

Ineffectiveness and unlikelihood of benefit: dealing with the concept of futility in medicine

Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit –
zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin

Inefficacité et absence de sens dans l'approche
du concept de futilité en médecine



 **SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

IMPRINT

Issued by

Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS)
House of Academies · Laupenstrasse 7 · CH-3001 Bern
mail@samw.ch · www.samw.ch

Authors

Professor Nikola Biller-Andorno, Zürich · Professor Regina Aebi-Müller, Luzern
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Basel · Jana Sedlakova, MA, Zürich

Design

Kargo Kommunikation GmbH · Bern

Translation

The German text is the authentic version.
English: Jeff Acheson, Bottmingen
French: CB Service, Lausanne/Zürich

Cover photo

Unsplash

Printing

Kasimir Meyer AG · Wohlen
1st edition 2021 (1000)
Printed copies of the publication are available free of charge from: order@samw.ch



©2021 Swiss Academy of Medical Sciences. This is an open-access publication distributed under the terms of the Creative Commons attribution license (creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Recommended form of citation

Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) (2021)
Ineffectiveness and unlikelihood of benefit: dealing with the concept of futility in medicine
Swiss Academies Communications 16 (6).

ISSN (print): 2297-8275 (English), 2297-1793 (Deutsch), 2297-1815 (français)
ISSN (online): 2297-184X (English), 2297-1807 (Deutsch), 2297-1823 (français)
DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.5543448>



SDGs: The international sustainability goals of the UNO
With this publication, the Swiss Academy of Medical Sciences contributes to SDG 3: «Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.»

> sustainabledevelopment.un.org
> eda.admin.ch/agenda2030
> English > The 2030 Agenda > 17 Sustainable Development Goals

Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin

Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Hinweise zur Ausarbeitung dieser Empfehlungen

Den Anstoss für diese Empfehlungen gaben Überlegungen der Subkommission, die ab 2018 die medizin-ethischen Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» der SAMW überarbeitete (publiziert im Juni 2021). Diskutiert wurde insbesondere die Gewichtung von medizinischen Überlegungen und von Wertvorstellungen im Prozess der Entscheidungsfindung. Die Fragen zur Fairness akzentuierten sich 2020 während der Erarbeitung der Richtlinien zur Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit.

Eine Begleitgruppe hat sich in vier Sitzungen vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt. Gestützt auf die Diskussionen in den ersten Meetings haben die Autorinnen (vgl. nachfolgend) einen Textentwurf verfasst, der in den Begleitgruppensitzungen diskutiert und verabschiedet wurde. Der Text wurde ausgewählten Expertinnen und Experten zur Stellungnahme unterbreitet. Die Rückmeldungen wurden in die finale Version einbezogen. Der Vorstand der SAMW hat die Empfehlungen in seiner Sitzung vom 16. September 2021 diskutiert und verabschiedet, die Zentrale Ethikkommission am 28. September 2021.

Autorinnen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Zürich
Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Luzern
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Basel
Jana Sedlakova, M.A., Zürich

Mitglieder der Begleitgruppe

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Zürich (Vorsitz)
Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Luzern (Mitglied ZEK)
PD Dr. med. Klaus Bally, Basel (Mitglied ZEK)
PD Dr. med. Eva Bergsträsser, Zürich (Mitglied ZEK)
Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Zürich (Präsident ZEK)
Prof. Dr. med. Anja Lorch, Zürich (Mitglied ZEK)
Dr. med. Valerie Luyckx, Zürich (Mitglied ZEK)
Dr. med. Madeleine Mirabaud, Genève (Mitglied ZEK)
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Basel (wiss. Begleitung)
Bianca Schaffert, MSN, Schlieren (Vizepräsidentin ZEK)
Dr. rer. medic. Ewald Schorro, Fribourg (Mitglied ZEK)

Expertinnen und Experten

PD Dr. med. Peter Berchtold, Bern
Dr. med. Lars Clarfeld, Bern
Dr. med. Antje Heise, Thun
Dr. iur. Damian König, Sion
Prof. Dr. med. Tanja Krones, Zürich
Prof. Dr. med. Sophie Pautex, Genève
Prof. Dr. med. Reto Stocker, Zürich
PD Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel, Basel
Dr. med. Anna Westermair, Zürich

| | |
|--|-----------|
| 1. Einführung | 30 |
| 2. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW | 32 |
| 3. Medizinische Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit | 34 |
| 3.1. Historischer Hintergrund | 34 |
| 3.2. Futility-Debatte und begriffliche Klärungen | 34 |
| 3.3. Ethische Perspektive | 36 |
| 4. Medizinische Indikation | 39 |
| 4.1. Historischer Hintergrund | 39 |
| 4.2. Begriffliche Klärungen und Kontroverse über die medizinische Indikation | 39 |
| 4.3. Ethische Perspektive | 40 |
| 5. Rechtliche Aspekte | 42 |
| 5.1. Pflicht zur Behandlung bzw. zum Angebot einer Behandlung | 42 |
| 5.2. Ablehnung einer angebotenen oder empfohlenen Behandlung | 43 |
| 5.3. Konflikt bei zweifelhafter Indikation («Grauzone») | 44 |
| 6. Fazit | 44 |
| 7. Empfehlungen | 47 |
| 7.1. Klärung des Behandlungsziels | 47 |
| 7.2. Anerkennen des eigenen «Bias» | 47 |
| 7.3. Interprofessionalität | 48 |
| 7.4. Biopsychosoziale Perspektive auf die Patientin | 48 |
| 7.5. Berücksichtigung der Werte und Weltanschauungen der Patientin | 49 |
| 7.6. Betonung des Dialogischen | 49 |
| 7.7. Transparenz | 50 |
| 7.8. Frühzeitige Integration von Palliative Care | 50 |
| Literaturverzeichnis | 75 |

1. Einführung

Jede Behandlung sollte auf den ethischen Grundwerten einer guten medizinischen Praxis beruhen. Dazu zählen unter anderem der Respekt vor der Autonomie der Patientin¹ sowie die Prinzipien des Patientenwohls und des Nichtschadens. Auch Gerechtigkeitsüberlegungen fliessen mit ein, z. B. in Form des Gebots, alle Patientinnen unabhängig von Geschlecht, ethnischer Gruppe, sozialer Stellung, ökonomischer Lage, Weltanschauung oder Religion mit gleicher Sorgfalt zu betreuen.² Im medizinischen Alltag ist es nicht immer einfach, diesen ethischen Prinzipien zu folgen. So fühlen sich beispielsweise medizinische Fachpersonen oftmals genötigt, Behandlungen anzubieten und durchzuführen, die aus ihrer Sicht nicht im Sinn des Patientenwohls sind.^{3, 4}

Ein solches Verhalten kann verschiedene Ursachen haben,⁵ darunter:

- Erwartungshaltungen respektive Druck von Patientin und Angehörigen;
- Angst vor heiklen Gesprächen («Weitermachen ist einfacher»);
- «Weitermachen», weil ein Behandlungsfehler/eine Komplikation eingetreten ist;
- «Weitermachen», weil die bereits unternommenen Bemühungen nicht umsonst gewesen sein sollen;
- Konfrontation mit den Grenzen der Medizin: «Retten um jeden Preis»;
- Defensiv-/Sicherheitsmedizin: Angst, etwas zu verpassen, Angst vor Rechtsfolgen;
- Ökonomische Interessen, angebotsinduzierte Überversorgung etc.

Wirkungslose oder aussichtslose Behandlungen und überflüssige diagnostische Abklärungen verursachen mehr Schaden als Nutzen: Weder verbessern sie die Lebensqualität, noch erhöhen sie die Überlebensdauer. Sie sind nicht nachhaltig und binden Ressourcen, die dann für andere Patientinnen fehlen können. Die von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) angestossene Initiative «Choosing Wisely Switzerland»⁶ setzt hier an. Im Wesentlichen geht es darum, wirkungslose Massnahmen – oftmals handelt es sich um Überdiagnostik oder Übertherapie – zu vermeiden. Mittlerweile haben diverse medizini-

1 In SAMW-Richtlinien und -Empfehlungen werden kapitelweise abwechselnd weibliche oder männliche Formulierungen verwendet, gemeint sind jeweils die Angehörigen aller Geschlechtergruppen.

