

Med Klin Intensivmed Notfmed
<https://doi.org/10.1007/s00063-021-00897-y>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



Ethische Ad-hoc-Entscheidungsfindung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin

Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Guido Michels¹ · Jochen Dutzmann² · Gunnar Duttge³ · Annette Rogge⁴ · Susanne Jöbges^{5,6} · Steffen Grautoff^{7,8} · Stefan Meier⁹ · Uwe Janssens¹⁰ · Andrej Michalsen¹¹ · Sektion Ethik der DIVI e.V.¹² · Sektion Ethik der DGIIN e.V.¹³

¹ Klinik für Akut- und Notfallmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen, Eschweiler, Deutschland; ² Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale), Deutschland; ³ Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ⁴ Institut für Experimentelle Medizin, Medizinethik, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Kiel, Deutschland; ⁵ Medizinethik, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Zürich, Schweiz; ⁶ Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und postoperative Schmerztherapie, Klinikum Dortmund, Dortmund, Deutschland; ⁷ Sicherheit und Ordnung, Gefahrenabwehr, Kreis Herford, Herford, Deutschland; ⁸ Zentrale Notaufnahme, Klinikum Herford, Herford, Deutschland; ⁹ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ¹⁰ Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital Eschweiler, Eschweiler, Deutschland; ¹¹ Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinikum Konstanz, Konstanz, Deutschland; ¹² Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V., Berlin, Deutschland; ¹³ Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V., Berlin, Deutschland

Zusammenfassung

In Notaufnahmen sind tagtäglich Entscheidungen mit enormer medizinischer und ethischer Tragweite erforderlich. Diese müssen trotz Zeitdruck und hoher Arbeitsbelastung in allen sie betreffenden Dimensionen fachkundig getroffen werden. Eine Strukturierung anhand standardisierter Vorgehensweisen kann bei der ethischen Ad-hoc-Entscheidungsfindung hilfreich sein, vorausgesetzt, dass sie interdisziplinär und interprofessionell geschult und (vor)gelebt werden. Die vorliegende Ad-hoc-Entscheidungshilfe empfiehlt zur Evaluierung der Therapieentscheidung ein „ethical team time out“, in dessen Rahmen Patientenwille und medizinische Indikation strukturiert überprüft werden. Weitere Expertise (im Idealfall im Sinne einer Ad-hoc-Ethikberatung) sollte hinzugezogen werden, wenn Maßnahmen medizinisch nur fraglich sinnvoll sind und/oder die Zustimmung des Patienten fraglich ist.

Schlüsselwörter

Notaufnahme · Moral Distress · Team · Ausbildung · Leitlinie

Zusatzmaterial online

Die Onlineversion dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00063-021-00897-y>) enthält eine zusammenfassende Abbildung zur ethischen Ad-hoc-Entscheidungsfindung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher, männlicher und diverser Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

G. Michels und J. Dutzmann haben zu gleichen Teilen zum Manuskript beigetragen und teilen sich die Erstautorschaft.

Einleitung

Die zentrale Notaufnahme (ZNA) ist eine Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses, in der Patienten akutmedizinisch diagnostiziert und behandelt werden. Diese Patienten stellen sich ungeplant, also ad hoc, mit nichtdringlichen bis lebensbedrohlichen Erkrankungen vor. Das in einer ZNA tätige ärztliche Personal generiert sich in den meisten deutschen Notaufnahmen entsprechend der geforderten 6-monatigen Weiterbildungszeit der Gebiete innere Medizin und Chirurgie aus Weiterbildungsassistenten dieser Fachdisziplinen, die von ein bis zwei Fach-/Oberärzten supervidiert werden. Die Zahl der Patientenkontakte hat in der Notaufnahme bei meist gleichbleibender Personalstärke in den letzten Jahren stetig zugenommen [1]. Entscheidungen von enormer Tragweite, die unter diesen Bedingungen getroffen werden müssen, erhöhen die Belastung zusätzlich. In dieser Situation sind viele Assistenz- und nicht selten auch Fachärzte bei ethischen Entscheidungen aufgrund defizitärer medizinischer und -juristischer Aus- und Weiterbildung sowie geringer Berufs- und Lebenserfahrung oftmals überfordert. Insbesondere der Patientenwille sollte idealerweise frühzeitig, d. h. bereits in der ZNA, und nicht erst auf einer Intensivstation evaluiert und berücksichtigt werden. Um ethische Entscheidungen ad hoc bereits in der Notaufnahme umzusetzen, bedarf es einer regelmäßigen Fortbildung und einer praxisnahen Orientierungshilfe, die wir mit dieser Empfehlung geben möchten. Vergleichbare Überforderungen und Schwierigkeiten entstehen auch in der präklinischen Notfallmedizin. Aufgrund der strukturellen Unterschiede, die insbesondere weniger leicht mobilisierbare zusätzliche Expertise einschließt, und aufgrund der häufig eigenständigen Tätigkeit nichtärztlichen Personals und damit einer veränderten juristischen Bewertung wird ausschließlich auf die klinische Akut- und Notfallmedizin eingegangen.

