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz

Dritte, erweiterte Umfrage der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Sibylle Ackermann^a, Lukas Balsiger^a, Michelle Salathé^b

^a Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Bern
^b Universität Bern / Fachstelle klinische Ethik, Bern

https://www.samw.ch/dam/jcr:cf2bc510-fe8d-452e-9378-2e0df43c0eb5/studie_samw_ethikstrukturen_2014.pdf


Universität Basel

Gründe für Ethik-Konsultationen

Tabelle 3: Häufigste Konfliktfelder im klinischen Alltag 2002, 2006, 2014

Häufigste ethische Konfliktfelder (Mehrfachnennung möglich)	2002 n = 198 ^a	2006 n = 50	2014 n = 78
Unterlassung oder Abbruch von Therapiemaßnahmen	47%	56%	65%
Patientenverfügungen	–	–	50%
Probleme bei der Umsetzung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts	–	–	38%
Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	39%	38%	34%
Wertekonflikte im Team (auch unabhängig von Patientenfall)	–	–	34%
Notfallentscheidungen (Beatmung/Resanimation)	26%	38%	33%
Umgang mit kognitiv eingeschränkten PatientInnen	–	–	31%
Unsicherheiten im interkulturellen Kontext	–	–	31%
Zwangsmassnahmen	31%	54%	30%
Konflikt mit Angehörigen	42%	38%	28%
Konflikt mit zwischen Ärzteschaft und/oder Pflege	–	–	24%
Konflikt mit PatientInnen	30%	40%	23%
Pflichten der Behandelnden	–	–	21%
Sterbehilfe	20%	54%	19%



Universität Basel

2. Fallbeispiel

- Mit Kommentaren aus Ethik und Recht
- Bibliothek am IBMB
- Mehrere Exemplare einsehbar, bitte vorher Termin vereinbaren:
a.loschnigg@unibas.ch



Bernice S. Elger, Nikola Biller-Andorno, Bernhard Rütsche (Hrsg.)
ETHIK UND RECHT IN MEDIZIN UND BIOWISSENSCHAFTEN
 AKTUELLE FALLBEISPIELE AUS KLINISCHER PRAXIS UND FORSCHUNG



Universität Basel


Fallbeispiel Herr B.

Nach einem schweren Verkehrsunfall wird ein 75jähriger Mann (Herr B.) bewusstlos in die Notfallstation eingeliefert. Wegen Verdacht auf ein **zerebrales Hämatom** wird ein CT-Scan durchgeführt.

Als der Patient wenig später vom CT zurückkehrt, ist er immer noch nicht bei Bewusstsein. Er wurde intubiert und wird künstlich beatmet. Der CT-Scan zeigt ein sehr grosses raumforderndes intrazerebrales Hämatom.

Die behandelnde Ärztin diskutiert mit der Anästhesistin und der Neurochirurgin, ob als Notoperation ein neurochirurgischer Eingriff durchgeführt werden soll. Die Prognose ist sehr schlecht. Die **Überlebenschance liegt zwischen 1% und 5%**, wobei das **Risiko >90% ist, dass schwere, bleibende Gehirnschäden zurückbleiben** (d.h. max. 0.5% Wahrscheinlichkeit, ohne schwere bleibende neurologische Schäden zu überleben).






Fallbeispiel Herr B.

Die behandelnde Ärztin informiert die Ehefrau des Patienten über den kritischen Zustand ihres Mannes und die Notwendigkeit der Notoperation. Sie erfährt von der Ehefrau, dass Herr B. weiterhin ein kleines Unternehmen führt.

Frau B. sagt folgendes:
 „Ich bin mit Adrian schon seit 40 Jahren verheiratet, wir sind sehr glücklich miteinander. **Versuchen Sie bitte alles, um ihn zu retten.** Ich werde mich ohne Unterlass um ihn kümmern, **selbst wenn er danach behindert oder schwer krank sein sollte.** Hauptsache er überlebt. Das ist auch sehr wichtig für die Mitarbeiter in seinem Unternehmen.“


Fallbeispiel aus dem Studentenunterricht im Master Medizin (Universität Genf seit ca. 1997)





Fallbeispiel

Die **Überlebenschance liegt zwischen 1% und 5%**, wobei das **Risiko >90% ist, dass schwere, bleibende Gehirnschäden** zurückbleiben.