2 Vgl. z. B. Standesordnung der FMH, Art. 4.

3 Vgl. OECD 2017.

4 Vgl. Fässler et al. 2015.

5 Vgl. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI: Michalsen et al. 2021.

6 Vgl. «Umgang mit Interessenkonflikten bei der Ausarbeitung von Guidelines und Choosing-wisely-Listen». Empfehlung der SAMW (2017); www.smarartermedicine.ch/de

sche Fachgesellschaften und der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaften sogenannte Top-5-Listen veröffentlicht, die offensichtlich unnötige Interventionen benennen, auf die verzichtet werden soll. Die nachfolgenden Überlegungen knüpfen an diese Initiative an. Sie gehen der Frage nach, wann es gerechtfertigt ist, eine Behandlung bei einer Patientin nicht durchzuführen bzw. abzubrechen. Diese Diskussionen werden unter dem Oberbegriff «Futility» geführt. Sowohl Begrifflichkeit als auch Inhalt sind immer wieder Gegenstand von Kontroversen; das vorliegende Papier möchte zur Klärung beitragen.

Futility bedeutet im medizinischen Kontext, dass eine Behandlung wirkungslos und/oder aussichtslos ist. Grundsätzlich ist Futility auch hinsichtlich diagnostischer Abklärungen zu diskutieren, insbesondere, wenn es sich um Abklärungen handelt, welche die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Im klinischen Alltag steht aber die Frage nach dem Nutzen von Therapien im Vordergrund. Die vorliegenden Empfehlungen konzentrieren sich daher auf Behandlungsentscheidungen.

Es ist umstritten, wie weit Einschätzungen der Futility evidenz- und erfahrungsbasiert und inwiefern sie von Werturteilen geprägt sind. Wird eine subjektive Dimension zugestanden, stellt sich die Frage, wer befugt ist, diese Werturteile zu treffen und aus welchen Gründen. In der Covid-19-Pandemie hat sich die Auseinandersetzung mit den Grenzen medizinischer Expertise verschärft. Die Schweiz hat, wie viele andere Länder, Triage-Richtlinien⁷ formuliert, die darlegen, welche Patientinnen bei knappen Ressourcen prioritär oder überhaupt intensivmedizinisch behandelt werden sollen.⁸ Indem die Schweizer Richtlinien die kurzfristige Überlebensprognose in den Vordergrund stellen, stützen sie sich auf das Prinzip der Nutzenmaximierung. Der moralische Konflikt entsteht, wenn entschieden wird, welchen Patientinnen eine Behandlung vorenthalten wird, obgleich diese ihnen eventuell helfen könnte. Die Richtlinien haben eine Diskussion über die Kriterien ausgelöst, die zulässig und gerechtfertigt sind, wenn über den Beginn oder den Abbruch einer Behandlung entschieden werden muss. Relevant ist in diesem Kontext auch, welche Rolle dem Konzept der medizinischen Futility zukommen soll.

Ausgehend von den Richtlinien der SAMW wird mit den nachfolgenden Ausführungen versucht, das Konzept der Futility zu beschreiben und zu klären, in welchem Verhältnis es zu Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit sowie zur Indikationsstellung steht.

7 Vgl. «Triage in der Intensivmedizin bei ausserordentlicher Ressourcenknappheit». Richtlinien der SAMW und SGI (2020, aktualisiert 2021).

8 Vgl. Joebges/Biller-Andorno 2020; Joebges et al. 2020.

2. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW

Von «nicht mehr sinnvollen» oder «aussichtslosen» Behandlungen wird in den medizin-ethischen Richtlinien der SAMW in der Regel im Zusammenhang mit schwerer Erkrankung gesprochen, beispielsweise in den Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» oder «Reanimationsentscheidungen». Die Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen»⁹ unterscheiden zwischen aussichtslosen und wirkungslosen Behandlungen.¹⁰ Eine Therapie wird als *wirkungslos* bezeichnet, wenn das angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden kann, selbst wenn eine kurzzeitige Verbesserung einzelner physiologischer Parameter möglich ist. Wirkungslose Therapien sollen gemäss Richtlinien abgebrochen oder gar nicht erst durchgeführt werden.

Eine intensivmedizinische Behandlung wird als *aussichtslos* betrachtet, wenn entweder von vornherein oder aber im Verlauf der Therapie festgestellt werden muss, dass der Patient nicht mehr in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann. Was unter einem angemessenen Lebensumfeld zu verstehen ist, hängt gemäss Richtlinien vom Willen und den Präferenzen des Patienten ab. Es muss aber zumindest die Perspektive geben, dass eine Langzeitbetreuung ausserhalb der Intensivstation realisierbar wird. Aussichtslose Therapien, so die Richtlinien, können vom Patienten oder von der vertretungsberechtigten Person nicht eingefordert werden. Denn sie belasten den Patienten, die Angehörigen und das Behandlungsteam, ohne dass diese erwarten können, ein erstrebenswertes Ziel zu erreichen. Das blosses Überleben unter anhaltender Intensivtherapie kann aber nicht als erstrebenswertes Ziel gelten. In diesem Sinne könnten nicht nur wirkungslose, sondern auch wirksame Therapien aussichtslos sein.

Auch wenn vermutlich viele Menschen die Ansicht teilen, das blosses Überleben unter anhaltender Intensivtherapie sei kein erstrebenswertes Ziel, nehmen die Richtlinien an diesem Punkt doch eine Wertung vor. Um eine allfällige Aussichtslosigkeit festzustellen, gilt es zunächst, die übergeordneten Therapieziele zu berücksichtigen und ausreichend Zeit für die Beurteilung der Situation vorzusehen – die ohnehin oft nicht mit absoluter Sicherheit erfolgen kann. Konsequenterweise verzichten die Richtlinien in Entsprechung zur Wirkungslosigkeit darauf, explizit den Abbruch einer aussichtslosen Therapie zu fordern.

9 Vgl. «Intensivmedizinische Massnahmen». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2013, ergänzt 2020 und 2021).

10 Vgl. Kap. 5.4. der Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen». Der englischsprachige Begriff der «Futility» wird in den Richtlinien nur als approximatives Pendant für beide Begriffe erwähnt, dann aber angesichts der Uneinheitlichkeit und Umstrittenheit existierender Definitionen nicht weiterverwendet.

Die eingangs erwähnten Triage-Richtlinien ergänzen die Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen». Sie erwähnen den Begriff der Aussichtslosigkeit nicht vorausschauend, als Kriterium für die Aufnahmen auf die Intensivstation, sondern im Zusammenhang mit der Triage *während* des Aufenthalts auf der Intensivstation.¹¹ Allerdings fliessen bei den Kriterien, die in den Richtlinien gegen eine Aufnahme in die Intensivstation aufgeführt sind, auch Überlegungen zu einer absehbaren Aussichtslosigkeit der Behandlung ein. Die richtlinienbasierten Entscheidungen über Therapieplätze entlasten Gesundheitsfachpersonen, aber auch die Vertretungspersonen, die somit unter Triage-Bedingungen nicht abwägen müssen, ob ihr Angehöriger oder Patient einen der knappen Therapieplätze erhalten sollte. Allerdings müssen sie – wie im klinischen Betrieb unter Nicht-Triage-Bedingungen auch – einschätzen, ob der Patient überhaupt noch eine Intensivbehandlung gewünscht hätte.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Konzept der Aussichtslosigkeit zu, wenn es darum geht abzuwägen, ob Patienten, die von einer weiteren Intensivbehandlung profitieren würden, aus der Intensivstation verlegt werden sollen, um Platz für andere Patienten zu schaffen (nachträgliche Triage).¹² In einer solchen Abwägung versucht der Intensivmediziner, den Gesamtwert der begrenzten Ressourcen der Intensivpflege (ICU-Ressourcen) zu maximieren. In Triage-Entscheidungen wird also oft der relative Nutzen abgewogen, den der eine Patient in der Intensivpflege verglichen mit einem anderen erwarten kann. In dieser Situation sei ein Behandlungsabbruch, so die Kritik, aber nur dann gerechtfertigt, wenn dieser entweder dem (zumindest mutmasslichen) Willen des Patienten entspreche oder wenn die individuelle medizinische Indikation für die Weiterbehandlung entfallen sei. Letzteres dürfe indes nur dann vorausgesetzt werden, wenn die Weiterbehandlung so aussichtslos sei, dass sie auch ohne Ressourcenknappheit nicht weitergeführt würde. Diese Position verneint eine ethische Sondersituation der Ressourcenknappheit und verweigert sich dem Prinzip der Nutzenmaximierung; sie bleibt allerdings nicht unwidersprochen.¹³ In jedem Falle ist aber unbestritten, dass «klar aussichtslose Therapien nicht durchgeführt werden sollten».¹⁴ Dem Konzept der Aussichtslosigkeit kommt daher in jedem Fall erhebliches Gewicht zu. Zugleich zeigen die Beurteilungen «so aussichtslos, dass» und «klar aussichtslos» auch hier das Spannungsfeld zwischen medizinischen Fakten und deren Bewertung auf.