„Moral distress“

Die notfallmedizinischen Versorgungssituationen beinhalten zahlreiche Faktoren, die häufig zu „moral distress“ führen. „Moral distress“ meint dabei in der Definition

von Fourie eine psychische Belastung, die durch moralische Konflikte, Dilemmata oder Einschränkungen der Handlungsfähigkeit ausgelöst wird. Sie wird aber auch durch Unsicherheit verursacht, welche ethischen Probleme und Werte oder moralischen Pflichten handlungsleitend sein sollen [2]. Das Phänomen „moral distress“ ist für die Notfallmedizin wie auch für viele andere Fachbereiche vorrangig für den pflegerischen Bereich untersucht und besonders herausgestellt worden [3–5]. Für den ärztlichen Dienst in den Notaufnahmen ist jedoch ebenso festzuhalten, dass insbesondere außerhalb der Regelarbeitszeiten Entscheidungen oft zwangsläufig und unter Zeitdruck von jungen Ärzten getroffen werden müssen. Aktuelle Studien zeigen, dass Weiterbildungsassistenten unter anderem bei unzureichender Erfahrung in vergleichbaren Situationen und aufgrund ihrer Position im hierarchischen System in besonderem Maß „moral distress“ erleben und darin neben psychischer Belastung auch eine Ursache für einen Berufswechsel zu sehen ist [6–8]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit von niederschwellig verfügbaren und praxisnah anwendbaren Entscheidungshilfen, um in der Notaufnahme ethisch gut begründete Entscheidungen treffen zu können.

Juristische Aspekte

Nach den gängigen Definitionen der Landesrettungsgesetze bedürfen Notfallpatienten einer umgehenden medizinischen Versorgung, weil sie sich in Lebensgefahr befinden oder ihnen ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht [9]. Nicht alle Patienten in einer Notaufnahme sind allerdings Notfallpatienten: Es bedarf daher einer strukturierten Ersteinschätzung (Triagierung) in der Verantwortung eines sachkundigen Beurteilers nach Maßgabe der Dringlichkeit.

Trotz der insoweit mitunter akuten Zeitnot werden die allgemeinen arztrechtlichen Grundsätze – Erfordernis einer sowohl ärztlichen als auch patientenseitigen Legitimation der Notfallmaßnahmen – nicht aufgehoben. Es gilt daher nicht die Devise: „Not kennt kein Gebot“! Wohl aber sind die Anforderungen zum Teil modifiziert: Insbesondere muss und darf in akuter Entscheidungsnot nicht zugewartet wer-

den, bis letzte Klarheit über den mutmaßlichen Patientenwillen gefunden wurde. Die auf begrenzter Informationsbasis durchgeführten Behandlungen verlieren ihre Berechtigung auch dann nicht, wenn sich im Nachhinein – auf breiterer Informations- und Faktenlage – ein abweichender Patientenwille offenbaren sollte („hindsight bias“ bzw. Rückschaufehler).

Ein unbedingter Überlebenswille („in dubio pro vita“) darf dem Patienten aber auch in Notfällen nicht blind-automatisiert unterstellt werden. Es muss geprüft werden, ob in dieser Entscheidungssituation triftige gegenteilige Anhaltspunkte vorliegen [10]. Stets ist gegenüber allgemeinen Mutmaßungen der aktuell geäußerte oder mutmaßliche Wille des konkreten Patienten vorrangig [11].