- Ist die neurochirurgische Behandlung des 75jährigen Herrn Adrian B. „futile“ ?
- Was soll die Ärztin der Ehefrau antworten?





Fallbeispiel

Drei Regeln (Intensivmediziner aus Genf, Lugano, Neuchâtel)

- Die Entscheidung sollte eine Person in der Klinik **nie allein** treffen. **Entscheidungsprozess:** das ärztliche und pflegerische Team bespricht einen Fall zusammen und entscheidet gemeinsam, welche Option den Werten und dem Patient:innenwillen entspricht.
- Die Entscheidung des Teams wird dann der Familie, bzw. der vertretungsberechtigten Person mitgeteilt, zusammen mit der relevanten Information (informed consent).
- Bei Multi-Organ-Failure mit ungünstigem Verlauf und Teamvorschlag, die Intensivtherapie abubrechen: wenn die Familie nicht zustimmt, sollte genügend Zeit zur Diskussion gelassen werden (ca. 3 Tage reichen meistens aus).





Welche Rolle spielt „Futility“ ?


- **Behandlungsverweigerung**
- **Behandlungswunsch**

Liegt eine **freie informierte Entscheidung** vor?

- Urteilsfähige Person
- Patient:innenverfügung (Person bei Verfassung urteilsfähig)
- Vertreter:in im Einklang mit dem mutmasslichen Patient:innenwillen


Welche Rolle spielt „Futility“ ?

- **Freie informierte Entscheidung:**
 - Auf der Basis von ausreichender Information
 - Ohne äusseren Druck („frei“)
 - Betroffen von einer Person mit der Fähigkeit vernunftgemäss zu handeln (Urteilsfähigkeit, Art. 16 ZGB)


Welche Rolle spielt „Futility“ ?

- **Freie informierte Behandlungsverweigerung:** Patientenrecht auf körperliche Unversehrtheit
- **Freier informierter Behandlungswunsch:** Patientenrecht ist nicht absolut, es braucht zusätzlich das Vorliegen einer medizinischen Indikation (Regeln der ärztlichen Kunst, Sorgfaltspflicht)

Futility:
Begründung, einem Patientenwunsch nicht zu entsprechen.

Universität Basel **Welche Rolle spielt „Futility“ ?**

Nicht-Entsprechen eines Behandlungswunsches

Verschiedene Begründungstypen für eine fehlende medizinische Indikation (Richtlinien, Regeln der Kunst, Rechtslage):

- Keine Wirkung (z.B. Patient möchte Antibiotika bei einer viralen Infektion der oberen Atemwege)
- Nicht verhältnismässig (Risiken überwiegen den Nutzen)
- Nicht mit dem Gerechtigkeitsprinzip vereinbar: gesellschaftlich festgelegte Allokationskriterien (z.B. Organtransplantation, Rechtsgrundlage)

Universität Basel 15

Universität Basel **SAMW Richtlinien Tod und Sterben**

„**Therapien ohne Aussicht auf einen Erfolg** können weder vom Patienten noch von den Angehörigen eingefordert werden.“ (1)

„Die vertretungsberechtigte Person...kann...**keine Behandlungen einfordern, die medizinisch nicht indiziert sind.**“ (2)

(1) SAMW, **Umgang mit Tod und Sterben**: https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf

(2) SAMW, **Intensivmedizinische Massnahmen**: https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdb-b881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf

Universität Basel 16

Universität Basel **Welche Rolle spielt „Futility“ ?**

Nicht-Entsprechen eines Behandlungswunsches

Keine medizinische Indikation (Richtlinien, Regeln der Kunst):

- **Keine Wirkung**: z.B. Patient möchte Antibiotika bei einer viralen Infektion der oberen Atemwege, Reanimation nach Enthauptung)
- Keine **ausreichende** Wirkung: z.B.
 - Erfolg in kleiner als x % der Fälle
 - Erfolgreiche Reanimation (Maastricht Kategorie 2): keine spontane, kreislaufwirksame Herzaktion nach 30 Minuten Reanimation