11 Vgl. «Triage in der Intensivmedizin bei ausserordentlicher Ressourcenknappheit». Richtlinien der SAMW und SGI (2020, aktualisiert 2021).

12 Vgl. Fateh-Moghadam/Gutmann 2020.

13 Vgl. hierzu z. B. die Statements von Pargger/Felder 2020.

14 Piccchi 2020.

3. Medizinische Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit

3.1. Historischer Hintergrund

Das Konzept der medizinischen Wirkungs- bzw. Aussichtslosigkeit lässt sich bis in die Zeit der Antike verfolgen.¹⁵ Im Laufe der Jahrhunderte unterlag es sowohl hinsichtlich seiner Bedeutung als auch seiner Funktion einem Wandel. In den hippokratischen Schriften wird gefordert, von einer weiteren Behandlung einer Person sei abzusehen, falls diese von der Krankheit überwältigt werde, die die Medizin nicht überwinden könne.¹⁶ Die Wirkungs- und Aussichtslosigkeit einer Therapie wurde somit mit den Grenzen der Medizin verknüpft. Erst im 20. Jahrhundert machten es die Fortschritte von Medizin und Technologie möglich, das Leben unheilbar kranker Patientinnen zu verlängern.¹⁷ Das Konzept der medizinischen Wirkungs- bzw. Aussichtslosigkeit wurde zu dieser Zeit mit Kosten-Nutzen-Erwägungen und der Frage nach Gerechtigkeit in Verbindung gebracht. Eine weitere Transition bestand in der Demokratisierung der Medizin und der damit verbundenen Stärkung der Patientenautonomie.¹⁸ Die Vorstellung, dass Ärztinnen als Expertinnen über das menschliche Leben entscheiden sollten, wurde durch das Modell einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) abgelöst.¹⁹

3.2. Futility-Debatte und begriffliche Klärungen

In der Verwendung des Begriffs «Futility» wird nicht immer klar zwischen Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit unterschieden. Die Debatte zum Verständnis und zur Verwendung des Begriffs lässt sich jedoch in mindestens drei zusammenhängende Kontroversen einbetten:²⁰

1. Wie ist das Verhältnis zwischen objektiven/faktischen und subjektiven/werteladenen Einschätzungen und Entscheidungen zu verstehen?
2. Welches Gewicht soll der medizinischen Autorität oder Expertise einerseits und der Patientenautonomie andererseits zukommen?

15 Vgl. Schneiderman 2011.

16 Vgl. Schneiderman 2011; Aghabarary/Dehghan Nayeri 2016.

17 Vgl. Aghabarary/Dehghan Nayeri 2016.

18 Vgl. Misak et al. 2016.

19 Vgl. Rosca et al. 2020.

20 Vgl. Wolfe 2019.

3. Was gilt, wenn die Bewertungen der Outcomes seitens der Ärztinnen und der Patientinnen bzw. deren Angehörigen im Widerspruch stehen?

Einige Autoren²¹ zielen darauf ab, eine objektive Definition zu formulieren. Die häufig zitierten und verwendeten Definitionen der quantitativen und qualitativen Futility stammen von Schneiderman et al.²² Die quantitative Futility besteht in der medizinischen Einschätzung aufgrund empirischer Daten, dass die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs (z. B. Wiederherstellen eines Kreislaufs) unter 1 % liegt. Demgegenüber umschreibt die qualitative Futility Zustände, in denen die Patientin aufgrund ihrer Werthaltung keinen Nutzen in einer Behandlung sieht (z. B. eine absolute Abhängigkeit von intensivmedizinischer Versorgung). Während die quantitative Futility sich auf Behandlungsziele bezieht, rückt bei der qualitativen Futility die Lebensqualität der Patientin in den Blick.

Ein weiteres häufig verwendetes Konzept ist das der physiologischen Futility.²³ Es bezieht sich auf physiologische Effekte und Ziele, die mittels der Therapie nicht erreicht werden können. Dieses Konzept entspricht am ehesten der Definition von Wirkungslosigkeit gemäss SAMW-Richtlinien, kann sich aber auch auf Aussichtslosigkeit erstrecken. So wäre beispielsweise eine antibiotische Behandlung im Fall einer viralen Infektion wirkungslos, aber eine Intensivtherapie bei einer Patientin im Hirntod aussichtslos.

Andere Autoren stellen den Begriff der Futility grundsätzlich infrage. Sie kritisieren, er sei schon allein durch den Bezug auf ein gewähltes Ziel subjektiv und wertgeladen; zugleich aber spiegle er eine objektive und faktische Einschätzung vor, die nicht gegeben sei.²⁴ Die Subjektivität der Zielsetzung wie auch der Grenzwerte (bezüglich der Grösse des Effekts bzw. der Eintrittswahrscheinlichkeit) gilt sowohl in Bezug auf wirkungslose als auch auf aussichtslose Behandlungen. Um den Bezug auf ein spezifisches Behandlungsziel und die evaluative Komponente zu verdeutlichen, werden daher alternative Begriffe wie «unangemessen» oder «nutzlos» vorgeschlagen.²⁵ Mehrere Fachgesellschaften haben in einem gemeinsamen Policy-Statement vorgeschlagen, den Begriff der «medical futility» auf die physiologische Wirkungslosigkeit zu beschränken und für alle Formen der Wirkungs- und Aussichtslosigkeit, die eine evaluative Komponente umfassen, den Begriff «potenziell unangemessen»

21 Vgl. Brody/Halevy 1995; Schneiderman 2011.

22 Vgl. Schneiderman et al. 1990.

23 Vgl. Aghabarary/Dehghan Nayeri 2016; Brody/Halevy 1995.

24 Vgl. Kyriakopoulos et al. 2017; Truog/White 2013; Wilkinson/Savulescu 2011.

25 Vgl. Brett/McCullough 2017; Kyriakopoulos et al. 2017; Truog/White 2013.

(potentially inappropriate) vorgeschlagen.²⁶ Dem wurde wiederum die Transparenz und Klarheit des Begriffs der Futility entgegengehalten, die keinen Zweifel an der Endlichkeit menschlichen Lebens und der Grenzen der Medizin lasse.²⁷

Ein wichtiges Ergebnis dieser grundlegenden Debatte besteht in der Einsicht, dass sich Futility auf ein gesetztes Therapieziel bezieht, das sich je nach Patientenpopulation unterscheiden kann. So ist die Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld (d. h. im Minimum eine ausserhalb der Intensivstation realisierbare Langzeitbetreuung), wie sie in den SAMW-Richtlinien zu intensivmedizinischen Massnahmen angeführt wird, durchaus ein plausibles (wenngleich nicht wertfreies) Ziel, um Aussichtslosigkeit zu beurteilen. Es gilt aber zunächst eben nur mit Blick auf Intensivpatientinnen.²⁸ Jenseits der grundlegenden konzeptuellen Kontroversen haben sich pragmatische Positionen entwickelt, die hervorheben, dass jede Entscheidung bezüglich der Angemessenheit einer Massnahme in einem breiteren sozialen und medizinischen Kontext getroffen wird.²⁹

3.3. Ethische Perspektive

Das Konzept der Futility ist facettenreich, und die Verwendung des Begriffs wird daher von manchen zurückhaltend beurteilt. Medizinische Futility sei ein komplexes, mehrdeutiges, subjektives, situationspezifisches, wertegeladenes und zielabhängiges Konzept und fast immer von einigen Graden der Unsicherheit umgeben. Daher gebe es kein objektives und gültiges Kriterium für seine Bestimmung.³⁰ Allerdings scheint eine solche Kritik zu pauschal, da es durchaus Werte und Ziele gibt, die von vielen geteilt werden. Folglich ist es möglich, in bestimmten Konstellationen in Bezug nicht nur auf Wirkungslosigkeit, sondern auch auf Aussichtslosigkeit von einem allgemeinen Konsens zu sprechen. Letztlich handelt es sich aber auch hier um eine Werteentscheidung, die in den Kenntnisstand der Wissenschaftsgemeinschaft eingebettet ist und gesellschaftliche Normen und Weltanschauungen widerspiegelt. Zulassungsverfahren und das Health Technology Assessment³¹ können bei der Erarbeitung solcher Konsense eine zentrale Rolle spielen. Diese Evaluationen sollten möglichst transparent gemacht, reflektiert und in einen mit der Patientin gemeinsam gestalte-

26 Vgl. Bosslet et al. 2015; Pope 2017.

27 Vgl. Schneiderman et al. 2017.

28 Vgl. «Intensivmedizinische Massnahmen». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2013, ergänzt 2020 und 2021).