Die ärztliche Leitungsebene der Notaufnahme hat die Beachtung von Indikation und (mutmaßlichem) Patientenwillen sowie eine fachgerechte Versorgung (grundsätzlich nach Maßgabe des Facharztstandards) sicherzustellen. Sie trägt zugleich die Organisationsverantwortung für eine sachgerechte Auswahl, Instruktion und Beaufsichtigung des nachgeordneten ärztlichen Personals. Es bedarf insbesondere klarer Regelungen zum jeweiligen Verantwortungsbereich und zur Koordinierung der Prozessabläufe [12; § 823 BGB Rn 32]. Sogenannte „patientenferne Entscheider“ in Bezug auf die Festlegung von personellen und technischen Rahmenbedingungen auf übergeordneter Ebene sind allerdings im Schadensfall, auch wenn ihnen allein die kaufmännischen Angelegenheiten obliegen, keineswegs von rechtlicher Verantwortung – selbst strafrechtlicher – ausgenommen [13].

Entscheidungsfindung

„Ethical team time out“ (STOP)

Ein gemeinsames Innehalten – „team time out“ – ist in der operativen Versorgung von Patienten etabliert. Die Schaffung von interprofessionellen und interdisziplinären Standardvorgehensweisen, sog. „standard operating procedures“ (SOP) erleichtert insbesondere in der Notfallmedizin die Kommunikation und erhöht die Patientensicherheit [14, 15].

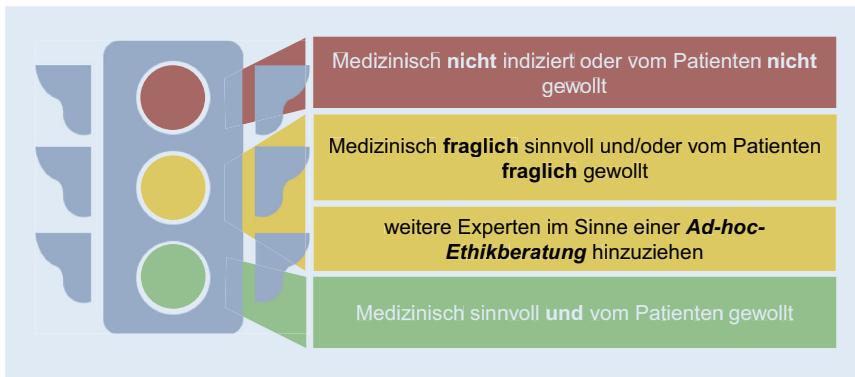


Abb. 1 ▲ Behandlungsentscheidungen in Form einer Ampel. Wenn Maßnahmen medizinisch nur fraglich sinnvoll und/oder nur fraglich gewollt sind („Ampel steht auf gelb“), ist es hilfreich, weitere Experten hinzuzuziehen

Die Etablierung eines „ethical team time out“ in der Notaufnahme soll die Aufmerksamkeit des Teams auf die Einschätzung und Bewertung des Therapieziels unter Einbindung des Patientenwillens lenken. Der Grundgedanke des „ethical team time out“ entspricht dem „10-Sekunden-für-10-Minuten-Prinzip“ aus dem Crisis Resource Management (CRM). Ein „ethical team time out“ schließt ein Innehalten (Akronym STOP) in der akuten Patientenversorgung ein, um laut („say it loud“) die Fragen nach dem Therapieziel („therapeutic goal“) und dem Patientenwillen („order of the patient“) zu formulieren. Jeder im Team ist im „ethical team time out“ aufgefordert, sich einzubringen („participate“), um eine multiprofessionelle Teamentcheidung herbeizuführen [16]. Durch die ethische Reflexion und Bewertung der Situation im „ethical team time out“ soll erreicht werden, über das akute Vorgehen hinauszudenken und dem Patienten eine angemessene Versorgung, seinem Willen entsprechend, anzubieten. Alle Informationen im Team zu teilen und ein gemeinsames Mitdenken zu ermöglichen, erfordert eine gute und strukturierte Kommunikation [17]. Eine Teamkultur, die „das Wohl des Patienten als ihre primäre berufliche Verantwortung“ („code of ethics“) begreift und das Ritual eines „ethical team time out“ standardisiert anwendet, verbessert sowohl die partizipative Entscheidungsfindung als auch die Transparenz der getroffenen Entscheidungen und stärkt somit die Patientenautonomie.

