Therapiezieländerung, Comfort Terminal Care und Palliative Sedierungstherapie - Dos and Don'ts im Fokus

Interview mit Dr. Britta Fischill

Affiliationen der Interviewpartner:innen

1. Korrespondierende Autorin:
Univ.-Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. med. Barbara Friesenecker
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Anichstr. 35, A-6020 Innsbruck;
E-mail: barbara.friesenecker@i-med.ac.at ; Tel: +43 676 34 28 690
2. Helga Dier: Universitätsklinikum St. Pölten, Dunant-Platz 1, A-3100 St. Pölten;
E-Mail: helga.dier@stpoelten.lknoe.at
3. Sonja Fruhwald: Med. Universität Graz, Auenbruggerplatz 29, A-8036 Graz;
E-Mail: sonja.fruhwald@medunigraz.at
4. Eva Katharina Masel: Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, AKH, Medizinische Universität Wien; Währinger Gürtel18-20, A-1090 Wien;
E-Mail: eva.masel@meduniwien.ac.at
5. Thomas Pernerstorfer: KH der Barmherzigen Schwestern und Konventhospital der Barmherzigen Brüder, Seilerstätte 2, A-4021 Linz;
E-Mail: thomas.pernerstorfer@ordensklinikum.at
6. Christian Roden: KH der Barmherzigen Schwestern, Schlossberg 1, A-4910 Ried im Innkreis;
E-Mail: christian.roden@BHS.at
7. Julia Sieber: Salzkammergut-Klinikum; Bad Ischl - Gmunden-Vöcklabruck, Dr. Wilhelm-Bock- Straße 1, A-4840 Vöcklabruck;
E-Mail: julia.sieber@ooeg.at
8. Barbara Sitter: Klinik Floridsdorf, Brünner Straße 68, A-1210 Wien;
E-Mail: barbara.sitter@gesundheitsverbund.at
9. Jürgen Wallner: Barmherzige Brüder Österreich, Taborstrasse 16, A-1020 Wien;
E-Mail: juergen.wallner@univie.ac.at
10. Dietmar Weixler: Landesklinikum Horn-Allentsteig, Spitalgasse 10, A-3580 Horn; E-Mail: dietmar.weixler@horn.lknoe.at

Dr. Fischill - Lead

Therapiezieländerung, Comfort Terminal Care und Palliative Sedierungstherapie – Dos and Don'ts im Fokus

Wenn medizinische Therapie an ihre Grenze stößt und kurative Maßnahmen nicht mehr im Mittelpunkt stehen, rücken ethisch fundierte Entscheidungen, symptomorientierte Versorgung und kommunikative Klarheit in den Vordergrund. In diesem interdisziplinären Fachgespräch geben führende Expert:innen aus Anästhesie, Intensiv- und Palliativmedizin Einblick in die ärztliche Entscheidungsfindung am Lebensende. Thematisiert werden die korrekte Durchführung einer Therapiezieländerung (TZÄ), die Umsetzung der Comfort Terminal Care (CTC) und die differenzierte Anwendung der palliativen Sedierungstherapie (PST).

Im Zentrum stehen dabei nicht nur medizinische und rechtliche Grundlagen, sondern auch die praktische Relevanz für Teams in der stationären und intensivmedizinischen Versorgung – inklusive klarer Orientierungshilfen: Was ist geboten? Was ist zu unterlassen? Und wie kann gute Medizin auch im Sterben gelingen?

Britta Fischill: Obwohl es bereits zahlreiche fundierte Publikationen – auch aus Ihren Arbeitsgruppen – zu Themen wie Therapiezieländerung (TZÄ), Comfort Terminal Care (CTC) und Palliative Sedierungstherapie (PST) gibt, sprechen wir heute erneut darüber. Was macht dieses Thema gerade jetzt so aktuell und diskussionswürdig?

Barbara Friesenecker: Aufgrund der aktuellen Ereignisse konnten wir beobachten, dass es in einigen österreichischen Behandlungsteams zu großen Unsicherheiten und auch bedenklichen Schlussfolgerungen (medizinisch wie rechtlich) für den praktischen Umgang mit End of life decisions gekommen ist. Wir – Mitglieder der **ARGE Ethik** der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) – wollen daher gemeinsam im Rahmen dieses Interviews noch einmal das Wissen um die korrekte Durchführung von TZÄ, CTC und PST auffrischen und speziell darauf aufmerksam machen, was man darf und was man nicht darf.

Teil I: Therapiezieländerung (TZÄ) und Comfort terminal Care (CTC)

Britta Fischill: Wenn es um Entscheidungen am Lebensende geht, sind Begriffe wie Therapiezieländerung (TZÄ), Comfort Terminal Care (CTC) oder Palliative Sedierungstherapie (PST) von großer Bedeutung. Haben Sie den Eindruck, dass Ärzt:innen in Österreich mit

diesen Konzepten im klinischen Alltag sicher umgehen können – oder erleben Sie hier noch Unsicherheiten oder Missverständnisse?

Barbara Sitter: Sowohl Therapieentscheidungen rund um die Situationen am Lebensende als auch die Durchführung einer CTC im Rahmen der Sterbebegleitung sollten eigentlich mittlerweile zu den ganz normalen und alltäglichen Tätigkeiten österreichischer Ärzt:innen aller Fachdisziplinen gehören – sowohl an den Intensivstationen als auch an den Allgemeinstationen unserer Krankenhäuser. Die PST ist vielleicht ein wenig speziell, aber jede:r Ärztin/Ärzt sollte zumindest theoretisch wissen, was PST bedeutet – auch um sich des Unterschieds zur Analgosedierung im Rahmen einer TZÄ bewusst zu sein.

Britta Fischill: Die Umsetzung von Therapiezieländerungen (TZÄ), Comfort Terminal Care (CTC) und Palliativsedierungstherapie (PST) erfordert nicht nur medizinisches Fachwissen, sondern auch ein hohes Maß an ethischer und kommunikativer Kompetenz. Welche Probleme begegnen Ihnen in der Praxis besonders häufig?