Universität Basel 15

Universität Basel **Welche Rolle spielt „Futility“ ?**

Nicht-Entsprechen eines Behandlungswunsches

Keine medizinische Indikation (Richtlinien, Regeln der Kunst):

- **Keine Wirkung**: z.B. Patient möchte Antibiotika bei einer viralen Infektion der oberen Atemwege, Reanimation nach Enthauptung)
- Keine **ausreichende** Wirkung: z.B.
 - Erfolg in **kleiner als x % der Fälle**
 - erfolglose Reanimation (Maastricht Kategorie 2): keine spontane, kreislaufwirksame Herzaktion nach 30 Minuten Reanimation

Universität Basel 16

Universität Basel **3. Definitionen von „Futility“**

Schneiderman 1990:

- „Wenn Ärzt:innen zu dem Schluss kommen (aufgrund persönlicher Erfahrung, Erfahrungen, die sie mit Kollegen teilen, oder auf der Basis empirischer Daten), dass **in den letzten 100 Fällen eine medizinische Behandlung nutzlos** war, sollten sie diese Behandlung als vergeblich (futile) ansehen.“

L.J. Schneiderman, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, Medical futility: its meaning and ethical implications, Ann. Intern. Med. 112 (12) (1990) 949–954.

Universität Basel 17

Universität Basel **Definitionen von „Futility“**

Schneiderman 1990:

- „Die statistische Grundlage für diese Definition ist, dass bei 100 aufeinanderfolgenden Fällen von Behandlungsversagen der Kliniker zu 95 % sicher sein kann, dass bei 100 weiteren vergleichbaren Versuchen nicht mehr als 3 Erfolge erzielt werden,“ (d.h. **max. 3% Erfolg**).

L.J. Schneiderman, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, Medical futility: its meaning and ethical implications, Ann. Intern. Med. 112 (12) (1990) 949–954.

Universität Basel 18

Universität Basel **Schneiderman 1990**

Vorteile:

- Quantitativ messbar (**max. 3% Erfolg**)
- Statistisch (objektiv) ausformuliert, was als hoffnungslos gilt

Probleme:

- «Erfolg» bzw. «Nutzen» werden nicht definiert
- Ausklammern subjektiver Faktoren: Verschiedene Behandler, sowie betroffene Personen (Patient:in, Angehörige) haben unterschiedliche Auffassungen von Nutzen und Erfolg (was ein «gutes» und erwünschtes Ziel ist).
- Risiken und Belastungen nicht berücksichtigt


L.J. Schneiderman, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, Medical futility: its meaning and ethical implications, Ann. Intern. Med. 112 (12) (1990) 949–954.

Universität Basel **Schneiderman 1990**

Eine Behandlung ist **aussichtslos (futile)**, wenn:

- sie nur den Zustand dauerhafter Bewusstlosigkeit verlängert bzw.
- die Patient:in **dauerhaft intensivpflichtig** bleibt.“

Anwenden von Schneiderman Clinical Neurology and Neurosurgery 19: 120001 (1998)



Prognosis and futility in neurosurgical emergencies: A review
Emily Anderson, James Kryzanski^{*}
Department of Neurosurgery, Yale Medical Center, Boston, MA, USA

L.J. Schneiderman, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, Medical futility: its meaning and ethical implications, Ann. Intern. Med. 112 (12) (1990) 949–954.

Universität Basel **Definitionen von „Futility“**

Society of Critical Care Medicine 1997

- „Behandlungen sollten als **zwecklos (futile)** definiert werden, wenn sie ihr beabsichtigtes Behandlungsziel nicht erreichen werden...d. h. Behandlungen, die keine positive physiologische Wirkung haben.“
- **Futile**: das Ziel nicht erreichen, d.h. **nicht zielführend** oder **zwecklos**

Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments, Crit. Care Med. 25 (5) (1997) 887–891.

Universität Basel **Society of Critical Medicine 1997**

Vorteil:

- Fokussiert auf dem Behandlungsziel
- **Problem:** Menschen beurteilen den Wert einer Intervention **nicht allein nach physiologischem Erfolg** (American Medical Association, AMA 1999)
- z.B. wird unterschiedlich bewertet, was eine **ausreichende** geistige Funktion ist.