Evaluation der Therapieentscheidung

Die Behandlungsindikation ist eine Säule und Voraussetzung für das medizinische Handeln. Gerade in der Notfallmedizin, die vielfach durch die Anwendung algorithmisch aufgebauter Handlungsempfehlungen gekennzeichnet ist, muss beachtet werden, dass die Indikationsstellung nicht auf die Frage nach dem medizinisch Machbaren reduziert werden darf. Es muss stets überlegt werden, ob die Maßnahme für den individuellen Patienten angemessen ist [18, 19]. Die Indikation muss also immer das Ergebnis eines individuellen und aktiven Entscheidungsprozesses sein [20].

Die andere Säule medizinischen Handelns ist der Patientenwille. Um dem Patienten eine an seinem Willen und seinen Wertvorstellungen orientierte informierte Entscheidung zu ermöglichen, müssen alle medizinisch sinnvollen Optionen mit den sich daraus ergebenden Prognosen offen diskutiert werden. Auch die Möglichkeit einer palliativmedizinischen Behandlung, die oftmals keine Erwähnung findet, darf nicht unberücksichtigt bleiben [21]. Während der einwilligungsfähige Patient selbst entscheidet (*aktuell erklärter Wille*), muss bei nichteinwilligungsfähigen Patienten die Patientenverfügung (*vorausverfügter Wille*) nach Überprüfung der Wirksamkeit (primär durch Gesundheitsbevollmächtigten oder Betreuer, subsidiär in unaufschiebbaren Notfällen durch das Behandlungsteam) beachtet werden [10]. Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ohne (wirksame) Patientenverfügung sollte der mutmaßliche Wille mit dem ju-

ristischen Vertreter aus früheren Äußerungen und Wertvorstellungen (ethische und religiöse Überzeugungen) evaluiert werden. Je dringlicher eine Maßnahme und je bedeutsamer der mögliche Schaden bei Unterlassen der Maßnahme ist, umso weniger ist jedoch dem Arzt eine umfangreiche „Ermittlungspflicht“, z. B. durch Angehörigenbefragung, aufzuerlegen.

Werden Behandlungsentscheidungen in Form einer Ampel dargestellt, steht die Ampel auf „grün“, wenn Maßnahmen medizinisch indiziert *und* vom Patienten gewollt sind. Die Ampel steht auf „rot“, wenn Maßnahmen nicht indiziert sind *oder* vom Patienten nicht gewollt sind. Während in diesen Fällen eine sichere Entscheidungsgrundlage gewonnen werden kann, ist die Situation schwierig, wenn Maßnahmen medizinisch nur fraglich sinnvoll und/oder nur fraglich gewollt sind. In diesen Fällen ist es hilfreich, weitere Experten und im Idealfall ein Team für akute ethische Entscheidungsfindung, eine Ad-hoc-Ethikberatung, zu involvieren (■ **Abb. 1** und Abschnitt *Ad-hoc-Ethikberatung*).

Unsicherheiten und Lücken

Um differenziert das Therapieziel zu formulieren und eine Behandlungsstrategie festzulegen, bedarf es im Sinne eines „Mind the Gaps!“ (■ **Abb. 2**) der interprofessionellen Bewertung der beiden Säulen, die die Grundlagen jeder Behandlungsmaßnahme darstellen:

- Indikation (GAP 1):
 - Bewertung der Symptome bzw. der Diagnose(n) – „Grund benennen“;
 - Abwägen von Nutzen und Risiken der Therapieoption(en) unter Beachtung der Akuität;
 - Abschätzen der Prognose aller Behandlungsoptionen einschließlich möglicher palliativer Maßnahmen [18, 22];
- Patientenwille (GAP 2):
 - Ermittlung des Patientenwillens nach sorgfältiger Feststellung der Einwilligungsfähigkeit durch ein strukturiertes persönliches Gespräch soweit der Patient trotz des akuten Zustands noch einsichts- und urteilsfähig ist;