Barbara Friesenecker: In der Praxis gibt es nach meiner Erfahrung immer wieder kommunikative Defizite. Dies kann dann anlassbezogen auch immer wieder schnell zur beobachteten Verunsicherung, zu Konflikten in Teams und zu falschen Schlussfolgerungen führen. Aufgrund der Vielfalt der Situationen am Lebensende ist es nicht sinnvoll, Therapieentscheidungen umfassend regulieren und formalisieren zu wollen. Es ist aber dennoch notwendig, Ärzt:innen ein gewisses ethisch und rechtlich fundiertes Basiswissen zu vermitteln, damit sie eigenständig schwierige medizinische Entscheidungen begründet treffen können.

Nur bei besonders komplexen klinischen Situationen, bei schwierigen Kommunikationssituationen innerhalb bzw. zwischen den Teams oder auch bei Schwierigkeiten mit Patient:innen und/oder deren An-, und Zugehörigen kann – so verfügbar – ein klinisches Ethik-Komitee um die Erarbeitung eines multidisziplinären Handlungsvorschlags gebeten werden, um so die schwierige Entscheidung durch einen breiteren Rücken tragen zu lassen.

Britta Fischill: Was genau versteht man unter einer Therapiezieländerung (TZÄ) am Lebensende – und welche ethischen sowie rechtlichen Grundsätze müssen, dabei unbedingt berücksichtigt werden?

Jürgen Wallner: Eine Therapiezieländerung (TZÄ) am Lebensende ist der Entschluss bei schwerer und weit fortgeschrittener Erkrankung, das Therapieziel (TZ) situationsangepasst von kurativ auf erhaltend, verzögernd oder palliativ umzustellen, auch wenn es unter Umständen noch technisch machbare medizinische Handlungen gäbe, diese aber wirkungslos und daher für die Patient:innen nicht mehr von Nutzen sind (1,2). Eine TZÄ sollte im Team aller involvierten Behandler:innen beschlossen werden (2). Die medizinische

Entscheidung muss sich an den ethischen Prinzipien Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit (3) orientieren. Der Patient:innenwille muss dabei Berücksichtigung finden (Prinzip der Selbstbestimmung; 4). Falls der:die Patient:in den eigenen Willen nicht selbst zum Ausdruck bringen kann, ist nach den Vorgaben des Erwachsenenschutzrechts (5) die Einbindung eines gesetzlichen Vertreters zur Erhebung des mutmaßlichen Patient:innenwillens geboten. Es steht also der ärztlichen Säule des Therapieziels/Indikation gleichberechtigt die Säule der Selbstbestimmung/des Patient:innenwillens gegenüber (2-Säulen-Modell; 1). Wenn es auf Grund ärztlicher Beurteilung keine Indikation für den Beginn oder die Fortführung einer technisch machbaren Handlung gibt, ist gerechtfertigt auf sie zu verzichten oder sie zu beenden. Wenn die: der Patient:in eine indizierte medizinische Behandlung nicht wünscht, ist diese zu unterlassen, selbst wenn sie vital notwendig wäre (5). Auf eine zeitnahe schriftliche Dokumentation des Entscheidungsprozesses – idealerweise mit einer:inem Gesprächszeug:in – ist zu achten.

Britta Fischill: Wenn von einem palliativen Therapieziel die Rede ist, auf welche Schwerpunkte sollten Ärzt:innen und Pflegepersonen dabei in der Versorgung von Patient:innen mit fortgeschrittener Erkrankung setzen?

Christian Roden: Mit einem palliativen Therapieziel steht bei schwerer und fortgeschrittener Erkrankung im Fokus ärztlicher und pflegerischer Bemühungen das Weglassen von nicht mehr wirkungsvollen, belastenden medizinischen Handlungen. Ärztliches und pflegerisches Bemühen muss bei fortgeschrittener Erkrankung auf Wohltun gerichtet sein mit einem längst möglichen Erhalt von Lebensqualität. Ziel ist „das gute Leben am Ende des Lebens“, das über Tage, Wochen, Monate und evtl. Jahre gehen kann. Am Lebensende muss schlussendlich eine fürsorgliche und menschliche Begleitung der sterbenden Person mit dem Ziel der bestmöglichen Symptomlinderung Ziel ärztlichen Handelns und Entscheidens sein, um ein Sterben in Würde im Rahmen einer CTC zu ermöglichen – mit bestmöglicher Reduktion von Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und mit der Möglichkeit menschlichen Beistands (2).

Britta Fischill: Wie ist eine Therapiezieländerung (TZÄ) ärztlich korrekt durchzuführen – insbesondere im Hinblick auf die interdisziplinäre Entscheidungsfindung, die Einbindung der Pflege, die erforderliche Dokumentation sowie die Kommunikation im Behandlungsteam?

Sonja Fruhwald: Wenn das laufende Therapieziel nicht mehr erreicht werden kann, ist eine Änderung des Therapieziels notwendig. Die Entscheidung zur TZÄ und das nachfolgende Vorgehen ist als Teamentcheidung gemeinsam im interdisziplinären/multiprofessionellen Behandlungsteam zu treffen. Die TZÄ und die in Folge zu setzenden Maßnahmen (z.B. DNR, DNE...) müssen zeitnahe schriftlich dokumentiert und im Rahmen von Dienstübergaben angemessen (schriftlich und/oder mündlich – je nach etabliertem Prozess) an das gesamte Behandlungsteam übergeben werden. Die **ARGE Ethik** der ÖGARI hat dazu eine Entscheidungshilfe publiziert (1).

Für eine TZÄ muss die Pflege in die Meinungsbildung mit einbezogen werden, sowie auch alle anderen Mitglieder des Behandlungsteams (Physiotherapie, Sozialarbeiter:in, etc). Sie sollen im Rahmen der Entscheidungsfindung aktiv angehört werden. Eine klinische Ethikberatung durch ein Ethikkomitee kann zugezogen werden, wenn entweder der Fall oder die Kommunikationssituation besonders schwierig ist und die getroffene TZÄ auf eine breitere Basis gestellt werden soll.

