Review Articles | Intensive Care Medicine

Wie sollte man ein strukturiertes Angehörigengespräch auf einer Intensivstation führen und dokumentieren?

How to lead and document a structured communication with relatives in the intensive care unit?

O. Kumpf[1] · S. Ostmeier[2] · J.-P. Braun[3] · C. Spies[1] · U. Haase[1] · C. Denke[1] · S. Jöbges[1]

▶ **Zitierweise:** Kumpf O, Ostmeier S, Braun JP, Spies C, Haase U, Denke C et al: Wie sollte man ein strukturiertes Angehörigengespräch auf einer Intensivstation führen und dokumentieren? Anästh Intensivmed 2019;60:244–253. DOI: 10.19224/ai2019.244

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Wohl des Patienten ist die zentrale Aufgabe einer ärztlichen Behandlung. Aus juristischer, medizinischer und ethischer Sicht ist es notwendig, anhand des medizinischen Fachwissens und des Patientenwillens eine gemeinsame Entscheidung („shared decision") in diesem Sinne zu treffen. Aus dieser Forderung folgt, dass die Prinzipien einer Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin – Indikation zur Therapie, Wille des Patienten und Festlegung der Therapieziele – nachvollziehbar festgehalten werden müssen.

Methode: Anhand vorliegender Empfehlungen wurde aus der gängigen Literatur zu dem Thema eine Strategie zur Führung und Dokumentation strukturierter Patienten- und Angehörigenkommunikation abgeleitet.

Ergebnis: Strukturierte Patienten- und Angehörigengespräche als wesentlicher Baustein sollten frühzeitig im Behandlungsverlauf erfolgen und in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Hierdurch können Angehörige in das Behandlungsgeschehen integriert werden. Teils widerstrebende Interessen von Patienten, behandelndem Team und Angehörigen können so erfasst, diskutiert und ausgeräumt werden. Die exakte Dokumentation der Gespräche ermöglicht eine transparente Darstellung der gewählten Therapie und Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsprozesses. Dies führt zur Vermeidung von Belastungsreaktionen bei den angesprochenen Gruppen.

Schlussfolgerung: Der Artikel fasst den gegenwärtigen Kenntnisstand zusammen und präsentiert grundlegende Elemente der Gesprächsführung und der Dokumentation. Der Vorschlag für ein Dokument zur Erfassung von Patienten- und Angehörigengesprächen wird präsentiert.

Summary

Background: The well-being of the patient is the central task of medical treatment. From a legal, medical and ethical point of view, it is necessary to make a shared decision on the basis of medical expertise and the will of the patient, which implies that the principles of decision-making in intensive care medicine – indication for therapy, will of the patient and determination of therapy goals – must be documented comprehensibly.

Method: Based on existing recommendations, a strategy for the management and documentation of a structured communication with patients and relatives is derived from the literature on the subject.

Result: Structured discussions with patient and relatives are an essential component of care. They should take place early in the course of ICU treatment, and should be repeated at regular intervals. This enables relatives to take part in the therapy process early on. Conflicting interests of patients, the treatment team and relatives may be detected, discussed and resolved. The documentation of the discussions leads to a transparent

1 Klinik für Anästhesiologie m. S. operative Intensivmedizin, Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin Corporate Member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin and Berlin Institute of Health, 10117 Berlin, Deutschland (Direktorin: Prof. Dr. C. Spies)

2 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Kliniken Landkreis Diepholz, (Direktor: Dr. F. Goesmann)

3 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Martin-Luther Krankenhaus, Berlin (Direktor: Priv.-Doz. Dr. J.-P. Braun)

Schlüsselwörter
Intensivmedizin – Kommunikation – Angehörige – Therapieindikation – Patientenwille

Keywords
Intensive Care Medicine – Communication – Relatives – Therapy Indication – Will of the Patient

presentation of the chosen therapy and the decision-making process. This helps to avoid stress reactions in the involved groups.

Conclusion: The article summarises the current state of knowledge and presents basic elements of communication and documentation. The proposal for a document to record this communication is presented.

Einleitung

Die Fortschritte einer hochspezialisierten Intensivmedizin ermöglichen es, schwer erkrankte Menschen in lebensbedrohlichen Situationen erfolgreich zu behandeln. Durch eine intensivmedizinische Therapie können Patienten nach der Erkrankung ein gelungenes Leben mit subjektiv guter Lebensqualität führen. Dennoch bleibt ein erheblicher Prozentsatz von Patienten mit körperlichen und psychosozialen Einschränkungen zurück [1–3]. Die Vermeidung dieser langfristigen körperlichen, kognitiven und psychosozialen Behandlungsfolgen, die unter dem Begriff Post Intensive Care Syndrome (PICS) und Chronic Critical Illness (CCI) zusammengefasst werden, rückt in der Intensivmedizin zunehmend in den Vordergrund. Ob eine Einschränkung der langfristigen Lebensqualität akzeptiert wird, ist vom Patienten und seinen Vorstellungen über ein gelungenes Leben abhängig. Da eine Prognose im Rahmen einer intensivmedizinischen Maximaltherapie häufig schwierig zu stellen ist, kommt der regelmäßigen Kommunikation zwischen dem behandelnden Team und dem Patienten, seinen Angehörigen bzw. seinen Vertretern eine zentrale Bedeutung zu.