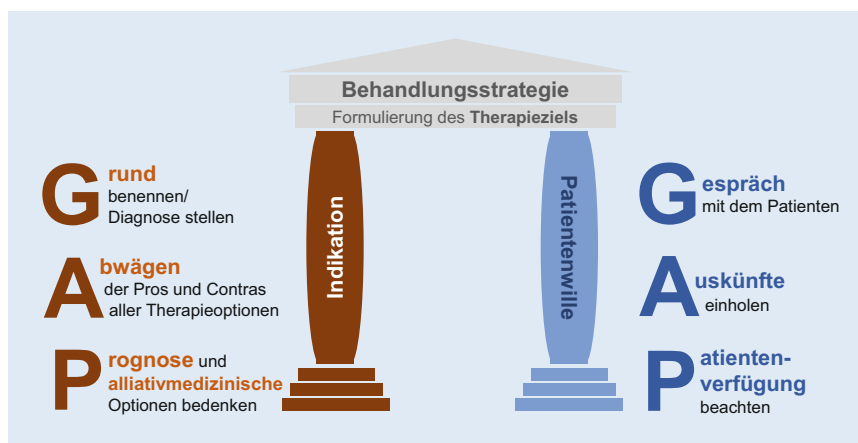


Abb. 2 ▲ Die Akronyme GAP können im Sinne eines „Mind the GAPs“ helfen, Lücken im Rahmen der Bewertung von medizinischer Indikation und Patientenwillen zur identifizieren und zu schließen

- Bei einwilligungsunfähigen Patienten Einholung von Auskünften über den Patientenwillen beim primär zuständigen Betreuer/ Bevollmächtigten, soweit erreichbar, hilfsweise eigene Einschätzung des mutmaßlichen Patientenwillens, ggf. auch durch Befragung der Angehörigen und sonst nahestehender Personen;
- obligate Befolgung einer Patientenverfügung, wenn sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft [22, 23].

Wenn – bei aller Knappheit an Zeit und Information – nicht beide Säulen bewertet, figurativ also nicht beide Lücken („gaps“) geschlossen werden, kann regelhaft keine Behandlungsentscheidung getroffen werden, die unter den jeweiligen Umständen zugleich das medizinisch Sinnvolle und den Patientenwillen bestmöglich berücksichtigt.

In Fällen akuter Handlungsnotwendigkeit ist die Entscheidungsfindung zur weiteren Schadensabwehr unverzüglich nachzuholen, sobald dies medizinisch vertretbar ist. Bis dahin dürfen und müssen akutmedizinische Maßnahmen nach Maßgabe des mutmaßlichen Patientenwillens vorgenommen werden.

Fälle, die mit hoher Unsicherheit behaftet sind, sollten zu Fortbildungszwecken und im Sinne des Risiko-/ Qualitätsmanagements regelmäßig im Team nachbesprochen werden. Zentrale strukturelle Voraussetzungen für retro-

spektive Fallreflexionen sind durch die Bundesärztekammer systematisch dargestellt worden [24].

Ad-hoc-Ethikberatung

Bei Ärzten zeigen sich nicht selten große Unsicherheiten hinsichtlich wichtiger ethischer Entscheidungen, insbesondere was den Verzicht auf („withholding“) oder das Beenden („withdrawing“) lebensverlängernde(r) Maßnahmen angeht [25]. In Notaufnahmen gibt es bislang allerdings keine standardisierten Vorgaben, medizinethische Expertise vorzuhalten.

Im Fall, dass Maßnahmen medizinisch nur fraglich sinnvoll und/oder nur fraglich gewollt sind („Ampel steht auf gelb“), sollen erfahrene Experten mit medizinethischer Fachkompetenz (z. B. Facharzt mit einer der Zusatzweiterbildungen „Intensivmedizin“ oder „klinische Akut- und Notfallmedizin“) hinzugezogen werden. Idealerweise sollten für diesen Fall lokale Strukturen in Abhängigkeit von der Versorgungstufe und der Größe eines Krankenhauses etabliert werden.