29 Vgl. Misak et al. 2016; Misak et al. 2014; Krones/Monteverde 2013.

30 Vgl. Aghabarary/Dehghan Nayeri; Nair-Collins 2015.

31 Vgl. www.swissmedicalboard.ch

ten Entscheidungsprozess einbezogen werden. Insbesondere ist auch eine öffentliche Diskussion über die Frage notwendig, welche Art, Grösse und Wahrscheinlichkeit eines Effekts ausreichen, um den Einsatz limitierter Ressourcen zu rechtfertigen. Dabei scheint es gerechtfertigt, die nachfolgenden drei Kategorien zu unterscheiden:³²

– **Kategorie «Medizin entscheidet»**

Bei der physiologischen Wirkungslosigkeit lässt sich empirisch feststellen (wenngleich stets eine gewisse Restunsicherheit bzw. ein Fehlerrisiko bestehen bleibt), dass eine Behandlung nicht (mehr) wirksam ist bzw. wäre. In solchen Situationen sollen medizinische Fachpersonen³³ entscheiden können, dass eine Behandlung nicht mehr angeboten wird (z.B. Einsatz eines ECMO bei einer Patientin mit infauster Prognose). Die Entscheidung bezieht sich auf den medizinischen Sachverhalt und muss sich auf fachliche Expertise abstützen. In dieser Konstellation wird ein gesellschaftlicher Konsens vorausgesetzt, der den medizinischen Fachpersonen die entsprechenden Kompetenzen einräumt. Oft sind solche Situationen auch auf Policy-Ebene, etwa durch fachspezifische Richtlinien, geregelt (siehe zudem Kap. 5.1. Pflicht zur Behandlung bzw. zum Angebot von Behandlung). Auch in einer solchen Ausgangslage ist der Dialog mit der Patientin und den Angehörigen zentral. Insbesondere ist es wichtig, Patientinnen und Angehörigen den Hintergrund der Entscheidung zu erklären.

– **Kategorie «Medizin berät»**

Diese Situation stellt den Regelfall dar. Medizinische Fachpersonen zeigen Patientinnen (oder Vertretungspersonen) ihre individuelle Prognose, die Behandlungsoptionen und deren Chancen und Risiken auf und schlagen auf Wunsch der Patientin eine Behandlung oder Behandlungsalternativen vor. Die Patientin stimmt der Behandlung zu oder lehnt sie ab respektive trifft bei mehreren angebotenen Behandlungsalternativen eine Wahl. Dabei hat das Recht auf Selbstbestimmung der Patientin Vorrang. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese jederzeit Behandlungen ablehnen, grundsätzlich aber nicht bestimmte Behandlungen einfordern kann.³⁴

– **Kategorie «Grauzone»**

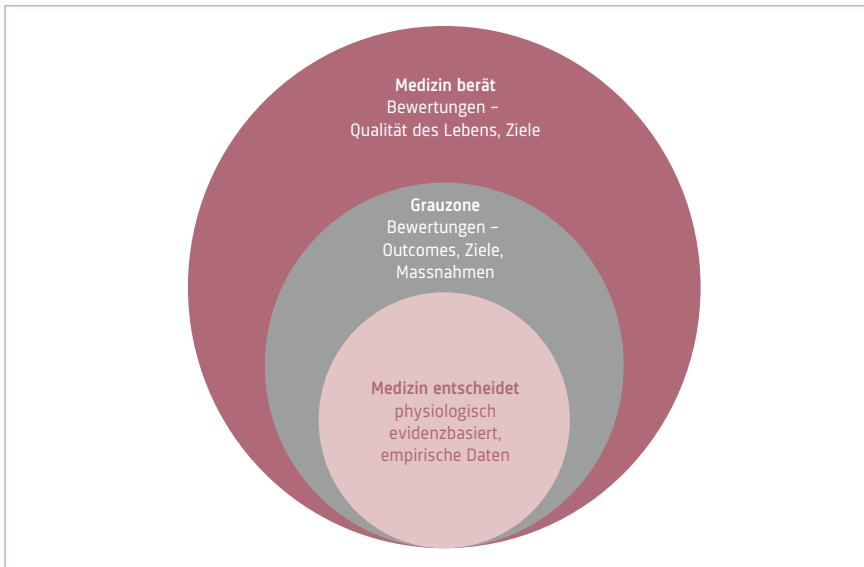
Therapeutische Ziele oder Massnahmen werden unterschiedlich gewichtet. In dieser Situation ist die Bewertung der empirischen Daten von Weltanschauung und gesellschaftlichen Werten geprägt. Soll zum Beispiel einer Patientin ein

32 Misak et al. 2016 sprechen von «straightforward-unnegotiated», «straightforward-negotiated» und «non-straightforward».

33 Vgl. Truog 2018.

34 Vgl. Aebi-Müller 2021.

Recht auf eine Behandlung zugesprochen werden, die in den letzten 50, 99 oder 100 Fällen wirkungslos war («Medizin entscheidet»)?³⁵ Die normative Entscheidung liegt in der Festlegung der Toleranzgrenze, d. h. des «Cut off» (quantitative Futility) bzw. in der Bewertung der Relevanz therapeutischer Effekte (qualitative Futility). Auch in diesen Situationen geht es in der Regel darum, gemeinsam mit der Patientin zu klären, ob die Behandlung gewünscht wird, obwohl die Erfolgsaussichten klein sind («Medizin berät»). Die Auswirkungen der Behandlung sind nicht nur hinsichtlich der Belastung für Patientin, Angehörige (oder das Behandlungsteam) relevant. Bei sehr teuren Therapien gilt es auch mögliche Opportunitätskosten zu bedenken; denn die aufgewendeten Ressourcen stehen für andere Patientinnen nicht mehr zur Verfügung.³⁶ Je nachdem kann dann eine Behandlung auch der Kategorie «Medizin entscheidet» zugeordnet werden.



Grafik 1: Futility und Entscheidungen in der Medizin.

Während es einen eng umschriebenen Bereich medizinischer Massnahmen gibt, für die aufgrund physiologischer Prozesse oder des medizinischen Evidenz- und Erfahrungswissens eine Wirksamkeit klar ausgeschlossen werden kann, so bleibt doch ein weitaus grösserer Bereich, in dem die Wirksamkeit abhängig vom Therapieziel unterschiedlich bewertet werden kann. Zwischen den beiden Bereichen besteht eine «Grauzone», in der es im jeweiligen gesellschaftlichen und ökonomischen Kontext auszuhandeln gilt, welche Massnahmen als therapeutische Optionen angeboten werden.

35 Vgl. Brett/McCullough 2017; Kyriakopoulos et al. 2017; Truog 2018.

36 Vgl. Niederman/Berger 2010.

4. Medizinische Indikation

4.1. Historischer Hintergrund

Wirkungs- bzw. Aussichtslosigkeit stehen in unmittelbarer Beziehung zur medizinischen Indikation, deren Konzept sich – wie das Futility-Konzept – bis in die antike Medizin zurückverfolgen lässt. Seit Galen hat die medizinische Indikation einen deontologischen Charakter gewonnen, als Verpflichtung zum ärztlichen Handeln.³⁷ Im Mittelalter entwickelte sich sodann die Indikationslehre, die sich zunehmend auf empirische Grundlagen und Kenntnisse abstützen konnte. Von den Zeichen und Ursachen einer Krankheit wurde auf diagnostische und therapeutische Entscheidungen geschlossen. Heute wird die Indikationsstellung als ein diskursiver und normativer Prozess betrachtet.