Vorschlag der AMA: Der **quantitative** Standard wird daher am besten mit einem **qualitativen** Ansatz kombiniert. Qualitative Bewertung: was eine Lebensqualität darstellt, die die (Therapie-)Anstrengung wert ist.

Universität Basel **Moderne Definitionen von „Futility“**

Jecker 2014

- Eingriffe, die dem Patienten **voraussichtlich keinen nennenswerten Nutzen** bringen. Unterschied:
 - **quantitative Vergeblichkeit:** wenn die Wahrscheinlichkeit, dass eine Intervention dem Patienten zugute kommt, äusserst gering ist; und
 - **qualitative Vergeblichkeit:** wenn die Qualität des Nutzens, den eine Intervention hervorbringen wird, äusserst schlecht ist.

Quantitative futility vs. qualitative futility: N.S. Jecker, Medical Futility, University of Washington: University of Washington School of Medicine, 2014.

Universität Basel **Qualitative Vergeblichkeit**

- Zu fragen ist, ob eine Intervention der Patient:in **einen von ihr geschätzten Nutzen** bringt.
- Eine Dialyse kann die Nierenfunktion ersetzen und den Tod durch Elektrolytungleichgewicht verhindern.
- Bei einer Patient:in **mit einer verheerenden neurologischen Verletzung** kann die Dialyse aber:
 - Ihr Leiden nicht lindern
 - Die zugrunde liegende Schädigung nicht beseitigen
 - Nicht zu einer Spitalentlassung führen

Die Dialyse ist daher **im qualitativen Sinne als sinnlos, d.h. nicht zielführend (futile)**.

Kopar et al. Addressing Futility: A Practical Approach. Crit Care Explor 2022. Jul 1;4(7):e0706

Universität Basel **Jecker 2014**

Vorteil:

- Quantitative Aspekte (Nutzen formuliert als Wahrscheinlichkeit: «sehr gering», **nicht null**)
- Qualitative Aspekte (**subjektiver Nutzen**, z.B. Lebensqualität)

Probleme:

- **Subjektivität (d.h. keine objektiven Grenzen setzen):** eine medizinische Indikation ist nicht absolut messbar, sondern abhängig vom Einzelfall und der Beurteilung der betroffenen Personen
- Risiken und Belastung einer Behandlung nicht berücksichtigt

N.S. Jecker, Medical Futility, University of Washington: University of Washington School of Medicine, 2014.

Universität Basel **Moderne Definitionen von „Futility“**

Honeybul et al. 2016

Medizin-zentriert:

- Quantitativ, objektiv

Patient:innen-zentriert:

- Kontext-zentriert, qualitativ, subjektiv

Verhältnismässigkeit

- Abwägen von Nutzen und Risiken/Belastung

Review Article - Brain Injury. S. Honeybul, G.R. Gillett & K.M. Ho. Uncertainty, conflict and consent: revisiting the futility debate in neurotrauma. Acta Neurochirurgica volume 158, pages 1251–1257 (2016)

Universität Basel **Definition „futility“**

- Verhältnismässigkeit ist ein Entscheidungskriterium, da eine bestimmte Behandlung nicht unbedingt zu 100% (oder 99%?) nutzlos sein muss, um **nicht indiziert** zu sein.
- Eine Therapie kann einen zunehmend geringeren Nutzen haben und dabei eine zunehmende Belastung sein.
- Damit eine medizinische Behandlung „**verhältnismässig**“ ist, müssen die Vorteile die Belastungen bzw. Schäden überwiegen, und dies kann je nach den Werten und Vorlieben einer Person variieren.

Honeybul S, Gillett GR & Ho KM. Uncertainty, conflict and consent: revisiting the futility debate in neurotrauma. Acta Neurochir (2016) 158:1251–1257

Universität Basel **4. Entscheidungsprozess**

Ein strukturierter Prozess/Austausch (4 Schritte)

Patient:innen und Stellvertreter sind die Experten für die Werte und Ziele der Patient:innen, während die Behandler die Experten für die Möglichkeiten und Grenzen der klinischen Medizin sind.