Britta Fischill: Wie sollte eine Therapiezieländerung (TZÄ) aus ärztlicher Sicht formal korrekt ablaufen – insbesondere im Hinblick auf SOPs, Dokumentation und die organisationsethische Verantwortung im klinischen Alltag?

Barbara Friesenecker: Formal ist die Erarbeitung einer „Standard Operating Procedure“ (SOP) zur TZÄ für die Behandlungsteams einer medizinischen Einrichtung sinnvoll. Die schriftliche und für alle Behandler:innen nachvollziehbare Dokumentation einer TZÄ sollte idealerweise in einem offiziellen Dokumentationstool des Krankenhaus-Dokumentationssystems verpflichtend vorgeschrieben sein (organisationsethische Verantwortung). Falls nicht vorhanden, ist auch jede andere Form einer nachvollziehbaren, schriftlichen Dokumentation einer TZÄ für das Behandlungsteam bindend.

Britta Fischill: Wie lange behält eine einmal getroffene Therapiezieländerung (TZÄ) ihre Gültigkeit – und in welchen Abständen bzw. unter welchen Voraussetzungen sollte sie ärztlicherseits überprüft und gegebenenfalls angepasst werden?

Helga Dier: Die Definition des Therapieziels und die Festlegung einer TZÄ ist als dynamischer Prozess zu verstehen – ein TZ kann sich daher im Verlauf einer Erkrankung ändern. Bei fortgeschrittener Erkrankung ist die tägliche Überprüfung des TZ und die der TZÄ zugrunde liegenden Kriterien laut einer Empfehlung der **ARGE Ethik** der ÖGARI geboten (1,2). Von den im Team besprochenen Inhalten/Handlungsanweisungen der TZÄ darf bei Änderung der Voraussetzungen abgewichen werden. Es muss dafür aber – gleich wie bei der Errichtung einer TZÄ – eine schriftliche Begründung dokumentiert werden. Die Entscheidung zur Änderung des TZ muss – ebenso wie deren Errichtung – mit den involvierten Behandlungsteams, der Patient:in und den An-, und Zugehörigen zeitnahe kommuniziert werden.

Britta Fischill: Wie ist eine Comfort Terminal Care (CTC) im Rahmen einer zuvor getroffenen Therapiezieländerung (TZÄ) lege artis durchzuführen – insbesondere im Hinblick auf Symptomkontrolle, interprofessionelle Zusammenarbeit und Dokumentation?

Thomas Pernerstorfer: Wenn bei schwerer und fortgeschrittener Erkrankung die Entscheidung zu einer TZÄ im Team der Behandler:innen getroffen wurde und die:der

Patient:in in den Sterbeprozess eintritt, sind Maßnahmen im Rahmen einer Comfort Terminal Care einzuleiten, um ein Sterben in Würde unter bestmöglicher Symptomlinderung in palliativmedizinischer Begleitung zu gewährleisten. Die medikamentöse Symptomlinderung im Rahmen einer CTC muss lege artis durchgeführt werden. Entscheidend für die Nachvollziehbarkeit ist eine inhaltlich verknüpfte Darstellung der Symptomlast (z.B. VAS, RASS, etc.) mit der sich daraus ableitenden therapeutischen Maßnahme (2). Dies kann nur durch gute Kommunikation im Rahmen einer gemeinsamen und fürsorglichen Betreuung des fortgeschritten erkrankten Patienten durch das ärztliche und pflegerische Team gelingen. Die TZÄ und die darin festgelegte CTC ist bindend für das Behandlungsteam und darf ohne nachvollziehbare und dokumentierte Begründung nicht geändert werden.

Britta Fischill: Was sind aus ärztlicher Sicht die zentralen „DOS“ im Rahmen einer lege artis durchgeführten Comfort Terminal Care (CTC) – insbesondere im Hinblick auf medikamentöse Maßnahmen, interdisziplinäre Abstimmung und kontinuierliche Reevaluation?

Christian Roden: Angepasst an die bereits laufende Therapie müssen Ärzt:innen die Dosierung für den Start oder Weiterführung der palliativmedizinischen symptomorientierten Therapie abhängig von der Symptomlast festlegen und mit der Pflege besprechen: Indikation für Opioide sind ausschließlich Atemnot und Schmerzen. Indikationen für Benzodiazepine sind Angst, Panik -, Erregungs-, und Spannungszustände, zum Schlafanstoß, Myoklonien, Muskelspasmen und epileptische Anfälle, sowie Entzugssymptomatik. Neuroleptika sind indiziert bei Delir/Wahnvorstellungen und Anticholinergika bei belastenden Rasselgeräuschen (Rasselatmung). In speziellen Fällen kann auf einer Intensivstation bei einer anderweitig nicht beherrschbaren Symptomlast auf Medikamente aus der Gruppe der Anästhetika zurückgegriffen werden. In regelmäßiger Rücksprache mit der Pflege, die die Symptomlast dokumentiert, muss die medikamentöse Therapie laufend reevaluiert und gegebenenfalls angepasst (symptomorientiert titriert) werden, um eine adäquate Symptomlinderung aufrechtzuerhalten. Auf eine zeitnahe schriftliche Dokumentation und mündliche Kommunikation in den interdisziplinären Behandlungsteams ist zu achten.

CAVE: Eine Dosisanpassung der laufenden Analgosedierung darf nur PROPORTIONAL zu der von der Pflege dokumentierten Symptomlast titriert werden.

Britta Fischill: Wie sollte ärztlich vorgegangen werden, wenn es bei einer Patient:in im Rahmen der Comfort Terminal Care zu einer sehr starken Symptomlast oder einem akuten Schmerzdurchbruch kommt?

Julia Sieber: Eine – bei Bedarf auch mehrfache – Bolusgabe durch eine:einen anwesende:n Arzt/Ärzt:in ist bei hoher initialer Symptomlast im Rahmen der Dosisfindung oder auch bei

plötzlich auftretenden, starken Symptomen (Schmerzdurchbruch, plötzlich starke Atemnot oder eine massive Angstattacke/Spannungszustand, Myoklonien, etc...) bis zur Besserung der Symptomatik zulässig. Anschließend an die Bolusgaben muss die laufende Basisrate der Analgosedierung auf die erforderlichen Bedürfnisse abgestimmt, beziehungsweise eine individuell angepasste, kontinuierliche Basis-Analgesie und/oder Sedierung begonnen werden. Alle Maßnahmen im Rahmen von Bolusgaben müssen im Behandlungsteam kommuniziert und schriftlich nachvollziehbar zeitnahe dokumentiert werden.