4.2. Begriffliche Klärungen und Kontroverse über die medizinische Indikation

Mit der medizinischen Indikation wird fachlich begründet, dass eine medizinische Behandlung geeignet und angemessen ist, um das mit dem Patienten gemeinsam bestimmte Behandlungsziel zu erreichen. Wie bei der medizinischen Aussichtslosigkeit besteht auch hier Uneinigkeit, inwiefern das Konzept der medizinischen Indikation den medizinischen und fachlich-wissenschaftlichen Rahmen sprengt. Neben individuellen Aspekten und wertbestimmten Erwägungen sind auch gesellschaftliche Vorstellungen von guter medizinischer Versorgung und den Zielen der Medizin relevant.³⁸ Wie beim Konzept der Futility können auch bei der medizinischen Indikation Aspekte zum Tragen kommen, die sich nicht am Patientenwohl bzw. an einer fairen Ressourcenverteilung orientieren. So kann etwa die ökonomische Zielsetzung des Krankenhausmanagements auf medizinische Entscheidungen über die Indikationsstellung einwirken. Einige Autoren schlagen deshalb Begriffsalternativen vor, beispielsweise «Nutzen-Schaden-Abwägungen», um wertende Aspekte explizit zu machen.³⁹

37 Vgl. Gahl 2015.

38 Vgl. Dörries/Lipp 2015; Maio 2015.

39 Vgl. Dörries 2015, Marckmann 2015.

Die Indikationsstellung umfasst zwei Ebenen: Im ersten Schritt bietet die medizinische Indikation im engeren Sinne eine fachliche, evidenzbasierte Begründung dafür, dass eine Behandlung für das vereinbarte Ziel angemessen und geeignet ist. Diese wird empirisch, final und kausal begründet und bezieht sich auf eine Kategorisierung der Krankheiten und Situationen.⁴⁰ Im zweiten Schritt wird die Behandlung in Bezug auf die individuelle Situation des Patienten sowohl in medizinischer als auch in persönlicher Hinsicht abgewogen. Die medizinische Indikation hat somit einen dualen Charakter: Sie muss wissenschaftlich begründbar sein und gleichzeitig persönliche und individuelle Aspekte und Wertvorstellungen des Patienten in Betracht ziehen.⁴¹ Auch wenn die Indikationsstellung «zwangsläufig auf naturwissenschaftliche Faktoren als auch auf lebensweltliche Aspekte des Patienten in seinem soziokulturellen Kontext Bezug nimmt»⁴², bedeutet das nicht, dass sie willkürlich ist. Sie ist in geregelte Entscheidungsstrukturen eingebettet und kann als Mittel verstanden werden, Vertrauen in die fachliche Expertise herzustellen.

Sowohl Wirkungslosigkeit als auch Aussichtslosigkeit stellen somit einen hinreichenden Grund für die Nichtindizierung einer Behandlung dar. Andererseits muss eine wirksame Behandlung nicht automatisch durchgeführt werden. Zuerst gilt es, die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten auf Nutzen und Risiken abzuwägen und den Patientenwillen zu erfassen.

Der Begriff der medizinischen Indikation erinnert damit an die Operationalisierung des Begriffs der Zweckmässigkeit gemäss Art. 32 KVG: «Ob eine medizinische Behandlung zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken.» Die Zweckmässigkeit deckt sich mit der medizinischen Indikation einer Behandlung, wie auch das Schweizerische Bundesgericht konstatiert: Ist die Behandlung medizinisch indiziert, ist sie auch zweckmässig.⁴³

4.3. Ethische Perspektive

Wie die medizinische Futility lässt sich auch das Konzept der medizinischen Indikation in verschiedene Kategorien⁴⁴ einteilen: Eine Massnahme ist

40 Vgl. Raspe 2015.

41 Vgl. Neitzke 2015, Marckmann 2015.

42 Maio 2015.

43 «Lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également» (BGE 130 V 532 S. 536).

44 Vgl. Neitzke 2015.

- indiziert;
- nicht indiziert (aussichtslos und/oder wirkungslos);
- kontraindiziert (schädlich)
- oder fraglich indiziert.

Die letztgenannte Kategorie entspricht in etwa der «Grauzone» medizinischer Wirkungs- bzw. Aussichtslosigkeit. Eine Behandlung ist zweifelhaft indiziert in Hinblick auf die individuelle und persönliche Situation des Patienten, wenn die Erfolgswahrscheinlichkeit gering und/oder der Nutzen marginal oder wissenschaftlich nicht genügend belegt ist.

Die medizinische Indikation lässt sich weiter differenzieren, um wissenschaftliche von wertenden und individuellen Elementen zu trennen. Eine medizinische Indikation im engen Sinne erstreckt sich nur auf den wissenschaftlich-medizinischen Bereich und zielt auf die Wirksamkeit einer Behandlung ab.⁴⁵ Ob eine Behandlung als indiziert oder nicht indiziert beurteilt wird, hängt in diesem Sinne ausschliesslich von evidenzbasierten Urteilen ab. Zudem könnten Indikationen mit einem Empfehlungsgrad versehen werden, der dem Evidenzgrad folgt.⁴⁶ Hinsichtlich dieser medizinischen Einschätzungen und Urteile stehen die Patienten in einem Vertrauensverhältnis zu den medizinischen Fachpersonen und verlassen sich auf deren Expertise.

Im zweiten Schritt der Bewertung, der die medizinische Indikation im engeren Sinn ergänzt, wird wie eingangs beschrieben (vgl. Kap. 4.2) der Begriff des Nutzens verwendet. Damit werden die Wertungen ausdrücklich verdeutlicht, die im Entscheidungsprozess mit dem Patienten zum Tragen kommen. Dabei wird die Patientenautonomie mit der fachlichen Expertise verflochten. In einem zusätzlichen Bewertungsschritt werden ethische Verpflichtungen gegenüber den Angehörigen, anderen Patienten und der Solidargemeinschaft abgewogen⁴⁷. Im letzten Schritt wird die Balance von Nutzen, Risiken und Belastungen reflektiert, die sich unter dem Begriff der Angemessenheit fassen lässt.

Die Qualität der medizinischen Indikation ist verschiedenen Risiken ausgesetzt. Zum einen könnte der zunehmende Fokus auf die Individualität der Patienten und ihre Wünsche einer wunscherfüllenden Medizin Vorschub leisten, die den normativen, evidenzbasierten Charakter der medizinischen Indikation in

45 Vgl. Marckmann 2015.

46 Vgl. Raspe 2015.

47 Vgl. Marckmann 2015.

den Hintergrund drängt.⁴⁸ Auf der anderen Seite könnten ökonomische Anreize medizinische Fachpersonen dazu verleiten, bei der Indikationsstellung nicht das Interesse des Patienten, sondern andere, medizinisch nicht relevante Faktoren in den Vordergrund zu stellen.⁴⁹

5. Rechtliche Aspekte

Um wirkungslose bzw. aussichtslose Behandlungen rechtlich einzuordnen, müssen die verschiedenen Fragestellungen berücksichtigt werden, die sich in diesem Zusammenhang stellen können.⁵⁰ Zu klären ist einerseits, unter welchen Voraussetzungen eine Behandlungspflicht bzw. eine Pflicht zum Angebot einer bestimmten Behandlung besteht (5.1), wie es sich verhält, falls eine angebotene Behandlung abgelehnt wird (5.2) und wie bei unklarer Indikation vorzugehen ist (5.3). Dabei wird zunächst einmal ausgeklammert, unter welchen Umständen eine Behandlung durch die Krankenkasse vergütet werden muss.

Besteht zwischen der Ärztin und der aufgeklärten Patientin (oder deren Vertreterin) Einigkeit darüber, dass eine Behandlung erfolgen, nicht erfolgen oder abgebrochen werden soll, gibt es aus rechtlicher Sicht keine weiteren Schwierigkeiten. Nachfolgend werden daher nur Konfliktsituationen ausgeleuchtet.

5.1. Pflicht zur Behandlung bzw. zum Angebot einer Behandlung

Eine Konfliktsituation kann entstehen, wenn die Patientin eine ihr nicht angebotene Behandlung einfordert. Das wirft die Frage auf, unter welchen Umständen eine Ärztin rechtlich verpflichtet ist, eine Behandlung anzubieten. In der juristischen Literatur herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass nicht indizierte Behandlungen weder vom Spital noch von der Ärztin angeboten werden müssen. Der Begriff der medizinischen Indikation ist daher von erheblicher Bedeutung. Wie im Kap. 4.2. dargelegt, bleibt ein Ermessensspielraum der Ärztin bestehen. Die durch diese aufgrund ihrer Fachkompetenz, ihres Erfahrungswissens und gegebenenfalls unter Rücksichtnahme auf fachspezifische Richtlinien gestellte Indikation steckt jedoch den Rahmen ab, innerhalb dessen die Patientin

48 Vgl. Maio 2015; Raspe 2015.

49 Vgl. Dörries 2015; Maio 2015; Raspe 2015.

50 Ausgeklammert werden im Folgenden Triage-Situationen im engeren Sinne, d.h. die Ressourcenknappheit mit Bezug auf Intensivpflegeplätze (dazu u. a. Aebi-Müller 2021).