Nicht zuletzt aufgrund der stetig steigenden Anzahl zertifizierter Ethikberater im Gesundheitswesen dürfte sich in den kommenden Jahren jedoch zunehmend die Möglichkeit zur Etablierung eines professionellen Experten mit medizinethischer Kernkompetenz ergeben. Eine Ad-hoc-Ethikberatung sollte stets nach dem Mehr-Augen-Prinzip, d. h. unter Beteiligung von akutmedizinisch erfahrenen Ärzten und Pflegekräften, interdisziplinär

und interprofessionell erfolgen. Das multiprofessionelle Team sollte regelmäßig (mindestens einmal jährlich) an medizinethischen Fortbildungen teilnehmen. Durch eine Weiterqualifizierung von in Notaufnahmen tätigen Ärzten, z. B. basierend auf dem jüngst durch die Bundesärztekammer verabschiedeten „Curriculum Medizinethik“ [26], können Strukturen für eine Ad-hoc-Ethikberatung geschaffen und somit die Fachexpertise Medizinethik mittelfristig erworben und somit langfristig vorgehalten werden. Zukünftig könnte außerdem auf andere Konzepte, z. B. telemedizinische Ethikberatung, soweit zulässig, zurückgegriffen werden. Auf die Möglichkeit der Etablierung von hausinternen Ethiknotfallkarten sei zudem hingewiesen [27].

Ad-hoc-Entscheidungen und die oftmals zusätzliche Angehörigenbetreuung führen zu einer emotionalen Belastung aller Beteiligten. Daher sollte idealerweise eine notfallpsychologische Begleitung von Angehörigen und eine Unterstützung des Behandlungsteams erfolgen. Hierfür kann z. B. ein (Klinik-)Seelsorger oder ein Mitglied eines Kriseninterventionsteams im Rahmen der Ad-hoc-Ethikberatung konsultiert werden [28].

Die Entscheidungsgrundlagen sollen in der Krankenakte klar und nachvollziehbar hinterlegt werden. Ein Dokumentationsbogen, der den multiprofessionellen Entscheidungsprozess abbildet, sollte in diesem Kontext Anwendung finden, z. B. der entsprechend durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) entwickelte Dokumentationsbogen [29].

Eine zusammenfassende Abbildung zur ethischen Ad-hoc-Entscheidungsfindung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin ist in der Onlineversion dieses Beitrags zu finden.

Fazit

Die vorliegende Entscheidungshilfe dient dazu, Entscheidungen von enormer medizinischer und ethischer Tragweite bereits in Notaufnahmen auch unter Zeitdruck und hoher Arbeitsbelastung ad hoc nachvollziehbar und gut begründet treffen zu können. Grundsätzlich gilt trotz der besonderen Umstände in der klini-

schen Akut- und Notfallmedizin, dass jede Maßnahme sowohl einer ärztlichen als auch einer patientenseitigen Legitimation bedarf. Die organisatorische Verantwortung für die Beachtung von Indikation und (mutmaßlichem) Patientenwillen unterliegt der ärztlichen Leitungsebene der Notaufnahme. Standardvorgehensweisen können unter der Voraussetzung, dass diese entsprechend multiprofessionell geschult und (vor)gelebt werden, auch bei der ethischen Ad-hoc-Entscheidungsfindung in der Notaufnahme hilfreich sein. Diese strukturierte Ad-hoc-Entscheidungshilfe sollte ein „ethical team time out“ mit Augenmerk auf Patientenwillen und medizinische Indikation unter Berücksichtigung von möglichen Lücken („gaps“) beinhalten. Wenn eine Maßnahme nur fraglich sinnvoll und/oder vom Patienten nur fraglich gewollt ist, sollte eine Ad-hoc-Ethikberatung nach dem Mehr-Augen-Prinzip erfolgen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Guido Michels

Klinik für Akut- und Notfallmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen
Dechant-Deckers-Str. 8, 52249 Eschweiler, Deutschland
guido.michels@sah-eschweiler.de

Danksagung. Wir danken folgenden Mitgliedern der Sektion Ethik der DIVI e. V. und der DGIIN e. V.: Iris Barndt, Bochum; Boris Böll, Köln; Hilmar Burchardi, Bovenden; Peter Gretenkort, Krefeld; Christiane Hartog, Berlin; Kathrin Knochel, München; Michael Mohr, Bremen; Friedemann Nauck, Göttingen; Gerald Neitzke, Hannover; Fred Salomon, Lemgo; Anna-Henrikje Seidlein, Greifswald; Herwig Stopfkuchen, Mainz; Peter von Wichert, Hamburg. Wir danken des Weiteren der Sektion Akut- und Notfallmedizin der DGIIN e. V.: Sebastian Wolfrum, Lübeck; Hans-Jörg Busch, Freiburg; der Sektion Pflege der DGIIN e. V.: Carsten Hermes, Bonn; Tobias Ochmann, Hamburg; Patrick Focken, Bremerhaven; den Vorständen der DGIIN e. V. und der DIVI e. V.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Michels ist Sprecher der Arbeitsgruppe Kardiopulmonale Reanimation (AG42), stellvertretender Sprecher des Cluster A: Kardiovaskuläre Akut- und Intensivmedizin und Sprecher des Arbeitskreises Mechanische Kreislaufunterstützung (AK-MCS) der Arbeitsgruppe Interventionelle Kardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK); er erhielt gelegentlich Honorare für Vortragstätigkeiten von Pfizer, Novartis, Servier, Zoll, Getinge und Orion Pharma. Die Interessenkonflikte stehen in