1. Werte und Ziele der Patient:in eruieren
2. Teambesprechung, welche medizinischen Interventionen geeignet sind, diese Ziele und Werte zu erfüllen und welche nicht.
3. Kommunizieren des Teamvorschlags (mit Zwischenzielen und Neubewertung je nach Ausgang eines Therapieversuchs)
4. Diskussion und ggf. Anpassung

See Kopar et al. 2022

Entscheidungsprozess

```

    graph TD
      A[1. Werte und Ziele der Patient:in eruieren] --> B[2. Teambesprechung, welche medizinischen Interventionen geeignet sind, diese Ziele und Werte zu erfüllen und welche nicht]
      B --> C[3. Kommunizieren des Teamvorschlags (mit Zwischenzielen und Neubewertung je nach Ausgang eines Therapieversuchs)]
      C --> D[4. Diskussion und ggf. Anpassung]
    
```

Universität Basel **Fallbeispiel Herr B.**

75jähriger Mann, bewusstlos, CT-Scan zeigt ein sehr grosses raumforderndes intrazerebrales Hämatom in der linken Gehirnhälfte.


Soll ein neurochirurgischer Eingriff durchgeführt werden?

Die **Überlebenschance liegt zwischen 1% und 5%**, wobei das **Risiko hoch ist, dass schwere, bleibende Gehirnschäden** zurückbleiben.

Die Ehefrau des Patienten sagt folgendes: „Ich bin mit Adrian schon seit 40 Jahren verheiratet, wir sind sehr glücklich miteinander. **Versuchen Sie bitte alles, um ihn zu retten.** Ich werde mich ohne Unterlass um ihn kümmern, **selbst wenn er danach behindert oder schwer krank sein sollte.** Hauptsache er überlebt. Das ist auch sehr wichtig für die Mitarbeiter in seinem Unternehmen.“

Universität Basel

Fallbeispiel




- Dringlichkeit der OP, wieviel Zeit bleibt zur Diskussion?
- Ggf. Notfall-OP und Intensivbehandlung starten, um den Patienten zu stabilisieren.
- Sobald Zeit ist: Eruiert den **Patientenwillen**: Liegt eine Patientenverfügung vor, therapeutischer Vertreter (ev. eine andere Person als Frau B.), Frau B. und ggf. andere Nahestehende und Hausärzt:in geben Auskunft zu Werten und Wünschen des Patienten.
- Anpassung der Therapieziele an den Patientenwillen durch Anwendung der Schritte 1-4 und ggf. Therapieabbruch.

Universität Basel 21

Universität Basel

Fallbeispiel




Die **Überlebenschance liegt zwischen 1% und 5%**, wobei das **Risiko >90% ist, dass schwere, bleibende Gehirnschäden** zurückbleiben.

- Ist die neurochirurgische Behandlung des 75jährigen Herrn Adrian B. „futile“ ?

Universität Basel 22

Universität Basel

Herausforderungen in Bezug auf die Einschätzung «futile»




- Rolle von „Futility“: je nach den Zielen des Patienten (neurologische Schäden in Kauf nehmen?) ist die Therapie futile oder nicht.
- Prognostische Unsicherheit: Studien zur Entwicklung von verlässlichen Prognose- und Outcome-Scores
- Wirkung ist fast nie null: es bleibt also die Aufgabe, eine Schwelle zu definieren, ab der der Erfolg **zu selten** ist, um einen **Versuch wert** zu sein.

Universität Basel 23

Universität Basel

Herausforderungen in Bezug auf die Einschätzung «futile»



Aufgabe, eine Schwelle zu definieren, ab der der Erfolg zu selten bzw. **zugefügtes Leiden zu gross** ist, um einen **Versuch wert** zu sein.

- Bei der Akzeptanz einer Schwelle spielen immer weitere Faktoren eine Rolle (Risiken, Belastungen, Zufügen von Leiden)
- Kosten der Therapie spielen eine Rolle (WZW-Kriterien bei Rückerstattung KVG; sozial akzeptierte Mittelallokation)

Es braucht eine transparente Diskussion:
Grenzen/Schwellen beruhen auf **(inter)subjektiver Bewertung**:

- Definition des medizinisch Indizierten durch den Berufsstand
- Definition der Verteilung limitierter Ressourcen durch die Gesellschaft (z.T. mit Delegation an den Berufsstand)

WZW: wirksam, zweckmässig und **wirtschaftlich**

Universität Basel 24

Universität Basel

SAMW Richtlinien Reanimationsentscheidungen

Versuch der **Definition einer „intersubjektiven“, gesellschaftlich akzeptierten Schwelle** (medizinische Richtlinien):

Beispiel 1: Clinical Frailty Scale (CFS): „Gemäss aktuell vorliegenden Studien ist bei Patientinnen, die bei Spiteleintritt gemäss der CFS einen Score von 5 oder mehr aufweisen, eine Reanimation praktisch aussichtslos“.