ihr Selbstbestimmungsrecht – verstanden als Abwehrrecht gegen Fremdbestimmung (sogleich, Kap. 5.2) – ausüben kann.⁵¹ Bei Behandlungen, die nach medizinischen Kriterien «aussichtslos» sind, besteht daher keine Behandlungspflicht, und die Ärztin muss der Patientin oder deren Vertreterin auch kein entsprechendes Behandlungsangebot unterbreiten. Ebenso wenig ist sie verpflichtet, die Patientin an eine Kollegin oder an eine Institution zu überweisen, die allenfalls über ein entsprechendes Angebot verfügt.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass eine eigentliche Behandlungspflicht der Ärztin ohnehin die Ausnahme darstellt und sich auf die Hilfe in Notsituationen⁵² beschränkt. Auch wenn eine solche vorliegt, müssen Behandlungen, für die es keine Indikation gibt, nicht angeboten werden.⁵³

5.2. Ablehnung einer angebotenen oder empfohlenen Behandlung

Die Behandlung darf nicht durchgeführt werden, wenn die aufgeklärte, urteilsfähige Patientin (oder ihre Vertreterin) entscheidet, eine ihr konkret angebotene Behandlung oder grundsätzlich eine Therapie nicht in Anspruch nehmen zu wollen.⁵⁴ In diesem Fall ist einzig zu beachten, dass eine solche Entscheidung frei erfolgen sollte und nicht aufgrund einer einseitigen, direktiven Aufklärung oder unsachlicher Argumente von Seiten der Gesundheitsfachpersonen (Pseudo-Futility). Ein unter Druck oder infolge einseitiger Aufklärung getroffener Entscheidung über den Abbruch oder die Ablehnung einer Behandlung wäre rechtlich nicht wirksam, sodass sich die Frage der Haftung stellen könnte. Im Übrigen ist die Ablehnung medizinischer Massnahmen zu respektieren, unabhängig von den zugrunde liegenden Motiven. Vorbehalten bleiben lediglich (ausnahmsweise) Kinderschutzmassnahmen⁵⁵ oder – bei urteilsunfähigen Patientinnen bzw. Interessengefährdung durch eine Vertreterin der urteilsunfähigen Patientin – erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen.⁵⁶

51 Vgl. Aebi-Müller et al. 2016.

52 Vgl. Art. 40 lit. g Medizinalberufegesetz.

53 Vgl. Aebi-Müller et al. 2016.

54 Vgl. Aebi-Müller et al. 2016. § 2, Rz. 94, m.w.H.

55 Vgl. Pfister Piller 2016.

56 Vgl. «Zwangsmassnahmen in der Medizin». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2018).

5.3. Konflikt bei zweifelhafter Indikation («Grauzone»)

Aus rechtlicher Sicht ist die Sachlage dann am schwierigsten, wenn Zweifel darüber bestehen, ob eine eingeforderte Behandlung indiziert ist oder nicht und die Ärztin oder das Behandlungsteam der Auffassung sind, dass auf die Behandlung eher verzichtet werden sollte. Zwar ist ein Verzicht (selbst einer klar indizierten, umso mehr einer nicht eindeutig indizierten Behandlung) durch die Patientin rechtlich unproblematisch und zu respektieren. Ein Behandlungsangebot bei (klar) nicht indizierter Behandlung wiederum muss gar nicht erst erfolgen. Hingegen stellt sich die Frage, welche Rolle der Patientenwunsch in der «Grauzone» spielt. Die Gerichtspraxis befasst sich kaum mit diesen Fällen, und wenn doch, dann regelmässig nur unter dem Gesichtspunkt der Kostenübernahme durch Krankenversicherer. Da Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung als Bedingung für die Kassenpflicht vorausgesetzt sind, kann diese im Dialog zwischen Ärztin und Patientin auch als Ausgangspunkt dienen, um zu klären, ob eine Pflicht zu einem Behandlungsangebot besteht.⁵⁷ Kommt im Gespräch keine Einigkeit zwischen den involvierten medizinischen Fachpersonen und der Patientin bzw. deren Vertreter zustande, ist daher zu differenzieren: Falls die erforderlichen Ressourcen für die eingeforderte Behandlung an sich vorhanden sind und falls zugleich eine Kostenübernahmepflicht durch die Krankenversicherung besteht, sollte die Behandlung (oder ein Behandlungsversuch) im Zweifelsfall wunschgemäss erfolgen. Sind hingegen die beiden Voraussetzungen oder eine davon nicht erfüllt, sollte auf die Behandlung grundsätzlich verzichtet oder die bereits begonnene Behandlung beendet und gegebenenfalls auf Palliative Care fokussiert werden.

6. Fazit

Das Konzept der Futility ist komplex; die im Zusammenhang damit verwendeten deutschsprachigen Begriffe «Wirkungslosigkeit», «Aussichtslosigkeit» und «Indikation» werden unterschiedlich verwendet und voneinander abgegrenzt. Die vorliegenden Empfehlungen bieten eine Grundlage für eine klare und konsistente Verwendung der Begriffe.

Sowohl Wirkungslosigkeit als auch Aussichtslosigkeit stellen einen hinreichenden Grund für eine fehlende Indikation («nicht indiziert») dar. Umgekehrt bedeutet dies aber nicht, dass jede allfällig wirksame Behandlung auch indiziert ist;

denn es gilt ausserdem, Risiken und Nutzen (negative Aspekte für den Patienten, Zweckmässigkeit) abzuwägen sowie den Patientenwillen zu berücksichtigen.

Die Frage, wann etwas als «futile» eingestuft wird und wann nicht, hängt wesentlich davon ab, *was* als zufriedenstellendes Ergebnis bezeichnet wird. Zentral bleibt deshalb die Frage, *was* ein geeignetes Therapieziel ist. *Wer* legt das Therapieziel fest? Kann dieses durch die Intervention hinlänglich erreicht werden? Stehen Nutzen, Risiken und Belastungen in einem für den Patienten annehmbaren Verhältnis zueinander? Die Differenzierung zwischen Entscheidungen, die klar auf Seiten der medizinischen Fachpersonen liegen (vgl. Kap. 3.3: «Medizin entscheidet»), und Entscheidungen, die gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden müssen (vgl. Kap. 3.3: «Medizin berät»/«Grauzone»), ist zentral. Es gibt Bereiche, in denen ein robuster gesellschaftlicher Konsens besteht, der eine einseitige medizinisch-fachliche Entscheidung auch gegen den Willen der Betroffenen gestattet – etwa, wenn Patienten, deren Vertreter oder Angehörige Behandlungen verlangen, die nicht zur anerkannten medizinischen Praxis gehören resp. einen Abbruch der Behandlung ablehnen, obwohl deren Fortsetzung aus medizinischen Gründen als aussichtslos zu betrachten ist (z.B. Therapieabbruch bei refraktärer Herzinsuffizienz, Therapieabbruch bei persistierendem vegetativem Status). In solchen Konstellationen stärkt das Konzept der Futility die Autonomie und Expertise des medizinischen Behandlungsteams. Zugleich kann das Konzept der Aussichtslosigkeit Angehörige darin unterstützen, einen auch rechtlich abgestützten Behandlungsabbruch (vgl. Kap. 5.1) zu akzeptieren und in eine palliative Betreuung einzuwilligen.⁵⁸ In allen Konstellationen bleibt jedoch der Dialog mit dem Patienten und den Angehörigen zentral.

So gilt gemäss SAMW-Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» ein Reanimationsversuch als aussichtslos, wenn es prognostisch höchst unwahrscheinlich ist, dass eine kurz- oder mittelfristige Lebensverlängerung mit einer *aus Sicht des Patienten* erträglichen Lebensqualität erreicht werden kann. Auf der anderen Seite halten die Richtlinien aber auch Kriterien fest, in welchen Situationen Massnahmen zur Reanimation nicht angezeigt (und auch nicht verhandelbar) sind, weil es klare Hinweise dafür gibt, dass diese aussichtslos⁵⁹ wäre.

58 Vgl. Šarić et al. 2017; Truog 2018.

59 Hinweise sind: unbeobachteter Kreislaufstillstand, kein Vorliegen einer Hypothermie, Asystolie, keine Ersthelfer-Reanimation, Anfahrt Rettung mehr als 10 Min. Die Richtlinien weisen darauf hin, dass in der Praxis zur Entlastung der Angehörigen teilweise ein zeitlich begrenzter Reanimationsversuch durchgeführt wird. Dies vor allem um zu zeigen, dass alles versucht wurde. Die Richtlinien stellen fest, dass dies ethisch problematisch sei.