Britta Fischill: Welche differenzialdiagnostischen Überlegungen sollten Ärzt:innen bei starker Unruhe am Lebensende anstellen – und warum ist eine reflexartige Sedierungssteigerung dabei nicht immer zielführend?

Dietmar Weixler: „Unruhe“ ist die phänomenologische Endstrecke vieler unterschiedlicher Ursachen und es ist stets kritisch zu hinterfragen, ob eine sofortige Steigerung der laufenden Sedierung wirklich indiziert ist, oder ob andere, ursächlich wirksame Maßnahmen zur Anwendung kommen könnten. Neben den üblichen „Verdächtigen“ wie Schmerzen, Atemnot und Delir, sind daher bei Unruhe potenziell reversible Ursachen wie beispielsweise Lagerungs-, und thermischer Diskomfort, Übelkeit, Harnverhalten oder inneres Erleben emotionaler Natur wie Angst, Verunsicherung, Ärger/Zorn/Wut, Trauer, Ekel, Ratlosigkeit oder Schuldgefühle zu bedenken. Es wäre daher kontraproduktiv und nicht zielführend, bei „Unruhe“ automatisch ein Benzodiazepin zu verabreichen oder unreflektiert die Dosis zu erhöhen.

Britta Fischill: Welchen Stellenwert hat das Monitoring in der Sterbephase im Rahmen einer Comfort Terminal Care (CTC) – und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen sind aus palliativmedizinischer Sicht auch zu hinterfragen?

Eva Katharina Masel: Um nicht mehr indizierte therapeutische Handlungen zu vermeiden, darf und sollte auf Befunderhebung und Diagnostik jeglicher Art (Blutabnahmen/ diagnostische Untersuchungen/invasive Massnahmen wie zentrale Zugänge/Monitoring etc.) in der Sterbephase verzichtet werden. „What get's measured get's managed“. Alternative, weniger belastende Methoden für notwendige medizinische Handlungen – unter Umständen auch im off-Lable-Use – sind im Rahmen palliativmedizinischer Behandlung zu erwägen, z.B. die subkutane, bukkale, rektale Verabreichung von Medikamenten und vieles mehr (6).

CAVE: In der Sterbephase sollte und braucht eine vorher gut auf die Symptomlast eingestellte Analgosedierung nicht reduziert werden!

Britta Fischill: Welche „Don‘ts“ sind im Rahmen einer symptomorientierten Analgosedierung im Kontext der Comfort Terminal Care (CTC) unbedingt fachlich zu beachten – insbesondere im Hinblick auf Begriffswahl, Dosierung und Indikationsstellung?

Sonja Fruhwald: Eine symptomorientierte Analgosedierung am Lebensende im Rahmen einer CTC sollte NICHT mehr als „terminale Sedierung“ bezeichnet werden! Der Begriff der terminalen Sedierung ist mittlerweile generell obsolet, da er missverständlich aufgefasst werden kann – Sedierung „am Ende des Lebens“ in einem rein zeitlichen Kontext vs. Sedierung in der „Absicht zum Tode zu führen“. Der korrekte Begriff lautet palliative Sedierung, wobei dies aber ein definierter Terminus technicus mit fixem Inhalt ist, der im Teil II dieses Interviews genauer besprochen wird. Für eine symptomorientierte Analgosedierung im Kontext einer CTC gilt, dass sich die Anfangsdosierung an der laufenden Medikation einer:ines Patient:in zu orientieren hat. Ein inadäquat hoher Einstieg bei der Anfangsdosierung von Opioiden und Benzodiazepinen ist ebenso unzulässig wie eine nicht durch die Symptomlast begründbare überproportionale Steigerung der Analgosedierung. Auch eine nicht durch eine entsprechend hohe Symptomlast begründete Bolusgabe ist fachlich fehlerhaft und nicht geboten!

Britta Fischill: Wie ist eine Therapiezieländerung (TZÄ) bzw. Comfort Terminal Care (CTC) ethisch und rechtlich zu begründen – und was darf eine TZÄ ausdrücklich nicht sein?

Jürgen Wallner: Die ethische Begründung für eine TZÄ/CTC ist das Zulassen des Sterbeprozesses bei schwerer und weit fortgeschrittener Erkrankung mit dem Ziel, Übertherapie und verlängertes Leiden zu vermeiden und den Sterbeprozess nicht hinauszuzögern, indem man Therapien nicht beginnt oder laufende Therapien beendet, wenn sie nicht mehr wirkungsvoll sind.

Die lege artis Vorgehensweise des Sterben Zulassens im Rahmen einer TZÄ/CTC ist nicht nur ethisch geboten, sondern auch rechtlich im österreichischen Ärztegesetz (§49a) abgesichert (7): „...Die Ärztin/Der Arzt hat Sterbenden, die von ihr/ihm in Behandlung übernommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen. Es ist bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt“. Das Wohl schwer kranker Menschen zu wahren, kann daher auch bedeuten, Sterben in Würde durch eine rechtzeitige Änderung des Therapieziels von Heilung Richtung Palliation zuzulassen und Menschen in dieser letzten Phase ihres Lebens und beim Sterben fürsorglich und menschlich zu begleiten.

Barbar Friesenecker: Auf Grund der aktuellen Ereignisse ist es mir wichtig nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass es mit Freiheitsstrafe bedroht ist, den Sterbeprozess aktiv zu beschleunigen. Das wäre nach österreichischem Strafrecht Mord (§75 StGB).

Im Rahmen einer TZÄ wird bei fortgeschrittener Erkrankung das Sterben zugelassen – entweder durch den Nicht Beginn einer technisch möglichen, aber für Patient:in wirkungslosen Therapie (Reanimation, Hämofiltration, Antibiose, etc...) oder durch deren Beendigung. Den Sterbeprozess zu beschleunigen ist selbst dann verboten, wenn Patient:in dies ausdrücklich und ernstlich verlangen sollte (§77 StGB; Tötung auf Verlangen).