Leitender Maßstab einer medizinischen Behandlung ist das Patientenwohl. Dies beinhaltet neben guter Behandlungsqualität und gerechter Verteilung von Ressourcen vor allem die Sorge um die Ermöglichung der Selbstbestimmung für den Patienten [4]. Hier ergeben sich häufig Schwierigkeiten im intensivmedizinischen Behandlungsbereich, da der Patient regelhaft auf Grund von Bewusstseinseinschränkungen nicht an einer Entscheidung seinen weiteren Lebensentwurf betreffend teilnehmen kann. Diese Überlegungen müssen daher in der überwiegenden Zahl der Fälle mit Angehörigen oder Betreuern geklärt werden. Dabei ist zu beachten, dass sich im Rahmen der ersten Kommunikation auch rechtlich Schwierigkeiten ergeben können, die durch einen Widerstreit zwischen dem Themenkomplex ärztliche Schweigepflicht und dem Bedürfnis von Familienangehörigen und Bezugspersonen nach Auskunft bedingt ist. Umso wichtiger ist die Klärung dieser Aspekte z.B. durch rasches Anstreben einer Betreuung oder das Aufsetzen einer Vollmacht, wenn dazu (noch) Gelegenheit ist. Das Agieren in einer solchen Grauzone sollte situativ angepasst innerhalb des rechtlichen Rahmens erfolgen.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat in ihren Qualitätsindikatoren festgelegt, wann und mit welchem Inhalt diese Gespräche erfolgen sollen (Tab. 1) [5]. Wichtig ist es, in die Gespräche alle Berufsgruppen, die unmittelbar an der Behandlung beteiligt sind, einzubeziehen.

Ein erstes Gespräch sollte innerhalb der ersten 48 Stunden zur Erklärung der Diagnose, der Behandlungsoptionen und einer Ersteinschätzung der Prognose durchgeführt werden. In der Folge empfiehlt es sich, ca. alle 7 Tage Gespräche

Tabelle 1
Auszug DIVI-Qualitätsindikator VIII [5].

Ausprägung	Dokumentation einer strukturierten Patienten- und Angehörigenkommunikation
Begründung	Die Ermittlung des Patientenwillens ist bei der Planung und Durchführung der Intensivtherapie von höchster Bedeutung. Nur das Zusammenspiel von korrekter medizinischer Indikationsstellung und dem ermittelten Willen des Patienten führt zu angemessener Therapie und vermeidet Konflikte mit Patienten und Familie. Die Kommunikation dieser Therapieziele zwischen Intensivpersonal und Patienten und Angehörigen dient neben der Vertrauensbildung der Reduktion von Trauer und trauerinduzierter Morbidität (Depression, PTSD) beim Patienten und seiner Familie. Sie dient ebenfalls der Vermeidung von personalbezogener Morbidität. Um Kommunikationsergebnissen nachhaltig zu einer Konsequenz zu verhelfen, ist deren Dokumentation zwingende Voraussetzung. Für die Verarbeitung der kritischen Erkrankung eines Familienmitglieds nützt die Führung eines Tagebuchs. Die Abfrage der Patienten- und/oder Angehörigenzufriedenheit hilft der Abteilung, die Prozesse ggf. anzupassen.
Erklärung der Terminologie	Dokumentation von Angehörigengesprächen von Patienten, die nach einem kritischen Ereignis auf einer Intensivstation behandelt werden. Als kritisches Ereignis gilt die notfallmäßige oder ungeplante Aufnahme oder eine plötzliche Zustandsveränderung im Behandlungsverlauf. Innerhalb von 48 Stunden nach dem Ereignis und in Folge mindestens einmal pro Woche soll ein Gespräch dokumentiert werden, dessen Inhalte folgenden Anforderungen gerecht werden: 1. Erläuterung des aktuellen Status des Patienten 2. Gegenwärtige Behandlungsplanung 3. Ermittlung des Patientenwillens faktisch oder mutmaßlich durch Patienten selbst oder Angehörige. Ermittlung der Perspektive der Angehörigen, sofern der Patient nicht frei für sich sprechen kann. 4. Inwieweit können Patientenwille und Therapieziele in Übereinstimmung gebracht werden 5. Angabe von kurzfristigen, mittelfristigen Zielen/Prognose durch die Behandelnden 6. Fazit/Festlegungen/Konsequenzen Eine detaillierte Darstellung von Aspekten der Gesprächsführung ist in den Positionspapieren der DIVI von 2006 und 2012 zu finden. Jedes Gespräch soll mit Angabe der Teilnehmer (inkl. Repräsentation im interprofessionellen Behandlungsteam) und dem aktuellen Datum dokumentiert werden.
Richtwerte	1. Struktur: Dokumentationsvorlage vorhanden (ja = 100%) 2. Prozess: Erstgespräch innerhalb 48 Stunden nach Aufnahme und weiterhin mindestens ein Gespräch/Woche danach (ja >70%) 3. Prozess: Korrekte formale und inhaltliche Dokumentation (ja >70%)

durchzuführen, zur Schilderung der aktuellen Situation des Patienten und um mitzuteilen, welche Maßnahmen kurz- und mittelfristig geplant sind. Entscheidend ist die unmissverständliche Dokumentation der festgelegten Therapieziele. Im Anhang ist der Vorschlag für einen Dokumentenentwurf hinterlegt, der an die eigenen Gegebenheiten angepasst werden kann.