In der nachfolgenden Tabelle werden – ergänzend zum Text – das Verhältnis von Wirkungs- und Aussichtslosigkeit und der Bezug zur Indikation veranschaulicht.

| Futility | | | |
|---|---|--|---|
| Wirkungslosigkeit | | Aussichtslosigkeit | |
| unwirksam | wahrscheinlich unwirksam | wahrscheinlich aussichtslos | aussichtslos |
| Spezifisches Therapieziel kann mit Behandlung nicht erreicht werden, d.h. kein Therapieerfolg möglich (z.B. antibakterielle Behandlung einer viralen Infektion). | Wahrscheinlichkeit eines spezifischen Therapieerfolgs unklar oder gering, allenfalls wenig bedeutsamer Effekt in Aussicht (z.B. Verschreibung von Digoxin bei therapieresistanter Herzinsuffizienz). | Selbst falls Behandlung potenziell wirksam, besteht geringe Aussicht, das vom Patienten gewünschte übergeordnete Therapieziel (z.B. Heilung, Weiterleben bei akzeptabler Lebensqualität) zu erreichen (z.B. experimentelle Chemotherapie bei fortgeschrittenem metastasiertem Tumorleiden mit geringer Aussicht auf Verlängerung der Überlebenszeit um wenige Monate). | Selbst falls Behandlung potenziell wirksam, kann das vom Patienten gewünschte übergeordnete Therapieziel (z.B. Heilung, Weiterleben bei akzeptabler Lebensqualität) nicht erreicht werden (z.B. Wiederbelebung nach mehrminütiger Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr bei Patientin mit COPD im Endstadium). |
| nicht indiziert (oder kontraindiziert, falls schädlich) | fraglich indiziert («potentially inappropriate») Für Indikation ist Prüfung der Zweckmässigkeit erforderlich. → Bewertung des Verhältnisses von Grösse und Wahrscheinlichkeit von Nutzen, Risiken und negativen Effekten. Für Erstattungsfähigkeit (im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung) ist Prüfung der Wirtschaftlichkeit erforderlich. → Bewertung der Kosteneffektivität (Health Technology Assessment). | | nicht indiziert (oder kontraindiziert, falls schädlich) |
| In allen Situationen bleibt der Dialog mit dem Patienten bezüglich der übergeordneten und der spezifischen Therapieziele und der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen zentral. Wenn die Indikation fraglich ist, ist der Patient in den Entscheidungsprozess einzubeziehen (Shared Decision-Making). | | | |

Hinweis: Die Tabelle erfasst zweierlei nicht:

1. Den Teilaspekt der Zweckmässigkeit, der sich auf das Nutzen-Risiko-/Belastungsverhältnis für den Patienten bezieht (es könnte ja einen signifikanten Nutzen geben, der allerdings nur zu einem extrem hohen Preis zu haben ist, sodass der Nettonutzen gering ist); in einem solchen Fall wäre eine Behandlung nicht futile, aber unverhältnismässig (disproportionate).
2. Die Wirtschaftlichkeit und das Verhältnis von Nettonutzen für den Patienten und den Kosten («value»). Alle drei WZW-Kriterien zusammen lassen sich unter angemessene Versorgung [appropriate care] fassen.

7. Empfehlungen

Wenn Wirkungs- oder Aussichtslosigkeit einer Behandlung eindeutig feststehen, entfällt die medizinische Indikation («Medizin entscheidet»). Die nachfolgenden Empfehlungen sollen zum bewussten Umgang mit dem Konzept der Futility anregen, und zwar insbesondere in Situationen, wenn Wirkungs- oder Aussichtslosigkeit – unabhängig von den Patientenpräferenzen – nicht eindeutig ist («Medizin berät»/«Grauzone»). Dabei sind die nachfolgenden Empfehlungen relevant:

7.1. Klärung des Behandlungsziels

Das übergeordnete Ziel der Behandlung muss gemeinsam mit der Patientin bzw. deren Vertreterin geklärt werden. Dies setzt voraus, dass medizinische Fachpersonen Vorstellungen und Wissensstand der Patientin berücksichtigen, ihren Bedürfnissen, Wünschen und Befürchtungen Rechnung tragen und ihre Präferenzen erfragen. Fachpersonen orientieren sich am Behandlungsziel und legen Rechenschaft darüber ab, ob Art und Weise des Vorgehens dem Ziel entspricht. Das Ergebnis ist in geeigneter Form zu dokumentieren.

Beispiel: Eine Patientin mit Gebärmutterhalskrebs entwickelt ein obstruktives Nierenversagen, das unbehandelt zum raschen Tod führen kann. Die Patientin möchte die Geburt ihres Enkelkinds in zwei Monaten erleben. Eine Dialyse kann das Leben verlängern, verändert jedoch nichts am zugrunde liegenden Tumorleiden. Sie ermöglicht es jedoch, dass die Patientin die Geburt des Enkelkinds erlebt, und kann daher sinnvoll sein.

7.2. Anerkennen des eigenen «Bias»

Indikationsstellungen stützen sich nicht nur auf objektive Fakten, sondern sind mitunter durch nichtfachliche Motive beeinflusst. So können beispielsweise subjektive emotionale Bewertungen von Krankheitssituationen oder von Patientengruppen, die Angst vor heiklen Gesprächen, aber auch Interessenkonflikte auf die fachliche Beurteilung abfärben. Solche Einflüsse sind anzuerkennen und kritisch zu reflektieren.

Beispiel: Medizinische Fachpersonen sind sich bewusst, dass sie dazu tendieren können, bei bestimmten Patientengruppen eine Therapie schneller als aussichtslos bzw. wirkungslos zu beurteilen und nicht anzubieten resp. durchzuführen, z. B. bei Diabetikerinnen oder Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.⁶⁰

7.3. Interprofessionalität

Indikationsstellungen sollen interdisziplinär und multiprofessionell (im Team) gefällt werden. Die Spezialisten sind in die Beurteilung der Wirkungslosigkeit bzw. Aussichtslosigkeit einzubinden.

Beispiel: Stationsärztinnen und Pflegefachpersonen, die beurteilen müssen, ob bei einer Patientin eine Dialyse durchgeführt oder darauf verzichtet werden sollte, besprechen die Situation mit der zuständigen Nephrologin und Hausärztin sowie mit der Patientin und deren Angehörigen.

7.4. Biopsychosoziale Perspektive auf die Patientin

In die Entscheidung über die Zweckmässigkeit und /oder Wirksamkeit einer Behandlung sollen nicht nur physiologische, sondern auch psychologische und soziale Aspekte eingeschlossen werden.

Beispiel: Die Beurteilung über eine Therapie erfolgt nicht «atomistisch» hinsichtlich eines konkreten, zu behandelnden Problems (z. B. Eingriff, der Bettruhe zur Wundheilung erfordert bei einer psychomotorisch unruhigen Patientin mit Frailty), sondern holistisch hinsichtlich der Ganzheit der Patientin. Dies bedeutet, dass andere Erkrankungen und ihre Lebenssituation mitberücksichtigt werden.

7.5. Berücksichtigung der Werte und Weltanschauungen der Patientin

Persönliche Werte und Weltanschauungen oder auch kulturelle Prägungen der Patientin beeinflussen das Verständnis von Selbstbestimmung, wirken auf das Krankheits- und Heilungsverständnis zurück und können dazu führen, dass Behandlungsmöglichkeiten und Prognose unterschiedlich gewichtet werden. Dem gilt es Rechnung zu tragen, soweit es sich um ausgehandelte Indikationen bzw. um Indikationen in der «Grauzone» handelt.

Beispiel: Eltern, die aus weltanschaulichen Gründen die Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung bei einem Kind mit Multiorganversagen und schwerster ZNS-Schädigung ohne Aussicht auf Verbesserung verlangen, werden durch eine psychologische Begleitung unterstützt. Wenn religiöse Motive im Vordergrund stehen, kann es mit Einverständnis der Eltern auch hilfreich sein, Vertreterinnen der religiösen Gemeinschaft in den Dialog einzubeziehen.

7.6. Betonung des Dialogischen

Die Kommunikation/das Dialogische dient dazu, Bedürfnisse der Patientinnen und Angehörigen zu erkennen, Vertrauen aufzubauen und gute Entscheidungen zu erreichen. Es ist zu berücksichtigen, dass sich z.B. die Rolle der medizinischen Fachpersonen wie auch der Patientinnen im Verlauf einer schweren Krankheit verändern kann. Wenn sich abzeichnet, dass die Therapien keine Wirkung entfalten, ist wichtig, den von allen Seiten akzeptierten weiteren Weg dialogisch auszuhandeln.

Beispiel: Bei einer schwer an Covid-19 erkrankten betagten Intensivpatientin wird die Prognose immer schlechter. Im Gespräch mit den Angehörigen kann deren Sorge begegnet werden, der vorgeschlagene Therapieabbruch sei der Bettenknappheit geschuldet und ihre Verwandte müsse nun einem anderen, jüngeren Menschen Platz machen.