Britta Fischill: Muss im Rahmen des Sterbeprozesses bei jeder Patientin und jedem Patienten medikamentös – etwa mit Opioiden oder Benzodiazepinen – interveniert werden, oder gibt es auch Situationen, in denen bewusst auf eine pharmakologische Begleitung verzichtet werden kann?

Christian Roden: Ein:e Patient:in kann auch ohne die Gabe von Medikamenten in fürsorglicher ärztlicher/pflegerischer Begleitung sterben, wenn sie im Sterbeprozess keine Symptomlast zeigt oder wenn eine begleitende Gabe von Medikamenten im Rahmen des Sterbeprozesses von Patient:in abgelehnt wurde. Die zur Symptomlinderung in der Sterbephase verwendeten Medikamente beschränken sich – bis auf wenige Ausnahmen – auf vier Medikamentengruppen, deren Einsatz sich streng an den Symptomen orientieren muss (siehe dazu auch Dos in der CTC): Opiode, Benzodiazepine, Neuroleptika und Anticholinergika. Letztere werden zur Behandlung von belastenden Rasselgeräuschen in der Sterbephase eingesetzt, die meist durch das Unvermögen Speichel abzuschlucken entstehen. Die Gabe von Anticholinergika sollte von der Einstellung der in der Sterbephase nicht mehr indizierten Flüssigkeitszufuhr begleitet sein.

Britta Fischill: Ist eine einmal festgelegte Therapiezieländerung (TZÄ) verbindlich – oder darf bzw. muss sie bei veränderten Voraussetzungen auch wieder angepasst werden?

Thomas Pernerstorfer: Die einmal im Rahmen einer TZÄ – idealerweise im Team – definierten Handlungsanweisungen (DNR, DNE, RID, CTC) sind von den Teammitgliedern zu beachten (1,2). Sie können und dürfen nur bei Änderung der Voraussetzungen geändert werden. Änderungen der Inhalte einer TZÄ müssen – gleich wie die Handlungsanweisungen bei der Errichtung einer TZÄ – begründet und schriftlich dokumentiert werden.

Britta Fischill: Wie sollte im Rahmen einer Comfort Terminal Care (CTC) mit bestehenden medikamentösen Therapien nach einer festgelegten Therapiezieländerung (TZÄ) umgegangen werden – insbesondere im Hinblick auf Ernährung, Flüssigkeitsgabe, Sauerstoffzufuhr und weitere supportive Maßnahmen?

Sonja Fruhwald: Nach Vereinbarung einer Therapiezieländerung mit RID (Reevaluate Indication and Deescalate) und CTC muss über die Indikation aller laufenden Maßnahmen aktiv nachgedacht werden. Jede Maßnahme, jedes Medikament, das initial für eine kurative

Therapie sinnvoll war, ist – wenn es keine kurative Therapie mehr gibt – zu beenden (z.B. Antibiotika, Katecholamine, Hämofiltration etc...). Laufende Medikamente oder Maßnahmen (Magensonde, Thoraxdrainage, andere Drainagen etc...), die der adäquaten Symptomlinderung dienen, oder deren Entfernung/Beendigung das Risiko einer Erhöhung der Symptomlast bergen (Reflux, Blutung, etc...) sollten belassen werden.

Da es am Ende des Lebens im Rahmen des Sterbeprozesses zu einem fortschreitenden Organversagen kommt, ist auch der Zeitpunkt für das Beenden von Ernährungs-, und Flüssigkeitstherapie zu definieren um unerwünschte Nebenwirkungen durch Flüssigkeitsoverload (Übelkeit, Erbrechen, Aspiration bei einem versagenden Magendarmtrakt und Atemnot durch Lungenödem im Globalherzversagen einer sterbenden Patient:in) zu vermeiden.

Auch auf die Gabe von Sauerstoff sollte im Sterbeprozess verzichtet werden. Bei Atemnot ist durch eine Sauerstoffgabe keine Verbesserung zu erwarten, hier sind Opioide das Mittel der Wahl. Zusätzlich ist Sauerstoffgabe kontraproduktiv, da es durch die Austrocknung der Nasenschleimhaut zu vermehrtem Nasenbluten und über die Austrocknung der Mundschleimhaut zu einer Steigerung des Durstgefühls kommen kann. Ein weiterer Grund gegen eine Sauerstoffgabe ist die Beobachtung, dass sich eine fortschreitende Hypoxie (sowie eine möglicherweise zunehmende Hyperkapnie im Rahmen des terminalen respiratorischen Versagens) positiv im Sinne einer Symptomlinderung im Sterbeprozess auswirken können (2).

Britta Fischill: Könnten Sie noch einmal die wichtigsten ärztlichen und ethischen Grundsätze im Umgang mit Therapiezieländerung (TZÄ) und Comfort Terminal Care (CTC) zusammenfassen – insbesondere mit Blick auf rechtliche Rahmenbedingungen, Dokumentation und Patient:innenschutz?

Barbara Friesenecker: Fundiertes Wissen und der sehr differenzierte und bewusste Umgang mit dem Thema TZÄ/CTC sind Voraussetzung für eine am Wohlergehen des:der Patient:in orientierten, adäquaten und angemessenen medizinischen Entscheidungsfindung und Behandlung bei schwerer Erkrankung und am Lebensende. Sterben zulassen unter bestmöglicher Symptomlinderung, selbst wenn dadurch der Tod schneller eintreten sollte, ist eine auf Grund der hohen Symptomlast in Kauf genommene Beschleunigung des Sterbeprozesses und gemäß § 49a Abs. 2 ArztG erlaubt (7). Eine Beschleunigung des Sterbeprozesses durch inadäquat hohe Anfangsdosierungen oder auch durch eine überproportionale, nicht an der Symptomlast orientierte Steigerung der Analgosedierung ist weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt und mit Strafe bedroht.