Grundsätzliche Aspekte der Gesprächsführung

Für die Mehrzahl der Patienten und Angehörigen ist die Behandlung auf einer Intensivstation ein unerwartetes Ereignis und es bestehen kaum Vorerfahrungen. Diese Ausnahmesituation provoziert Verängstigung und Verunsicherung. Es besteht einerseits ein großes Informationsbedürfnis, andererseits werden medizinische Zusammenhänge in dieser Ausnahmesituation schwer verstanden. Eine zielgerichtete Kommunikation wird durch Orientierung an kommunikativen Regeln für Arzt-Patienten-Gespräche erleichtert.

Die strukturierte Kommunikation verfolgt daher vier Ziele: 1. das Sammeln von Informationen über den Wissensstand des Patienten oder dessen Vertreter; 2. die Mitteilung medizinischer Fakten in Abhängigkeit von den Patienten- oder Angehörigenbedürfnissen; 3. das Signalisieren von Unterstützung; 4. die Entwicklung eines Behandlungsplans.

Es hilft, sich bei der Planung und Durchführung des Gesprächs am sogenannten SPIKES-Protokoll zu orientieren. Es umfasst sechs verschiedene Aspekte einer Aufklärung eines Patienten oder Angehörigen [6]. Das Protokoll ist in Tabelle 2 zusammengefasst. Eine zusätzliche Merkhilfe für die Kommunikation ist: **Ask** (Angehörige fragen, wie sie informiert werden wollen und augenblickliches Verständnis der Angehörigen erfragen) – **Tell** (klare Informationen – verständlicher Umfang – verständliche Formulierung) – **Ask** (Verständnis der Angehörigen erfragen: „Was bedeuten die Informationen für Sie?“).

Zunächst sollte für eine ruhige, ungestörte Umgebung gesorgt werden. Sinnvoll ist ein gesondertes Zimmer mit mehreren Stühlen (z.B. für Bezugspersonen) und ohne „Durchgangsverkehr“. Für das Gespräch muss ausreichend Zeit eingeplant werden. Falls es im Patientenzimmer stattfindet, sollten nach Möglichkeit keine weiteren Patienten anwesend sein.

Nach Vorstellung mit Namen und Funktion werden die Beziehungsverhältnisse zwischen Angehörigem und Patient erfragt, falls diese unklar sind. Anfänglich sollte das Wissen bezogen auf die Erkrankung unter Einbeziehung von Gedanken zu deren Ursache erfragt werden. Hier könnten Schuldgefühle vorhanden sein und sollten angesprochen werden. Die zu vermittelnden Informationen sollten überschaubar sein (max. 2–3 Hauptinformationen pro Gespräch). Da bei der Bewältigung so komplexer Situationen sowohl der informationssuchende als auch der informationsmeidende Stil von den Betroffenen gewählt werden kann, sollte nach dem Informationsbedürfnis gefragt werden. Im nächsten Schritt wird die Bereitschaft, über die aktuelle Situation aufgeklärt zu werden oder kurz „die Diagnose“ zu erfahren, vorsichtig erfragt: „Ich würde jetzt gerne mit Ihnen über die aktuelle Situation sprechen. Ist das in Ordnung?“. Abhängig von der Antwort wird geklärt, ob dann auch über eine „schlechte Nachricht“ gesprochen werden kann. Eine negative Nachricht sollte immer angekündigt werden: „Es tut mir sehr leid, dass ich Ihnen keine besseren Nachrichten überbringen kann“. Die Mitteilung selbst sollte mit einem abgestimmten und gut verständlichen Vokabular und nicht ausschweifend vorgenommen werden. Im Anschluss an diese Mitteilung muss genügend Zeit sein, um auf die gefühlsmäßigen Reaktionen des Patienten oder Vertreters eingehen zu können. Dabei wirkt die

Tabelle 2
SPIKES-Protokoll: Kriterien zur Gesprächsführung (nach Baille et al. [6]).

Kriterium	Beispiele
S = **S**etting up the Interview geschützte Umgebung schaffen	• Bezugspersonen mit einbeziehen • Hinsetzen, auf gleicher Augenhöhe • Unterbrechungen vermeiden
P = Assessing the patient's **P**erception Einschätzung der Patientenwahrnehmung	• „Was wissen Sie bisher über Ihre medizinische Situation?“ • „Ich würde jetzt gerne mit Ihnen über die aktuelle Situation sprechen. Ist das in Ordnung?“
I = Obtaining the patient's **I**nvitation Einschätzen der Bereitschaft, die schlechte Nachricht aufzunehmen	• „Wie soll ich Ihnen die aktuelle Situation vorstellen? Soll ich Ihnen alle Ergebnisse ausführlich beschreiben oder nur die wichtigsten Ergebnisse skizzieren und eher den Behandlungsplan ausführlich beschreiben?“
K = Giving **K**nowledge and information to the patient Warnung vor der Mitteilung der schlechten Prognose und achtsame Kommunikation der Diagnose	• „Es tut mir sehr leid, aber ich muss Ihnen sagen, dass….“ • Anpassung an das Patientenvokabular • Nutzung „nichttechnischer“ Worte • Meidung von zu viel Direktheit • Mitteilen der Informationen in kleinen Einheiten • Vermeiden von Phrasen
E = Addressing the patient`s **E**motions with empathic responses Emotionen der Patienten widerspiegeln und mit empathischen Äußerungen Unterstützung signalisieren	• Erfassen der Emotionen (z.B. Trauer, Wut, Schock) • Benennen der Gefühle • Identifikation der Ursache für die Emotion • Patienten Raum geben, um ihre Gefühle auszusprechen: „Sie können ruhig weinen, das ist doch ganz normal“.
S = **S**trategy and summary abhängig vom Befinden des Patienten wird das weitere Vorgehen ausführlich besprochen	• auf Aufnahmefähigkeit achten • Ängste und Ungewissheit vermindern • Patientenwünsche berücksichtigen • Missverständnisse verhindern • Aussicht auf weitere Gesprächsmöglichkeiten