7.7. Transparenz

Indikationsstellungen sollen auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz, der medizinischen Erfahrung und der Patientensituation erfolgen. Wenn die Wirksamkeit einer Therapie oder die Prognose nicht mit Sicherheit eingeschätzt werden kann, ist dies transparent darzulegen und in den Entscheidungsprozess einzubeziehen (subjektive Wertung der Patientin). Ein scheinbar objektives Statement, wonach ein Eingriff nichts mehr bringe, ist nicht zulässig (Pseudo-Futility⁶¹).

Beispiel: Eine Chirurgin konfrontiert die Patientin mit dem Ergebnis der Entscheidung (Ablehnung des operativen Eingriffs aufgrund der schlechten Prognose) und informiert diese über den Hintergrund ihrer Ablehnung (schlechte Prognose).

7.8. Frühzeitige Integration von Palliative Care

Es ist wichtig, den Patientinnen verständlich zu machen, dass Therapielimitierungen (Verzicht und Abbruch) nicht das Ende der Behandlung bedeuten, sondern dass der Fokus auf Palliative Care gelegt wird. Auch wenn Therapien mit Blick auf ein Weiterleben bei akzeptabler Lebensqualität «aussichtslos» sind, können auch bei einer Verschiebung des Behandlungsziels hin auf Palliation wirksame und höchst zweckmässige Interventionen in Anspruch genommen werden.

Beispiel: Persistierende schwere Krankheit (z.B. COPD, schwere neurodegenerative Krankheit wie ALS oder schwere psychiatrische Krankheit wie Anorexia nervosa). Aussichtslosigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine intensivmedizinische Behandlung oder andere auf Lebensverlängerung zielende Behandlungen nicht mehr indiziert sind und die Bedeutung palliativer Betreuung in den Vordergrund rückt.

Fachgesellschaften, Pflegeorganisationen und Patientenorganisationen sind aufgefordert, die Diskussion über diese komplexe Thematik aufzunehmen.

References | Literaturverzeichnis | Littérature

- Aebi-Müller RE.** Behandlungspflichten und Behandlungsentscheide bei Ressourcenknappheit. Jusletter 1. Februar 2021.
- Aebi-Müller RE, Fellmann W, Gächter T et al.** Arztrecht. Bern: Stämpfli Verlag; 2016.
- Aghabarary M, Dehghan Nayeri N.** Medical futility and its challenges: a review study. *J. Med. Ethics Hist. Med.* 2016;9:11.
- Bernstein SL, Yu S, Post LA, Dziura J, Rigotti NA.** Undertreatment of tobacco use relative to other chronic conditions. *Am J Public Health.* 2013;103(8):e59–65.
- Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD et al.** An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: Responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;191(11):1318–30.
- Brett AS, McCullough LB.** Getting Past Words: Futility and the Professional Ethics of Life-Sustaining Treatment. *Perspect Biol Med.* 2017;60(3):319–27.
- Brody BA, Halevy A.** Is futility a futile concept? *J Med Philos.* 1995; 20(2):123–44.
- Dörries A.** Die medizinische Indikation: Begriffsbestimmung und Rahmenbedingungen. In: Dörries A, Lipp V. (Hrsg.) *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Kohlhammer; 2015; 13–23.
- Dörries A, Lipp V.** (Hrsg.) *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Kohlhammer; 2015.
- Fässler M, Wild V, Clarinval C et al.** Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. *Swiss Med Wkly.* 2015;145:w14080.
- Fateh-Moghadam B, Gutmann T.** Gleichheit vor der Triage. Rechtliche Rahmenbedingungen der Priorisierung von COVID-19-Patienten in der Intensivmedizin. *Verfassungsblog*; 2020. <https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage> (Zugriff: 10.8.2020).
- Gahl K.** Zur Geschichte des Begriffs der medizinischen Indikation. In: Dörries A, Lipp V. (Hrsg.) *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Kohlhammer; 2015; 24–35.
- Geppert C.** Psychotherapeutic Futility. In: Trachsel M, Gaab J, Biller-Andorno N, Tekin S, Sadler JZ (Hrsg.). *Oxford Handbook of Psychotherapy Ethics.* Oxford University Press; 2021; 447–60.
- Joebges S, Biller-Andorno N.** Ethics guidelines on COVID-10 triage – an emerging international consensus. *Crit Care.* 2020;24(1):201.
- Joebges S, Vinay R, Luyckx V, Biller-Andorno N.** Recommendations on COVID-19 triage – international comparison and ethical analysis. *Bioethics.* 2020; 34(9):948–59.
- Kieser U.** Zweckmässigkeitsprüfungen bei Arzneimitteln, v.a. beim Bestehen einer Limitation. *Pflegerecht.* 2019; 26–32.
- Krones T, Monteverde S.** Medical futility from the Swiss Perspective. In: Bagheri, Alireza (ed.) *Medical futility: a cross-national study. Medical Futility.* 2013; 205–26.
- Kuhn MW, Poledna T.** (Hrsg.). *Arztrecht in der Praxis.* 2. Aufl., Zürich: Schulthess; 2007 (insbes. S. 722 ff. zur strafrechtlichen Beurteilung der Ressourcenverteilung).
- Kyriakopoulos P, Fedyk M, Shamy M.** Translating futility. *CMAJ.* 2017;189(23):E805–E806.
- Lorentzon M, Nilsson AG, Johansson H et al.** Extensive undertreatment of osteoporosis in older Swedish women. *Osteoporos Int.* 30, 2019; 1297–305.
- Maio G.** Die Indikation als Vertrauensgrundlage der Medizin. In: Dörries A, Lipp V. (Hrsg.) *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Kohlhammer; 2015; 74–82.
- Marckmann G.** Wirksamkeit und Nutzen als alternative Konzepte zur medizinischen Indikation. In: Dörries A, Lipp V. (Hrsg.) *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Kohlhammer; 2015; 113–24.

Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J et al.

Übersorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2021;116:281–94.

Misak CJ, White DB, Truog RD. Medical futility: a new look at an old problem. *Chest.* 2014;146(6):1667–72.

Misak CJ, White DB, Truog RD. Medically Inappropriate or Futile Treatment: Deliberation and Justification. *J Med Philos.* 2016;41(1):90–114.

Nair-Collins M. Laying Futility to Rest. *J Med Philos.* 2015 Oct; 40(5):554–83.

Neitzke G. Medizinische und ärztliche Indikation – zum Prozess der Indikationsstellung. In: Dörries A, Lipp V. (Hrsg.) *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven.* Grundlagen und Praxis. Kohlhammer; 2015; 83–93.

Niedermaier MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med.* 2010;38(10 Suppl):S518–22.

OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health.* Paris: OECD Publishing; 2017.

Pargger H, Felder S. Uni Research News. Universität Basel. 2020. Covid-19 und Intensivmedizin: Zwei Repliken. www.unibas.ch/de/Aktuell/News/Uni-Research/Corona-und-Triage--Wer-soll-behandelt-werden--wer-nicht--Zwei-Repliken..html [Zugriff: 10.08.2020]

Pfister Piller B. Kinderschutz in der Medizin. Elterliche und staatliche Bestimmungsrechte bei der medizinischen Behandlung des Kindes. *Schulthess;* 2016.

Pope TM. Medical Futility and Potentially Inappropriate Treatment: better ethics with more precise definitions and language. *Perspect Biol Med.* 2017;60(3):423–27.

Picocchi D. Die Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen. *sui generis.* 2020; 297–307.

Raspe H. Die medizinische Indikation und ihre Regulierung in Zeiten der evidenzbasierten Medizin. In: Dörries A, Lipp V. (Hrsg.) *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven.* Grundlagen und Praxis. Kohlhammer; 2015; 94–112.

Rosca A, Krones T, Biller-Andorno N. Shared decision making: patients have a right to be informed about possible treatment options and their risks and benefits. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20268.

Šarić L, Prkić I, Jukić M. Futile Treatment. A Review. *J. Bioeth Inq.* 2017;14(3):329–37.

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990;112(12):949–54.

Schneiderman LJ. Defining medical futility and improving medical care. *J Bioeth Inq.* 2011;8(2):123–31.

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. The Abuse of Futility. *Perspect Biol Med.* 2017;60(3):295–313.

Truog RD. The Concept of Futility: Recognizing the Importance of Context. *Perspect Biol Med.* 2018;60(3):428–32.

Truog RD, White DB. Futile treatments in intensive care units. *JAMA Intern Med.* 2013;173(20):1894–5.

Wilkinson DJ, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(2):160–5.

Wolfe I. A Critical Analysis of Futility Discourse in Pediatric Critical Care. *Journal of Pediatric Ethics.* 2019;1(2):82–90.