Gute Kommunikation und nachvollziehbare, zeitnahe schriftliche Dokumentation einer TZÄ/CTC hilft, Missverständnisse zu vermeiden und schützt alle handelnden Personen vor Vorwürfen bis hin zur fahrlässigen Tötung/Mord auf der einen Seite, und schafft andererseits auch Bewusstsein dafür, Übertherapie durch technisch mögliche, aber nicht indizierte

medizinischen Handlungen und das damit verbundene verlängerte Leiden für Patient:innen zu vermeiden. Medizinische Einrichtungen müssen im Rahmen der Wahrnehmung ihrer organisationsethischen Verantwortung auch die Dokumentation für Prozesse am Lebensende (TZÄ, CTC, PST) im offiziellen Patient:innen Dokumentationssystem möglich machen.

Britta Fischill: Warum ist es aus ärztlicher Sicht essenziell, sich bei schwer kranken Patient:innen regelmäßig und bewusst mit dem individuell angemessenen Therapieziel auseinanderzusetzen – insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung von Futility sowie deren Folgen?

Helga Dier: Wenn Heilung als Therapieziel nicht mehr realistisch erreicht werden kann, hilft eine rechtzeitige TZÄ zu palliativmedizinischer Versorgung, um Übertherapie durch Futility zu vermeiden (8,9). Futility bedeutet die Durchführung von technisch möglichen medizinischen Handlungen, wenn schon klar ist, dass diese keinen Nutzen mehr für den:die Patient:in haben (9). Futility hat negative Folgen für alle – für Patient:innen, die eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, chronisch kritisch krank zu werden (10,11), für An-, und Zugehörige, die Angst, Depression und Schlaflosigkeit im Sinne eines posttraumatischen Stresssyndroms erleben (12) und auch für Health Care Professionals, die ein Burnout (13,14) erleiden können.

Teil II: „Palliative Sedierungstherapie (PST)“

Britta Fischill: Was genau versteht man unter palliativer Sedierung (PS) im palliativmedizinischen Kontext – und weshalb ist der Begriff „terminale Sedierung“ mittlerweile als überholt anzusehen?

Dietmar Weixler: Palliative Sedierung ist ein Terminus technicus, dem eine genau definierte palliativmedizinische Behandlung zugrunde liegt. Da „Worte Wirklichkeit schaffen“, ist der veraltete Begriff „terminale Sedierung“ obsolet, da er eine falsche Intention suggerieren könnte (siehe auch Teil I dieses Interviews). Laut den neuen Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) wird die PST bezeichnet als „eine Sedierung, die auf Linderung von refraktärem Leid durch die überwachte proportionale Gabe von Medikamenten zur Bewusstseinsreduktion bei Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen zielt. Sie hat soziale und ethische Implikationen, die besondere Berücksichtigung bei Patienten, An- und Zugehörigen sowie Behandelnden erfordern“ (15,16). Eine PST ist also erst indiziert, wenn ein:e Patient:in trotz der „Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Linderung der psychischen, seelsorgerischen, sozialen und medizinisch-pflegerischen Dimensionen eine nicht tragbare Symptomlast empfindet“.

Britta Fischill: Könnten Sie bitte den Unterschied zwischen einer palliativen Sedierungstherapie (PST) und der Analgosedierung im Rahmen einer Therapiezieländerung

(TZÄ) erläutern – insbesondere im Hinblick auf die therapeutische Intention, die Dosierung sowie die Auswirkungen auf das Bewusstsein der Patient:innen?

Sonja Fruhwald: Wird im Rahmen einer TZÄ eine CTC (Comfort Terminal Care) ausgesprochen und ist die Gabe von Analgetika und sedierenden Substanzen notwendig, so ist diese Art der Analgesie/und oder Sedierung klar von der PST abzugrenzen. Am Ende des Lebens geht es um eine bestmögliche Symptomlinderung und daraus folgend eine Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Die Dosierung der Substanzen hat der Symptomlast angepasst zu erfolgen – falls bei hoher Symptomlast hohe Dosen von Opiaten oder Benzodiazepinen notwendig sind, kann eine Trübung des Bewusstseins eintreten, was aber – anders als bei der PST – primär nicht beabsichtigt ist.

Britta Fischill: Könnten Sie hier einen Überblick über die verschiedenen Formen der palliativen Sedierungstherapie (PST) geben – und erläutern, worauf bei der Wahl der Sedierungstiefe sowie bei intermittierenden oder kontinuierlichen Verfahren besonders zu achten ist?

Dietmar Weixler: Laut der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) sind mehrere Sedierungstiefen im Rahmen einer PST möglich, wobei die geringstmögliche Sedierungstiefe gewählt werden sollte (17): „... Leichte oder milde Sedierung führt zu einem veränderten Zustand des Wachbewusstseins, der es dem/der Sedierten möglich macht, verbal zu kommunizieren. Tiefe Sedierung ist ein veränderter Zustand des Wachbewusstseins, der es dem/der Sedierten nicht möglich macht, verbal zu kommunizieren. Eine zwischenzeitliche oder intermittierende Sedierung wird für einen klar definierten Zeitraum verabreicht, um einem Patienten/einer Patientin eine Ruhepause von seinem/ihrem intractablen und refraktären Leiden zu ermöglichen. Am Ende eines solchen klar definierten Zeitraums wird die Sedierung reduziert, um dem Patienten/der Patientin das Aufwachen zu ermöglichen und um zu bewerten, ob sich die Symptomlast erleichtert hat und zu entscheiden, ob die Sedierung weiterhin nötig ist, um das Leiden effektiv zu behandeln. Im Rahmen einer kontinuierlichen Sedierung werden sedierende Medikamente über einen unbestimmten Zeitraum und ohne Unterbrechung verabreicht. Kontinuierliche tiefe palliative Sedierungstherapie (KTPST) bedeutet den Einsatz einer andauernden tiefen Sedierung bis zum Versterben des Patienten/der Patientin“. Die SUBJEKTIVE Leidensintensität und -qualität ist das Zielsymptom. Die Reduktion des Wachbewusstseins ist daher nicht Ziel, sondern das Mittel zur Reduktion dieser subjektiven Empfindung von Leiden.