keinem Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit. J. Duttme ist Sprecher der Sektion „Young DGK“ der DGK e. V. und erhielt Honorare für Beraterstätigkeiten von Novo Nordisk und Pfizer. Die Interessenskonflikte stehen in keinem Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit. G. Duttge, A. Rogge, S. Jöbges, S. Grautoff, S. Meier, U. Janssens und A. Michalsen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Gerlach F, Greiner W, Haubitz M, Meyer G, Schreyögg J, Thürmann P, Wille E (2018) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>. Zugegriffen: 2. März 2021
- Fourie C (2017) Who is experiencing what kind of moral distress? Distinctions for moving from a narrow to a broad definition of moral distress. *AMA J Ethics* 19:578–584
- Wolf LA, Perhats C, Delao AM et al (2016) “It’s a burden you carry”: describing moral distress in emergency nursing. *J Emerg Nurs* 42(1):37–46
- Zavotsky KE, Chan GK (2016) Exploring the relationship among moral distress, coping, and the practice environment in emergency department nurses. *Adv Emerg Nurs* 38(2):133–146
- Graeb F (2018) Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen: Eine quantitative Befragung von Pflegekräften, 1. Aufl. Springer, Wiesbaden
- Hildesheim H, Rogge A, Borzikowsky C et al (2021) Moral distress among residents in neurology: a pilot study. *Neurol Res Pract* 3(1):6. <https://doi.org/10.1186/s42466-021-00104-5>
- Kühlmeier K, Kuhn E, Knochel K et al (2020) Moralischer Stress bei Medizinstudierenden und ärztlichen Berufseinsteigenden: Forschungsdesiderate im Rahmen der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 63:1483–1490
- Van den Bulcke B, Metaxa V, Reyners AK et al (2020) Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observation study in 68 intensive care units across Europe and the United States. *Intensive Care Med* 46:46–56
- Killinger E (2009) Die Besonderheiten der Arzthaltung im medizinischen Notfall. Springer, Berlin/Heidelberg
- Neitzke G (2019) Ermittlung des Patientenwillens. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 54(7/8):474–483
- Duttge G (2017) Zur Reichweite von Lebensschutz und Selbstbestimmung im geltenden Sterbehilferecht. In: Bormann F-J (Hrsg) Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von Töten und Sterbenlassen. de Gruyter, Berlin/Boston, S 569–594
- Greiner H-P (2018) Kapitel Unerlaubte Handlungen (§§ 823–239 BGB). In: Spickhoff A (Hrsg) Medizinrecht. Kommentar, 3. Aufl. Beck, München
- Kudlich H, Koch J (2018) Reichweite einer strafrechtlichen Sanktionierung von Organisationsmängeln: Strafrechtliche Risiken der Leitungsebene. In: Duttge G (Hrsg) Das moderne Krankenhaus: Ort der „desorganisierten Kriminalität“? Universitätsverlag, Göttingen, S 89–105
- Holtel M (2017) Kommunikation: Die wichtigste Nebensache im OP. *Dtsch Arztebl Int* 114(39):1770–1771
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al (2019) Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360(5):491–499
- Michalsen A, Long AC, DeKeyser Ganz F et al (2019) Interprofessional shared decision-making in the ICU: a systematic review and recommendations from an expert panel. *Crit Care Med* 47:1258–1266
- Rall M, Koppenberg J, Hellmann L, Henninger M (2013) Crew Resource Management (CRM) und Human Factors. In: Moেকে H, Marung H, Oppermann S (Hrsg) Praxishandbuch Qualitäts- und Risikomanagement im Rettungsdienst: Planung, Umsetzung, Zertifizierung. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 149–157
- Neitzke G, Burchardi H, Duttge G et al (2016) Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin – Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 111:486–492
- Michalsen A, Neitzke G, Duttmann J et al (2021) Overtreatment in intensive care medicine: recognition, designation, and avoidance: position paper of the ethics section of the DIVI and the ethics section of the DGIIN. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 116(4):281–294
- Bundesärztekammer (2015) Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_Oekonomisierung.pdf. Zugegriffen: 19. Apr. 2021
- Schenker Y, Tiver GA, Hong SY et al (2012) Association between physicians’ beliefs and the option of comfort care for critically ill patients. *Intensive Care Med* 38:1607–1615
- Neitzke G (2014) Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 109:8–12
- Robertson A, Jöbges S, Sadovnikoff N (2020) Consent, advance directives, and decision by proxies. In: Michalsen A, Sadovnikoff N (Hrsg) Compelling ethical challenges in critical care and emergency medicine. Springer, Berlin, S 35–47
- Boy O, Chop I (2016) Methodischer Leitfaden Morbidität und Mortalitätskonferenzen (M & MK). https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf. Zugegriffen: 19. Apr. 2021
- Hansen C, Lauridsen KG, Schmidt AS, Løfgren B (2018) Decision-making in cardiac arrest: physicians’ and nurses’ knowledge and views on terminating resuscitation. *Open Access Emerg Med* 11:1–8
- Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (2021) Curriculum Medizinethik. <https://www.bundesaeztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/fortbildung/curricula-und-materialien/>. Zugegriffen: 28. Mai 2021 (1. Auflage)
- Volpe RL, Levi BH, Blackhall GF, Green MJ (2014) Ethics pocket cards: an educational tool for busy clinicians. *J Clin Ethics* 25(2):148–151
- Deffner T, Michels G, Nojack A et al (2020) Psychological care in the intensive care unit: task areas, responsibilities, requirements, and infrastructure. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 115(3):205–212
- Neitzke G, Böll B, Burchardi H et al (2017) Documentation of decisions to withhold or withdraw

life-sustaining therapies: recommendation of the Ethics Section of the German Interdisciplinary Association of Critical Care and Emergency Medicine (DIVI) in collaboration with the Ethics Section of the German Society for Medical Intensive Care and Emergency Medicine (DGIIN). Med Klin Intensivmed Notfmed 112(6):527–530

Ad hoc ethical decision-making in clinical acute and emergency medicine. Position paper of the Ethics Section of the German Interdisciplinary Association of Critical Care and Emergency Medicine (DIVI) in collaboration with the Ethics Section of the German Society of Medical Intensive Care and Emergency Medicine (DGIIN)

Decisions with considerable medical and ethical implications are made in emergency departments every day. Despite time pressure and high workloads, they have to be arrived at in an expert manner in all dimensions. For immediate ethical decisions, structuring the decision-making process in the form of standard procedures can be helpful, provided that they are trained and practiced in an interdisciplinary and interprofessional manner. The support for ad hoc ethical decisions presented here recommends an “ethical team time out” for the evaluation of treatment choices, in a framework where the patient’s will and medical indication are examined and completed in a structured manner. Further experts (ideally, an ad hoc clinical ethics consultation) should be consulted if the treatment measure is of questionable medical benefit and/or of questionable patient consent.

Keywords

Emergency room · Moral distress · Team · Training · Guideline