SAMW, Reanimationsentscheidungen:
https://www.samw.ch/dam/jcr:3ef175f0-da58-4436-905f-eb5895238af8/richtlinien_samw_reanimationsentscheidungen.pdf

Universität Basel 25

Universität Basel

SAMW Richtlinien Reanimationsentscheidungen

Versuch der **Definition einer „intersubjektiven“, gesellschaftlich akzeptierten Schwelle** (medizinische Richtlinien):

Beispiel 1: Clinical Frailty Scale (CFS): „Gemäss aktuell vorliegenden Studien ist bei Patientinnen, die bei Spiteleintritt gemäss der CFS einen Score von 5 oder mehr aufweisen, eine Reanimation praktisch aussichtslos“.

„Aussichtslos ist eine Reanimation,...wenn es **hoch wahrscheinlich** ist, dass...der Patient trotz Reanimationsmassnahmen **innerhalb einer kurzen Zeitspanne versterben** wird und/oder die Reanimationsmassnahmen ihn unnötig belasten, weil sie **lediglich die Sterbephase verlängern**.“

SAMW, Reanimationsentscheidungen:
https://www.samw.ch/dam/jcr:3ef175f0-da58-4436-905f-eb5895238af8/richtlinien_samw_reanimationsentscheidungen.pdf

Universität Basel 26

Universität Basel **SAMW Richtlinien Intensivmedizin**

Beispiel 2: Definition eines „intersubjektiven“ übergeordneten, qualitativen Ziels

Futility: wenn dieses Ziel nicht erreicht wird.

„...ethischen Fragestellungen nach der Sinnhaftigkeit bestimmter Interventionen“.

SAMW, Intensivmedizinische Massnahmen:
https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdb-b881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf

Universität Basel **SAMW Richtlinien Intensivmedizin**

„Eine Intensivtherapie ist „medizinisch **nicht mehr indiziert, wenn nicht mehr zu erwarten ist, dass der Patient wenigstens das Spital verlassen** und in ein angemessenes Lebensumfeld integriert werden kann.“

SAMW Intensivmedizinische Massnahmen: <https://www.samw.ch>

Universität Basel **Herausforderungen in Bezug auf die Einschätzung «futile»**

Definition des Ziels: **SAMW Richtlinien**

- Lebensverlängernd **ohne** schwere neurologische Einschränkungen
- Lebensverlängernd **mit** schweren neurologischen Einschränkungen
- Lebensverlängernd, aber Patient:in wird das **Spital nicht mehr verlassen**
- Lebensverlängernd, aber Patient:in wird die **Intensivstation nicht mehr verlassen**
- Lebenserhaltende Massnahmen **verlängern das Leiden**
- Lebensverlängernd, aber Patient:in wird **das Bewusstsein nicht mehr erlangen**

Universität Basel **Herausforderungen in Bezug auf die Einschätzung «futile»**

Definition des Ziels:

- Lebensverlängernd **ohne** schwere neurologische Einschränkungen
- Lebensverlängernd **mit** schweren neurologischen Einschränkungen
- Lebensverlängernd, aber Patient:in wird das **Spital nicht mehr verlassen** **Schneiderman 1990**
- Lebensverlängernd, aber Patient:in wird die **Intensivstation nicht mehr verlassen**
- Lebensverlängernd, aber Patient:in wird **das Bewusstsein nicht mehr erlangen**

Universität Basel **Fallbeispiel**

Die **Überlebenschance** liegt zwischen **1% und 5%**, wobei das **Risiko >90% ist, dass schwere, bleibende Gehirnschäden** zurückbleiben.

- Was soll die Ärztin der Ehefrau antworten?


Es braucht eine **transparente Diskussion zum Therapieziel**. Wichtig ist, **wo Herr B. selbst die Schwelle gesetzt hätte** (quantitativ und qualitativ, d.h. neurologischen Schäden subjektiv akzeptabel?)