Entpathologisierung von Emotionen entlastend. Teils müssen Gefühlsäußerungen bewusst „erlaubt“ werden, damit der Patient oder dessen Vertreter nicht meint, „sich zusammenreißen zu müssen“. Zuletzt wird immer das weitere Vorgehen besprochen. Dies soll einen Ausblick auf die weitere Therapie geben und Hoffnung vermitteln. Dieser Ausblick muss selbst dann erfolgen, wenn die exakte Diagnose oder die schlechte Nachricht nicht kommuniziert werden konnten. Die Ankündigung eines Folgegesprächs und das Angebot weiterer Unterstützung sind nötig. Sätze wie „Wir können nichts mehr tun.“ dürfen nicht den Abschluss bilden. Gerade die Definition des Therapieziels mit der daraus resultierenden Behandlung zeigt, dass im Sinne des Patienten bis zum Schluss gehandelt wird. Dies signalisiert ein Behandlungskontinuum an Patient und Familie und stärkt das Vertrauen in das Therapieteam.

Sollten der Patient und/oder die Angehörigen sich einem Gespräch entziehen, nicht an einer Entscheidung beteiligt sein wollen oder eine unrealistische Erwartungshaltung äußern, dann ist eine partizipative Entscheidungsfindung (d. h. gemeinsame Entscheidung im Konsens) schwierig.

Durch die am Patienten bzw. seiner Familie orientierte Gesprächsatmosphäre sollen unterschiedliche Ziele erreicht werden:

1. Die Belastungssituation für den Patienten und Angehörigen soll vermindert werden [7].
2. „Empowerment“ oder Selbstkompetenz sollen gestärkt werden. Hierbei wird durch die Gesprächsführung ein Prozess der Selbststärkung unterstützt und der Patient – oder der Vertreter – in die Lage versetzt, sein Gefühl von Machtlosigkeit („Powerlessness“) und fehlendem situativen Einfluss zu überwinden [8].
3. Durch die strategische Ausrichtung des Gesprächs auf die Zukunft kann eine Klarlegung der Unterschiede zwischen prinzipiell machbarer und sinnvoller Therapie erfolgen. Die Versicherung, dass immer eine Therapie durchgeführt wird, jedoch mit auf den Patienten abgestimmten Zielen, ist ein wichtiger Schritt zur Überwindung von Hilflosigkeit [9].

Medizinische Inhalte der Gespräche

Im Gespräch sollte es Patienten/Angehörigen ermöglicht werden, die komplexe Situation zu erfassen und zu verstehen. Ziel ist eine Situationsbeschreibung (Diagnose und Indikation einer Therapie) sowie die daraus folgenden Therapieoptionen zu erläutern, um Entscheidungen gemeinsam zu tragen [4,10]. Konkret wird im Entscheidungsbaum einer medizinischen Behandlung zunächst die medizinische und ärztliche Indikation der Maßnahmen geprüft. Die Indikation, als Grundlage einer Heilbehandlung, beinhaltet die Prozesse zwischen Diagnostik, Wahrnehmung und Bewertung der Situation des Patienten sowie die daraus resultierenden Behandlungsmöglichkeiten. Erhobene Befunde werden gewertet, und dem aktuellen medizinischen Wissensstand entsprechende weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen abgeleitet. Lässt sich eine klare Indikation für eine Maßnahme erstellen, wird ein Therapieangebot gemacht. Eine nicht indizierte oder kontraindizierte Therapie darf nicht angeboten werden. Dies bedeutet, dass im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung bei fehlender Indikation die Möglichkeit zum direkten Therapieabbruch besteht [11].

Schwierigkeiten entstehen häufig, wenn bei durchzuführenden Maßnahmen Unsicherheiten bestehen, vor allem wenn im Zusammenhang mit der bestehenden Erkrankung noch keine endgültigen Erkenntnisse bezüglich der Diagnose und Prognose vorliegen [12,13].

Die aus der medizinischen Indikation abgeleiteten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten werden dann auf den individuellen Patienten angewendet. Dies fordert im ärztlichen Entscheidungsprozess, die aktuelle Lebenssituation des Patienten mit seiner körperlichen Verfassung, seiner individuellen Lebensgestaltung und seinen Wertvorstellungen zu berücksichtigen. Hierbei kommt der Kommunikation mit den Angehörigen eine zentrale Bedeutung zu. Darauf basierend lässt sich ein individuelles Therapieziel (kurativ, lebensverlängernd, Verbesserung der Lebensqualität, Symptomlinderung oder palliativ) definieren [11,13,14].

Dieses Therapieziel muss mit dem Patienten bzw. seinem Stellvertreter besprochen werden. Im nächsten Schritt wird nun der Patientenwille ermittelt und abgeklärt, ob das erforderliche Einverständnis zur Behandlung erteilt wird, ohne das eine Therapie ebenfalls nicht durchgeführt werden darf. Die Kommunikation mit dem Patienten bzw. seinem Stellvertreter ist hierbei ebenso sehr wichtig. Sie kann sich an dieser Stelle schwierig gestalten. Das Ziel der strukturierten Gespräche ist es, solche möglichen Konflikte zu identifizieren und konstruktiv zu lösen, um eine patientenzentrierte Entscheidung im Sinne der Selbstbestimmung zu unterstützen.

Grundsätzliche Aspekte der Dokumentation

Die Dokumentation der Angehörigengespräche verfolgt zwei Ziele. Zum einen werden die festgelegten Therapieziele für das aktuelle Behandlungsteam und die an zukünftigen Behandlungen beteiligten Berufsgruppen transparent festgelegt. Es existiert eine Basis, auf der Festlegungen in ambulanten oder, falls erforderlich, stationären Einrichtungen im Sinne des Patientenwillens erfolgen können. Unnötige, den Patienten belastende Therapien werden vermieden und notwendige therapeutische Schritte (z.B. im Sinne einer Palliativtherapie) können ohne Verzögerung begonnen werden. Dies vermeidet Unsicherheiten bei den behandelnden Berufsgruppen sowie bei Patient und Angehörigen, und Entscheidungsprozesse sind auch im Nachhinein nachvollziehbar.

Ein zweiter Aspekt ist die rechtliche Sicherheit, da in der Dokumentation nachvollziehbar sein muss, welche Behandlungsmaßnahmen ein- bzw. ausgeschlossen wurden.

Die Inhalte bzw. ihre Dokumentation orientieren sich an den einschlägigen Publikationen z.B. der Bundesärztekammer und der DIVI [11,15]. Die grundsätzliche Abfolge der Klärung des medizinischen Sachverhalts ist oben beschrieben. Es müssen Therapieoptionen des aktuellen Krankheitsverlaufes kurz dargelegt werden. In Folge ist der konkrete Patientenwille, welcher direkt oder auf Basis des Angehörigengesprächs ermittelt wurde, zu dokumentieren. Daraus müssen sich Therapieziel und folgende Maßnahmen ableiten, die schriftlich begründet und festgelegt werden (Tab. 3). Hierbei können papiergebundene oder elektronische Dokumentationssysteme gleichwertig genutzt werden. Bei Verlegungen ist die Papierform zu bevorzugen, z.B. als Anhang an den Arztbrief. Die Festlegung von Therapiezielen und -maßnahmen kann stichwort- oder checklistenartig dokumentiert werden, so dass leicht verständliche Handlungsanweisungen (z.B. DNR bei EOLD) vorliegen.

Zum Thema Dokumentation der Therapiebegrenzung hat die Sektion Ethik der DIVI eine Dokumentenvorlage publiziert [16]. Sie fordert eine dreiteilige Dokumentation, die die nicht mehr durchzuführenden Maßnahmen im Sinne einer Negativliste aufzählt und zwingend den Grund der Begrenzung dokumentiert. Dieser kann wie erwähnt die fehlende Indikation oder die Ablehnung durch den Patienten beinhalten. In der Vorlage wird außerdem eine Autorisierung gefordert und eine Festlegung der Gültigkeitsdauer. Die Vorlage sieht vor, die Gültigkeit auf einen Aufenthalt zu beschränken. Allerdings scheint es uns sinnvoll, auch sektorenübergreifend, z.B. in Pflegeeinrichtungen, den Patientenwillen umzusetzen. Dafür ist im Sinne einer intersektoralen Schnittstelle diese Dokumentation gültig fortzuführen. Dies ist eine Forderung der intersektoralen Qualitätsindikatoren zur außerklinischen Beatmung [17]. Insbesondere im Bereich Notfallmedizin sind solche Aspekte wichtig, da gerade in Akutsituationen sonst nicht mehr indizierte Therapien begonnen werden [18].

Erstgespräch mit Angehörigen und Patienten

Dem Erstgespräch mit der Familie und je nach Zustand mit dem Patienten kommt eine wesentliche Bedeutung zu. Es ermöglicht ein Kennenlernen der Beteiligten, erklärt die Situation und mit ihr assoziierte Begriffe und öffnet eine möglichst bidirektionale offene Kommunikationsplattform. Wer aus dem Behandlungsteam am Erst- oder auch an den Folgegesprächen teilnimmt, hängt von den Gepflogenheiten einer Station und auch von den beteiligten Charakteren ab. Sicher ist ein interprofessioneller Ansatz wünschenswert, da hierdurch Defizite in der Team-Kommunikation evtl. verhindert werden [19].

Innerhalb des ersten Gesprächs erfährt das Behandlungsteam relevante medizinische Informationen. Zudem ist es wichtig, erste Fragen bezüglich des Patientenwillens zu formulieren. Die aktuelle Vertretersituation muss angesprochen werden (Vorsorgevollmacht, Betreuung vorhanden?). Kontaktmöglichkeiten in beide Richtungen werden festgehalten. Die Ansprechpartner innerhalb einer Familie sollten konstant bleiben. Eine erste Einschätzung der medizinischen Situation und des bisherigen Verlaufs inklusive der wahrscheinlichen oder tatsächlichen Diagnose und der Therapieoptionen wird übermittelt. Die Ermittlung des mutmaßlichen oder – wenn möglich – aktuellen Patientenwillens muss so exakt wie möglich erfolgen. Dabei sollten pauschale Begriffe (z.B. „Er wollte nie auf der Intensivstation liegen“ oder „Das hätte er nie gewollt“ oder „Er will die volle Therapie“) durch genaues Fragen differenziert werden. Das Angebot für weitere Gespräche oder psychosoziale Unterstützung inklusive seelsorgerischer Betreuung sollte unterbreitet werden. Falls sich in diesem Gespräch Konflikte über Therapievorstellungen von Angehörigen und denkbare Therapieindikationen absehen lassen, sollten immer kurzfristig weitere Gespräche vorgeschlagen werden. Es hat sich in der Praxis bewährt, dieses Gespräch anfänglich mit festen Ansprechpartnern durchzuführen, um eine Vertrauensbasis im Konfliktfall zu haben. Als Leitfaden einer Kommunikation mit den Angehörigen haben sich die VALUE-Empfehlungen [20,21] bewährt (Tab. 4).

Um eine möglichst authentische Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen, sind Informationen über die vorherige Lebenssituation und über Vorstellungen bezüglich der Lebensgestaltung (ggf. auch mit Einschränkungen der körperlichen und geistigen Möglichkeiten) notwendig. Häufig ist das Verhältnis der Angehörigen zu einem Patienten durch eine starke emotionale Bindung sowie die Angst vor Entscheidungen und damit verbundenen Schuldgefühlen geprägt [8,22]. Auch fehlendes medizinisches Verständnis beeinflusst die Gesprächsführung. Wichtig ist, den Angehörigen darzustellen, dass sie Entscheidungen nicht treffen müssen, sondern als Stimme für den Patienten im Rahmen der Ausnahmesituation wirken. Falls sich in diesem Gespräch rasch ein Konsens z.B. zur palliativen Therapie herausstellt,

Tabelle 3
Anforderung an die medizinischen Inhalte der Dokumentation eines Angehörigengesprächs (nach [5]).

1	Erläuterung des aktuellen Status des Patienten
2	gegenwärtige Behandlungsplanung
3	Ermittlung des Patientenwillens faktisch oder mutmaßlich durch Patienten selbst oder Angehörige. Ermittlung der Perspektive der Angehörigen, sofern der Patient nicht frei für sich sprechen kann
4	Inwieweit können Patientenwille und Therapieziele in Übereinstimmung gebracht werden?
5	Angabe von kurzfristigen, mittelfristigen Zielen / Prognose durch die Behandelnden (hier kann eine Zeitangabe sinnvoll sein oder ein Zeitlimit angegeben werden)
6	Fazit/Festlegungen/Konsequenzen

Tabelle 4
VALUE-Kriterien zur Verbesserung der Kommunikation mit Angehörigen auf der Intensivstation (adaptiert nach [20] und [23]).

V	Value family statements	Würdigen, was die Angehörigen sagen; Wertschätzung
A	Acknowledge family emotions	Gefühle zugestehen und bestätigen
L	Listen to the family	Zuhören
U	Understand the patient as a person	Fragen stellen, die es erlauben, die Persönlichkeit des Patienten zu verstehen
E	Elicit family questions	Angehörige zu Fragen ermuntern

sollten den Angehörigen Angebote zu erweiterten Besuchszeiten (ggf. erst nach Absprache im Behandlungsteam) und anderen Möglichkeiten (z.B. zur Vermittlung psychosozialer und seelsorgerischer Begleitung) zugesagt werden.

Folgegespräche

In den DIVI-Qualitätsindikatoren wird ein wöchentliches Gespräch als Mindeststandard bei langfristigen intensivstationären Verläufen empfohlen. Die Ausführlichkeit der Folgegespräche hängt von verschiedenen Faktoren ab. Sie beinhalten z.B. wesentliche neue Entwicklungen im Verlauf der Erkrankung und beschäftigen sich mit Fragen der langfristigen Prognose. Bei chronischen Intensivbehandlungen (CCI) ist neben dem Patientenwohl nun auch verstärkt die psychosoziale Unterstützung von Angehörigen wichtig, da viele Familienmitglieder bei langfristigen Verläufen zur Entwicklung von psychischen Störungen wie beispielsweise Anpassungsstörungen neigen [23].

Innerhalb der Folgegespräche sind die Inhalte vom Erstgespräch dann unterschiedlich, wenn sich abzeichnet, dass Etappen hin zum Behandlungsziel nicht erreicht wurden und eine Therapieziel-änderung überlegt werden muss. Hier kann sich zeigen, dass die anfängliche Kommunikation nicht ausreichend war und Konflikte zwischen behandelndem Team und Patient bzw. seinem Stellvertreter entstehen können. Um Konflikte zu lösen, kann eine klinische Ethikberatung angeboten werden, um wieder Konsens in der Therapie zu erhalten [24]. Insbesondere nach langwierigen Intensivaufenthalten ist bei einer Therapieziel-änderung hin zu Deeskalation oder Palliation die Expertise eines palliativmedizinischen Konsildienstes hilfreich. Neben der Symptomkontrolle besteht der Vorteil, eine medizinische Kompetenz außerhalb des intensivmedizinischen Teams mit einzubinden und so eine andere Perspektive zu ermöglichen. Im Fokus der palliativmedizinischen Behandlung steht die Lebensqualität, die Linderung körperlichen und psychischen Leidens, die Mitbetreuung der Angehörigen und gemeinsam mit dem Team die Planung der weiteren Versorgung. Dabei kann es sich um eine Verlegung in eine andere Einrichtung (Klinik, Palliativstation, Hospiz) handeln, aber auch um die Begleitung auf der Intensivstation bis zum Tod.

Schlussfolgerung

Die Behandlung in der Intensivmedizin hat in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte erzielt. Wie erwähnt sind langfristige negative Behandlungsfolgen (wie Post Intensive Care Syndrome (PICS) und Chronic Critical Illness (CCI)) als Behandlungsergebnis für viele Patienten nicht mehr akzeptabel.

Hierdurch ändern sich die Ansprüche an die Gesprächsführung, da in den Gesprächen selbst der Fokus nicht mehr allein das Überleben einer kritischen Erkrankung ist. Die dynamische Änderung der Prognose macht eine regelmäßige Kommunikation mit Patienten oder mit Familienangehörigen/anderen Bezugspersonen eines Patienten notwendig. Die Beachtung der genannten Kommunikationsregeln (VALUE) erleichtert den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient bzw. Angehörigen und dem Behandlungsteam [25]. Dies erleichtert die gemeinsame Entscheidungsfindung. Das Stufenkonzept der Therapiezielfestlegung – bestehend aus Ermittlung der Indikation, der Klärung des Patientenwillens unter Einbeziehung der hierzu auskunftsfähigen Personen und schließlich der Festlegung des Therapieangebots – ist ein etablierter Weg, um Entscheidungen im Sinne des Patienten rechtssicher zu treffen.

Dies verändert auch die Ansprüche an die Dokumentation. Je nachdem, wie komplikationsreich eine Behandlung verlaufen ist, ändern sich auch ggf. deren Ziele. Die Dokumentation dieser Zieländerung ist anspruchsvoll, da sie teilweise schwierige Interaktionen mit diversen Interessengruppen repräsentieren muss. Die hier vorgestellten Dokumentationsvorlagen können nicht die ausführliche Niederschrift wichtiger Gespräche in der Akte ersetzen, erleichtern aber die kontinuierliche Kommunikation und vermeiden Unsicherheit, wenn sich Behandlungsort oder -team ändern.

Es wäre wünschenswert, bereits im Vorfeld die Wünsche des Patienten zu erkunden und zu respektieren, um ungewünschte Behandlungsintensität zu vermeiden. Die zunehmende Anzahl immer älterer und somit auch gebrechlicher Patienten zwingt eigentlich zur präemptiven Klärung von Therapien im Sinne eines **Shared Decision Makings** und in Folge von **Advance Care Planning** [24,26–28]. Dieser Schritt weg von paternalistischer Medizin hin zu einer gemeinsamen bewussten Entscheidung wird zunehmend propagiert [20].

Auch wenn die Dramatik akuter lebensbedrohlicher Erkrankungen und die in kurzen Abständen zu treffenden Therapieentscheidungen oft der dezidierten Ermittlung von patientenindividuellen Präferenzen scheinbar im Wege stehen, führt diese letztendlich zu einer besseren Behandlung.

Die in der Anlage vorgestellten Dokumentationsvorlagen sollen für den speziellen

Fall der Intensivmedizin beitragen, potenzielle Defizite in der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen zu vermindern. Es ist aber auch erwünscht, eine Diskussion anzustoßen, die solche und ähnliche Dokumentationen in anderen Bereichen anregt.

Literatur

1. Wunsch H, Angus DC: The puzzle of long-term morbidity after critical illness. Crit Care 2010;14:121
2. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, Iwashyna TJ, et al: Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. Crit Care Med 2014;42:2518–2526
3. Flaatten H: Mental and physical disorders after ICU discharge. Curr Opin Crit Care 2010;16(5):510–515
4. Seaman JB, Arnold RM, Scheunemann LP, White DB: An Integrated Framework for Effective and Efficient Communication with Families in the Adult Intensive Care Unit. Ann Am Thorac Soc 2017;14: 1015–1020
5. Kumpf O, Braun JP, Brinkmann A, Bause H, Bellgardt M, Bloos F, et al: Quality indicators in intensive care medicine for Germany – third edition 2017. German medical science: GMS e-journal 2017;15:Doc10
6. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist 2000;5:302–311
7. Zilberberg MD, Shorr AF: Economics at the end of life: hospital and ICU perspectives. Seminars in respiratory and critical care medicine 2012;33:362–369
8. Schindler N, Schindler AW, Vagts D: Delivering bad news: How to improve communication with relatives. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2009;44:700–704
9. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD: Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med 2005;171:844–849
10. Barry MJ, Edgman-Levitan S: Shared decision making – pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med 2012;366(9):780–781
11. Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M et al: Therapieziel änderung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Anaesthesist 2013;62:47–52
12. Neitzke G: Unterscheidung zwischen ärztlicher und medizinischer Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg.): Medizinische Indikation und Patientenwille – Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende. Stuttgart: Schattauer Verlag 2008
13. Leitlinie zur Therapiebegrenzung der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München In: München L (Hrsg.): AG Therapiebegrenzung der Med. Klinik III am Klinikum der Universität München 2015
14. Neitzke G: Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 2014;109:8–12
15. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl International 2011;108: A346–A348
16. Neitzke G, Boll B, Burchardi H, Dannenberg K, Duttge G, Erchinger R, et al: 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 2017; 112:527–530
17. Kastrup M, Tittmann B, Sawatzki T, Gersch M, Vogt C, Rosenthal M, et al: Transition from in-hospital ventilation to home ventilation: process description and quality indicators. German medical science: GMS e-journal 2017;15:Doc18
18. Roessler M, Eulitz N: Notarzt und Palliativmedizin. Anästh Intensivmed 2018;59:430–438
19. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D: Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. Crit Care Med 2014;42:265–271
20. Curtis JR, White DB: Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. Chest 2008;134:835–843
21. Ratliff M, Neumann JO: Decision conflicts with relatives in the intensive care unit. Med Klin Intensivmed Notfmed 2016;111:638–643
22. Vagts D, Hartog CS: Kommunikation mit Angehörigen. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): End-of-Life Care in der Intensivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer 2013;127–131
23. Niecke A, Schneider G, Hartog CS, Michels G: Traumatized relatives of intensive care patients. Med Klin Intensivmed Notfmed 2017;112:612–617
24. Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Berlin: Deutscher Ethikrat 2016
25. Anderson WG, Cimino JW, Ernecoff NC, Ungar A, Shotsberger KJ, Pollice LA, et al: A multicenter study of key stakeholders' perspectives on communicating with surrogates about prognosis in intensive care units. Ann Am Thorac Soc 2015;12:142–152
26. Barry MJ: Shared decision making: informing and involving patients to do the right thing in health care. J Ambul Care Manage 2012;35:90–98
27. Hartog CS: Shared Decision-Making – gemeinsame Entscheidungsfindung. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): End-of-Life Care in der Intensivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer 2013;121–126
28. in der Schmitten J, Marckmann G: Patientenverfügungen und advanced care planning: Internationale Erfahrungen. Zeitschrift fur Medizinische Ethik 2013;59:213–226.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Oliver Kumpf

Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health
Charitéplatz 1
10117 Berlin, Deutschland

Tel.: 030 450-531108 oder
030 450-631108
Fax: 030 450-531952

E-Mail: oliver.kumpf@charite.de

Anlage

Dokumentationsvorlage Erstgespräch

Erstgespräch		**Aufnahmedatum**	
Datum	Beginn		Ende
Teilnehmer			
Aufnahme/Behandlungsdiagnose			
Primäres Behandlungsziel		kurativ	
		palliativ	
Vertreterregelung		Vorsorgevollmacht	
		Betreuung	
Patientenverfügung	ja	nein	
Gesprächszusammenfassung			
Folgende Themen wurden angesprochen:			
Folgende Therapiemöglichkeiten bestehen:			
Folgender Patientenwille wurde ermittelt:			
Indikation der Therapie:			
Zentrale Fragen der Angehörigen:			
Infomaterial/Broschüren übergeben:			
Gewünschte Unterstützung			
Home Care		Seelsorger	
Palliativdienst/Hospiz		Sonstige	
Ansprechpartner			
Name		Name	
Adresse		Adresse	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Folgegespräch geplant für	Datum		

Abkürzungen und Definitionen:

PTSD: „post traumatic stress disorder" = Posttraumatische Belastungsstörung

EOLD: End-of-Life Decision
Hierunter versteht man eine im Konsens erzielte Entscheidung über eine Therapiezieländerung, die eine Beschränkung von Behandlungsangeboten beinhaltet. Üblicherweise werden bestimmte intensivmedizinische Therapien vorenthalten (z.B. Intubation, Beatmung, Transfusion).

DNE: Do Not Escalate
Die Therapie wird nicht mehr über das aktuell etablierte Maß hinaus gesteigert. Bestimmte intensivmedizinische Therapien werden vorenthalten oder, wenn sie beendet werden konnten, nicht wieder begonnen (z. B. erneute Kathecholamintherapie, Gabe von Antiinfektiva bei neu aufgetretenen Infektionszeichen, NET bei akutem Nierenversagen). Im allgemeinen Sprachgebrauch wird von einem Einfrieren der Therapie gesprochen, wobei dies nicht korrekt ist, da die Entscheidung, nicht zu eskalieren, ein weiterhin dynamischer Prozess ist, der Anpassungen der Behandlungsverfahren erfordert.

DNR: Do Not Resuscitate = Vorenthalten der CPR
Dies kann bereits mit Beginn der Intensivtherapie festgelegt werden, wenn z. B. durch eine Reanimation das Behandlungsziel aussichtslos wird oder wenn der Patient diese Maßnahme von vorneherein kategorisch ausschließt.

AND: Allow Natural Death (einen einsetzenden Sterbevorgang nicht beeinflussen)
Bei dieser Vorgehensweise wird ein imminenter Sterbevorgang nicht behandelt. Eine palliativmedizinische Therapie wird begonnen oder intensiviert.

Best Supportive Care: Im Wesentlichen palliativmedizinisch orientierter Behandlungsansatz, bei dem der Patientenkomfort im Vordergrund steht. Er beinhaltet die Einbeziehung der Familie.

CPR: Cardiopulmonale Reanimation

NET: Nierenersatztherapie

Anlage

Dokumentationsvorlage Folgegespräch

Erstgespräch Nr.:		**Aufnahmedatum**	
Datum	Beginn		Ende
Teilnehmer			
Aktuelle Diagnose			
Aktuelles Behandlungsziel	kurativ		palliativ
Gesprächs-Zusammenfassung			
Folgende Themen wurden angesprochen:			
Zentrale Fragen der Angehörigen:			
Neues Therapieziel	kurativ	palliativ	
Therapieplan	DNR	AND	
	DNE	Best Supportive Care	
Limitierung	CPR	Intubation	
	NET	Transfusion	
	andere:		
Verlegung geplant	ja	Ziel:	
	nein		
Kommentare			

Erstgespräch Nr.:		**Aufnahmedatum**	
Datum	Beginn		Ende
Teilnehmer			
Aktuelle Diagnose			
Aktuelles Behandlungsziel	Kurativ		Palliativ
Zusammenfassung			
Folgende Themen wurden angesprochen			
Zentrale Fragen der Angehörigen			
Neues Therapieziel	kurativ	palliativ	
Therapieplan	DNR	AND	
	DNE	Best Supportive Care	
Limitierung	CPR	Intubation	
	NET	Transfusion	
	andere:		
Verlegung geplant	ja	Ziel:	
	nein		
Kommentare			