Britta Fischill: Welche Medikamente kommen im Rahmen einer palliativen Sedierungstherapie (PST) zum Einsatz – und was ist bei der Auswahl und Anwendung besonders zu beachten?

Eva Katharina Masel: Laut Leitlinie der OPG sind „...Benzodiazepine, Anästhetika und bei Bedarf auch Neuroleptika/Antipsychotika geeignet für eine PST“. Opioide sind keine zur Sedierung geeigneten Substanzen, aber eine laufende Opioidtherapie sollte Dosis angepasst und weitergeführt werden, sofern die Indikation starker Schmerz, Atemnot hoher Intensität und Husten waren. Entsprechende Assessment-Tools, um eine Bewertung des physischen, psychischen und sozialen Befindens der Patient:innen vorzunehmen, finden sich auf www.palliativ.at unter „Aktuelles“.

Britta Fischill: Wie sollte im Rahmen einer palliativen Sedierungstherapie (PST) mit bereits laufenden Medikamenten umgegangen werden – insbesondere im Hinblick auf Ernährung, Flüssigkeitstherapie, Sauerstoffgabe und die Zielsetzung im fortgeschrittenen Sterbeprozess?

Dietmar Weixler: Gleich wie bei der Beantwortung dieser Frage im Rahmen der TZÄ gilt auch für die PST im Rahmen einer CTC, dass über die Indikation (Weitergabe oder Beendigung) aller anderen laufenden Medikamente/Maßnahmen im fortschreitenden Sterbeprozess entschieden werden muss, ob diese dem Comfort einer sterbenden Person dienen können oder nicht. Beim Sterbenden ist die Aufrechterhaltung der Homöostase kein Ziel mehr – es kommt im Sterbeprozess fortschreitend zu einem Organversagen. Daher ist auch der Zeitpunkt für das Beenden von Ernährungs-, und Flüssigkeitstherapie zu definieren, um unerwünschte Nebenwirkungen durch Flüssigkeitsoverload (Übelkeit, Erbrechen, Aspiration bei einem versagenden Magendarmtrakt und Atemnot durch Lungenödem im Globalherzversagen einer sterbenden Person) zu vermeiden. Auch auf die Gabe von Sauerstoff sollte im Sterbeprozess verzichtet werden, da Leistungssteigerung als Indikation für eine Sauerstoffgabe beim Sterbenden wegfällt. Atemnot/Erstickungsgefühl müssen sowohl in der Palliativ-, als auch Sterbephase mit Opiaten behandelt werden. Die im Sterbeprozess fortschreitende Hypoxie und Hyperkapnie bewirken im Zentralnervensystem Euphorie bzw. Sedierung, womit sie positiv zum Ziel der Symptomlinderung im Sterbeprozess beitragen können (2).

Britta Fischill: Muss über eine geplante palliative Sedierungstherapie (PST) ärztlicherseits aufgeklärt werden – und welche Bedeutung kommt der interdisziplinären sowie kommunikativen Abstimmung im Vorfeld zu, insbesondere bei kontinuierlicher tiefer Sedierung bis zum Lebensende?

Eva Katharina Masel: Über die palliativmedizinische Begleitung Sterbender im Rahmen einer PST ist – gleich wie bei einer TZÄ – regelmäßig im inter-, und multidisziplinären Behandlungsteam und – falls möglich – rechtzeitig auch mit den Patient:innen selbst und mit deren An-, und Zugehörigen zu sprechen. Dies gilt vor allem auch für die kontinuierliche tiefe PST, die bis zum Sterben der Patient:innen aufrechterhalten wird. Eine klare und unmissverständliche Kommunikation sowohl in den Teams der Health Care Professionals als auch mit Patient:innen und An-, und Zugehörigen ist für einen guten und möglichst

spannungsfreien Weg in der gemeinsamen Betreuung und Begleitung Sterbender – auch im Rahmen einer PST – essentiell.

Britta Fischill: Könnten Sie zum Abschluss noch eine zentrale Botschaft zur ärztlichen Entscheidungsfindung im Kontext von Therapiezieländerung (TZÄ), Comfort Terminal Care (CTC) und palliativer Sedierungstherapie (PST) formulieren – worauf kommt es aus Ihrer Sicht besonders an?

Barbara Friesenecker: Auch medizinische Entscheidungsfindung und Behandlung im Grenzbereich zwischen Leben und Tod muss kritischer Nachfrage standhalten und sollte – gerade wegen der hohen emotionalen Belastung für alle Beteiligten (Health Care Professionals, Patient:innen und An-, und Zugehörige) – durch eine besondere Klarheit im Entscheidungsprozess, eine gute und nachvollziehbare Kommunikation in den Teams der involvierten Behandler:innen, eine zeitnahe, schriftliche Dokumentation sowie eine lege artis Durchführung der medizinischen Maßnahmen im Rahmen der CTC/PST getragen sein.

Sonja Fruhwald: Auch in der Sterbephase ist bei Symptomlast (Schmerzen, Atemnot, Angst, Stress, etc.) eine symptomlindernde Therapie indiziert. Dabei muss sich die Dosierung der verwendeten Substanzen streng an der Symptomlast orientieren, die gemeinsam mit der Pflege erfasst und zeitnahe dokumentiert werden muss. Sollte Patient:in darunter weniger suffizient atmen, weniger gut husten oder schlucken, darf eine eventuelle Beschleunigung des Sterbeprozess in Kauf genommen werden. Dies wurde in der geänderten Fassung des Ärztegesetzes §49a, folgendermaßen formuliert: „[1]: Die Ärztin/Der Arzt hat Sterbenden, die von ihr/ihm in Behandlung übernommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen. [2]: Im Sinne des Abs.1 ist es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt (7)“.

Wesentlich ist, dass die eingesetzten Substanzen indiziert sind, und die Dosierung der Symptomlast angepasst ist. Im Falle einer analgetischen Therapie mit Opioiden sollten die Schmerzen vor der Analgetikagabe mittels einer Skala überprüft werden. Bei Patient:innen, die sprachlich kommunizieren können, bietet sich die NRS Skala mit Werten von 0-10 an. Bei Patient:innen die nicht verbal kommunizieren, kann die Behavior Pain Scale (BPS) zur Erfassung herangezogen werden. Wie eingangs bereits erwähnt, ist ein inadäquat hoher Einstieg bei der Anfangsdosierung von Opioiden und Benzodiazepinen ebenso unzulässig wie eine nicht durch die Symptomlast begründbare überproportionale Steigerung der Analgosedierung oder Bolusgabe.

Auf die Anwendung der richtigen Nomenklatur rund um die Entscheidungen am Lebensende ist unbedingt zu achten, damit alle Beteiligten vom Gleichen sprechen und auch das Gleiche meinen. Nur so kann Missverständnissen und Vorwürfen vorgebeugt werden. (18)

Britta Fischill: Abschließend: Wie entkräften Sie die weit verbreitete Sorge, dass offene Gespräche über das Lebensende und der Verzicht auf technisch machbare, aber medizinisch nicht mehr sinnvolle Maßnahmen im Rahmen einer Therapiezieländerung (TZÄ) dazu führen könnten, dass mehr Menschen früher sterben – und was gewinnen Patient:innen, Angehörige und Behandlungsteams durch diesen bewussten, ethisch reflektierten Umgang mit dem Lebensende?

Barbara Friesenecker: Die Sorge, dass eine aktive Kommunikation über das Lebensende im Rahmen medizinischer Entscheidungsfindung zu einer ungerechtfertigten Verkürzung der Lebenszeit und zur Zunahme der Todesfälle führen könnte, ist unbegründet. Die Gruppe um Benoit konnte zeigen, dass die Durchführung einer rechtzeitigen TZÄ die 1-Jahres Überlebensrate nicht verkürzt (19), aber für fortgeschritten kranke Menschen großes Potential für ein besseres Leben am Ende des Lebens im Rahmen guter palliativmedizinischer Versorgung hat! Die Einbeziehung von ethischen Kriterien in eine schwierige medizinische Entscheidungsfindung kann durch den Zugewinn von Klarheit und Sicherheit in den Entscheidungsprozessen, was wesentlich für die Vermeidung von Übertherapie ist, zur Resilienzsteigerung in den medizinischen Teams beitragen und helfen, moral distress zu vermeiden – ein positiver Effekt, der im Falle von komplexen Situationen durch das Beiziehen eines klinischen Ethik-Komitees noch verstärkt werden kann.

Wir brauchen eine flächendeckend verpflichtende, sowohl studentische als auch postpromotionelle und berufsbegleitende Ausbildung in den Bereichen Medizinethik, Medizinrecht, Kommunikation und Palliativmedizin für in Österreich arbeitende Ärzt:innen und Pflegepersonen, um das Wissen für die praktische Durchführung schwieriger medizinischer Entscheidungen in der Medizin und am Lebensende zu verbessern.

Literatur

1. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, Lenhart-Orator A, Likar R, Pernerstorfer T, Pfausler B, Roden C, Schaden E, Valentin A, Wallner J, Weber G, Zink M, Peintinger M. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation [Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2013 Apr;48(4):216-23. German. doi: 10.1055/s-0033-1343753. Epub 2013 Apr 30. PMID: 23633250.
2. Schaden, E., Dier, H., Weixler, D., Hasibeder, W., Lenhart-Orator, A., Roden, C., Fruhwald, S., Friesenecker, B., ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. *Anaesthesiologie* 73, 177–185 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00101-024-01382-9>
3. Friesenecker, B., Gasser, G., Fruhwald, S. W. Hasibeder, H. Dier, A. Valentin. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. *Anästhesie Nachr* (2024). *Anästhesie Nachr* 6, 220–224 (2024). <https://doi.org/10.1007/s44179-024-00265-z>
4. Beauchamp, Tom L; James F. Childress (2013): Principles of Biomedical Ethics. [1977] Seventh Edition. Oxford University Press. New York/London
5. 2. österreichisches Erwachsenenschutzgesetz: www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdfsig
6. Offlabel-use in der Palliativmedizin: www.pall-olu.de (zuletzt geöffnet 10.3.25)
7. Österreichische Ärztegesetz §49/4§9a: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138; zuletzt geöffnet: 8.3.2025
8. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016 Sep;28(4):456-69. doi: 10.1093/intqhc/mzw060. Epub 2016 Jun 27. PMID: 27353273.
9. Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schröder S, Michalsen A, Dey K, Riessen R, Jaschinski U, Weiss M, Ragaller M, Bercker, S, Briegel J, Spies C, Schwarzkopf D; SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care : Results of a survey among intensive care unit personnel. *Anaesthesist*. 2018 Sep 12.
10. Nelson JE, Hope AA. Integration of palliative care in chronic critical illness management. *Respir Care*. 2012 Jun;57(6):1004-12; discussion 1012-3. doi: 10.4187/respcare.01624.
11. Lamas. Chronic critical illness. *N Engl J Med* 2014;370:175-177. DOI:0.1056/NEJMms1310675
12. Hickman RL Jr, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care*. 2010 Jan-Mar;21(1):80-91.
13. Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017 Dec;7(1):71.
14. Moss M, Good VS, Gozal D et al. A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *Am J Respir Crit Care Med* 2016 194(1):106–113
15. Cherny NI, Radbruch L. The board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23(7):581–93

16. Surges SM et al (2024) Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliat Med* 38(2):213–228
17. Weixler, D., Roider-Schur, S., Likar, R. et al. Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie (Langversion). *Wien Med Wochenschr* 167, 31–48 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10354-016-0533-3>
18. Barbara Friesenecker, Sonja Fruhwald, Christian Roden, ARGE Ethik der ÖGARI. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. *Anästhesie Nachr* 2023·5:134–137 <https://doi.org/10.1007/s44179-023-00145-y>
19. Benoit, D.D., De Pauw, A., Jacobs, C. et al. Coaching doctors to improve ethical decision-making in adult hospitalized patients potentially receiving excessive treatment. The CODE stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *Intensive Care Med* 50, 1635–1646 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07588-0>