Entlastung der Angehörigen (cave: Studien zeigen erhöhte Gefahr für posttraumatisches Syndrom bei Angehörigen, die den Eindruck bekommen, sie wählen zwischen Leben und Tod des Patienten)

Universität Basel **Fallbeispiel**

- Die Forderung nach einer vergeblichen Behandlung ist oft ein Ersatz für ein Bedürfnis mehr existentieller Art, das die ganze Bandbreite persönlicher, emotionaler, kultureller und spiritueller Bedürfnisse einschliesst.


Vivas L, Carpenter T. J Med Ethics 2021;47:654–656. doi:10.1136/medethics-2020-106232


Universität Basel

Schlussfolgerungen

- Eine prozessgesteuerte Entscheidungsfindung ermöglicht es, sowohl die quantitativen als auch qualitativen Aspekte von „Futility“ zu berücksichtigen und die Verhältnismässigkeit von Therapien auf der Basis der Werte von Patient:innen zu evaluieren.
- Eine Versorgung, die kein für die Patient:in akzeptables Ergebnis erzielt, steht im Widerspruch zu den ärztlichen Pflichten, die Patientenautonomie zu respektieren.
- Die Empfehlung des Behandlungsteams, entweder mit einer Intervention fortzufahren oder darauf zu verzichten, wird von den Familien gut aufgenommen, wenn sie im Kontext der Patientenziele und -werte formuliert wird.

See Kopar et al. 2022


Universität Basel

Schlussfolgerungen

- Jede Intervention, ob laufend oder geplant, **sollte routinemässig als Behandlungsversuch** gestaltet werden, der einer ständigen Überprüfung unterliegt und die endgültige Entscheidungsfindung zu einem iterativen Prozess macht.
- Wenn der Nutzen der Intervention nachlässt, sollten die Behandler den Angehörigen bzw. Patient:innen erklären, dass die begonnene Therapie möglicherweise fehlschlägt und dass eine Weiterbehandlung mit Risiken und Belastungen einhergeht und dem Patienten unverhältnismässiges Leid zufügen kann.

See Kopar et al. 2022



Universität Basel

SAMW Richtlinien Tod und Sterben

Jede Intervention **sollte routinemässig als Behandlungsversuch** gestaltet werden:

„Die Wirkungslosigkeit...einer Therapie...zeigt sich in einer **Verschlechterung des Zustands des Patienten unter Therapie.**“


SAMW, Umgang mit Tod und Sterben: https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf


Universität Basel

Schlussfolgerungen

- Grundlegende Gespräche und Therapie-Empfehlungen sollten fokussiert darauf sein, **welche Ergebnisse (outcomes) für den Patienten akzeptabel oder nicht akzeptabel sind**, und nicht auf die Interventionen selbst.
- **Proaktive Kommunikation** mit Patienten und ihren Angehörigen bzw. Vertretern ist wichtig, um Konflikte frühzeitig zu erkennen und anzusprechen.

See Kopar et al. 2022



Universität Basel

Schlussfolgerungen

Häufige Fehler beim Gespräch mit Angehörigen/Patient:innen sind:

- Nicht die für die Patient:in akzeptablen Ergebnisse durch Diskussion mit ihr/ihm nahestehenden Personen zu eruieren;
- Ein Fokus auf Interventionen statt auf wahrscheinlichen Outcomes; und
- Vermittlung des Gefühls ethisch vergleichbarer Entscheidungsalternativen ohne die fachliche Empfehlung des behandelnden Teams.

See Kopar et al. 2022


Universität Basel

Schlussfolgerungen

- Die Schwelle „ausreichende Lebensqualität“ wird subjektiv durch die betroffene Patient:in definiert (expliziter oder mutmasslicher Wille)
- **Futility** (zweckmässig, zielführend) wird auf unterschiedlichen Ebenen definiert:
 - Patient:in
 - Medizinische Berufspraxis (Indikation)
 - Gesellschaft (kann Ressourcen begrenzen und die Schwelle erhöhen, wann sich Behandlungen «noch lohnen»)

Verhältnismässigkeit Nutzen/Schaden

Fallbeispiel	Definitionen (Futility)	Entscheidungsprozess	Schlussfolgerungen
<p>Futility: Teil- und Gesamtziel haben beide (1) quantitative messbare (Wahrscheinlichkeiten) als auch (2) qualitative und (3) Wertungsaspekte</p>			
<p>Teilziele</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Gesamtziel</p>		<ul style="list-style-type: none"> Teilziele: objektiv messbarer physiologischer Effekt Objektive (medizinisch erwünschte) Qualität (Wiederherstellen einer Funktion); z.B.: Durchblutung thrombosierter Blutgefäße erreichen Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das Teilziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) <ul style="list-style-type: none"> Übergeordnetes objektiv messbares Behandlungsziel: z.B. Spital verlassen mit ausreichender Lebensqualität Subjektive Bewertung der Lebensqualität (subjektive Definition der Schwelle: „ausreichende“ Qualität) Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das übergeordnete Ziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) 	
49			

Fallbeispiel	Definitionen (Futility)	Entscheidungsprozess	Schlussfolgerungen
<p>Futility: Teil- und Gesamtziel haben beide (1) quantitative messbare (Wahrscheinlichkeiten) als auch (2) qualitative und (3) Wertungsaspekte</p>			
<p>Teilziele</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Gesamtziel</p>		<ul style="list-style-type: none"> Teilziele: objektiv messbarer physiologischer Effekt Objektive (medizinisch erwünschte) Qualität (Wiederherstellen einer Funktion); z.B.: Durchblutung thrombosierter Blutgefäße erreichen Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das Teilziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) <ul style="list-style-type: none"> Übergeordnetes objektiv messbares Behandlungsziel: z.B. Spital verlassen mit ausreichender Lebensqualität Subjektive Bewertung der Lebensqualität (subjektive Definition der Schwelle: „ausreichende“ Qualität) Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das übergeordnete Ziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) 	
50			

Fallbeispiel	Definitionen (Futility)	Entscheidungsprozess	Schlussfolgerungen
<p>Futility: Teil- und Gesamtziel haben beide (1) quantitative messbare (Wahrscheinlichkeiten) als auch (2) qualitative und (3) Wertungsaspekte</p>			
<p>Teilziele</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Gesamtziel</p>		<ul style="list-style-type: none"> Teilziele: objektiv messbarer physiologischer Effekt Objektive (medizinisch erwünschte) Qualität (Wiederherstellen einer Funktion); z.B.: Durchblutung thrombosierter Blutgefäße erreichen Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das Teilziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) <ul style="list-style-type: none"> Übergeordnetes objektiv messbares Behandlungsziel: z.B. Spital verlassen mit ausreichender Lebensqualität Subjektive Bewertung der Lebensqualität (subjektive Definition der Schwelle: „ausreichende“ Qualität) Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das übergeordnete Ziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) 	
51			

Fallbeispiel	Definitionen (Futility)	Entscheidungsprozess	Schlussfolgerungen
<p>Futility: Teil- und Gesamtziel haben beide (1) quantitative messbare (Wahrscheinlichkeiten) als auch (2) qualitative und (3) Wertungsaspekte</p> <p>„Wirkungslos [gilt für beide] ist eine Therapie, wenn das Ziel nicht erreicht wird“*</p>			
<p>Teilziele</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Gesamtziel</p>		<ul style="list-style-type: none"> Teilziele: objektiv messbarer physiologischer Effekt Objektive (medizinisch erwünschte) Qualität (Wiederherstellen einer Funktion); z.B.: Durchblutung thrombosierter Blutgefäße erreichen Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das Teilziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) <ul style="list-style-type: none"> Übergeordnetes objektiv messbares Behandlungsziel: z.B. Spital verlassen mit ausreichender Lebensqualität Subjektive Bewertung der Lebensqualität (subjektive Definition der Schwelle: „ausreichende“ Qualität) Quantitativ: Wahrscheinlichkeit, das übergeordnete Ziel zu erreichen, datenbasiert (Prognosedaten) Bewertung: Definition einer Schwelle ist nötig (zu seltener, zu geringer Erfolg = „aussichtslos“) 	
<p>* SAMW Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen</p>			
52			



University of Basel
Institute for Biomedical Ethics

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit