



Sterben zulassen

**Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels
von kurativer zu palliativer Therapie**

in den Krankenhäusern der Stiftung kreuznacher diakonie

Juni 2011

	Seite
Einleitung	3
1. Definitionen	3
2. Voraussetzungen für eine Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie	4
3. Verfahrensweisen	5
4. Dokumentation	7
5. Informationsweitergabe	7
6. Palliativmedizinische Gesichtspunkte	7
7. Re-Evaluation	9
8. Widerruf	9
9. Klinische Ethikberatung	9
10. Sonderfall: Verzicht auf Wiederbelebung	9
11. Doku-Blatt: Sterben zulassen	13
12. Doku-Blatt: Nicht wiederbeleben	15
<u>Anhang</u>	
Zur Terminologie von „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe	10
Literatur	12

Einleitung

Das Papier „Sterben zulassen - Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie“ beruht auf dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie, den Ethischen Grundsatzpapieren der Stiftung kreuznacher diakonie zur Sterbebegleitung, zum Umgang mit Patientenverfügungen und zur Wahrhaftigkeit, den Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen des Universitätsklinikums Erlangen, den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Leitlinien der DGAI zur Behandlungsbegrenzung auf Intensivstationen.

Übereinstimmend mit diesen Erklärungen, der Rechtsprechung und der medizinethischen Literatur ergibt sich, dass es keine ausreichende moralische und ärztliche Begründung ist, eine medizinische Behandlung von Patienten¹, nur weil sie technisch machbar ist, durchzuführen. Medizinische Behandlung muss für den uns anvertrauten einzelnen Patienten ein auf seine Lebensperspektive abgestimmtes Ziel haben. Nur dann ist sie als gute medizinische Behandlung zu werten. Dies kann im Einzelfall auch die Unterlassung oder den Abbruch von Maßnahmen bedeuten. Menschliche Anteilnahme, gute Pflege und sorgsame Symptomkontrolle sind jedoch stets unverzichtbar.

1. Definitionen

- Sterbender/Patient mit infauster Prognose im fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung

Ein Patient mit einer von mindestens zwei Ärzten diagnostizierten nicht mehr heilbaren Erkrankung oder Verletzung, der sich entweder bereits in der Sterbephase oder in einem weit fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung befindet und bei dem lebenserhaltende Maßnahmen den Tod hinauszögern und Leiden verlängern würden. (Siehe „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, 2004)

- Therapiezieländerung bei Sterbenden/Patienten mit infauster Prognose im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung

Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose (auch: passive Sterbehilfe).

- Kurative Therapie

Therapie, die auf Heilung bzw. Besserung einer Erkrankung abzielt

- Palliative Therapie

Therapie, die auf Leidenslinderung abzielt

- Weigerungsrecht

Ein Arzt kann die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen ablehnen, wenn er dies mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann. In diesem Fall ist rechtzeitig für eine anderweitige ärztliche Versorgung des Patienten Sorge zu tragen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwandt, der Inhalt bezieht sich selbstverständlich auch auf Frauen.



- Einwilligungsfähiger Patient

Ein Patient, der die Fähigkeit besitzt, basierend auf einer verständlichen medizinischen Aufklärung, die Natur und die Konsequenzen seiner Erkrankung bzw. Verletzung zu verstehen und die Vor- und Nachteile möglicher Therapien abzuschätzen und zu bewerten.

- Vertreter eines einwilligungsunfähigen Patienten

Eine vom Patienten durch eine Vorsorgevollmacht ermächtigte Person oder – falls eine solche Vollmacht nicht vorliegt – ein gerichtlich bestellter Betreuer. Ein Vertreter hat die Aufgabe, eine eventuell vorliegende Patientenverfügung zu prüfen, den Behandlungswillen festzustellen und ihm Geltung zu verschaffen (§1901a BGB).

- Mutmaßlicher Wille

Liegt keine Patientenverfügung oder eine zu wenig konkrete oder nicht zur Situation passende Patientenverfügung vor, ermittelt der Vertreter anhand früherer Äußerungen, persönlicher Wertvorstellungen des Betroffenen und eventuellen tendenziellen Hinweisen aus einer zu wenig konkreten Patientenverfügung den mutmaßlichen Willen (§1901a BGB). Dazu sind nahe Angehörige und andere enge Bezugspersonen zu befragen. Der Vertreter darf nicht seine eigenen oder allgemeine Bewertungsmaßstäbe zugrunde legen (§1904 BGB).

- Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine schriftlich abgefasste und persönlich unterschriebene Erklärung einer einwilligungsfähigen volljährigen Person. Darin festgelegt werden die von ihr konkret benannten gewünschten und/oder nicht gewünschten medizinischen Behandlungen für den Fall, dass sie bei in der Zukunft liegenden konkret benannten Erkrankungen oder Verletzungen nicht mehr einwilligungsfähig sein sollte. Festlegungen in einer Patientenverfügung bedeuten, dass man selbst die Verantwortung für die Folgen übernimmt, wenn ein Arzt diesen Wünschen entspricht. Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden. Sie muss weder von einem Notar beurkundet noch regelmäßig aktualisiert werden (§ 1901a BGB).

- Vorsorgevollmacht

Eine Erklärung, wer die Angelegenheiten des Betroffenen regeln soll, wenn er selbst aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr dazu in der Lage ist. Im Wesentlichen unterscheidet man folgende Bereiche: Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht und Vermögenssorge. Formerfordernisse sind: Schriftlichkeit, Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers. Eine notarielle Beurkundung ist im Bereich Gesundheitsfürsorge nicht erforderlich. Soll der Bevollmächtigte in gefährliche Eingriffe einwilligen können oder Behandlungen ablehnen können, so muss dies explizit in der Vollmacht erwähnt sein (§1904 BGB).

2. Voraussetzungen für eine Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie

Eine Therapiezieländerung ist nur dann indiziert, wenn eine oder mehrere der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Ablehnung einer weiteren Therapie durch einen volljährigen, einwilligungsfähigen Patienten
Jeder erwachsene, einsichtsfähige Mensch hat das Recht, medizinische Maßnahmen einschließlich künstlicher Ernährung abzulehnen.
- Ablehnung einer weiteren Therapie mit Hilfe einer Patientenverfügung
Patientenverfügungen können Aussagen über das Ergreifen oder Unterlassen von Therapien enthalten. Sind sie ausreichend konkret und bestehen keine begründeten Zweifel an ihrer Gültigkeit, sind sie als vollwertiger Ausdruck des Patientenwillens zu befolgen.
- Ablehnung einer weiteren Therapie durch einen Vertreter
Ein Vertreter besitzt das Recht, eine medizinische Therapie für den Patienten, den er vertritt, abzulehnen. Dabei haben sich seine Entscheidungen an dem schriftlich formulierten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren (s.o.).
- Ablehnung einer weiteren Therapie durch den verantwortlichen Arzt aufgrund fehlender medizinischer Indikation
Wenn der Tod für einen sterbenden Patienten oder einen Patienten mit infauster Prognose bevorsteht und eine Fortführung oder der Beginn einer Therapie ihn hinauszögern und Leiden verlängern würde, dann soll auf eine Therapie verzichtet, bzw. bereits eingeleitete Maßnahmen eingestellt werden. Eine Basisbetreuung ist stets unerlässlich.

3. Verfahrensweisen

- Aufklärung und Einwilligung
Die behandelnden Ärzte haben die Aufgabe, sterbende Patienten und Patienten mit infauster Prognose bezüglich Diagnose, Therapie und Prognose aufzuklären². Sie sollen sie ermutigen, Fragen zu ihrer Erkrankung zu stellen und ihnen diese verständlich beantworten. Damit wird den Patienten die Gelegenheit gegeben, sich frühzeitig und ausreichend mit einer möglichen Therapiebegrenzung und palliativen Therapie auseinander zu setzen und eine informierte Einwilligung zu geben.

Bestehende Patientenverfügungen sind im Arzt-Patient-Gespräch zu besprechen und ggf. zu präzisieren, nachdem der Patient über seine Krankheit aufgeklärt worden ist. Falls keine schriftliche Kommunikation mehr möglich ist, sollte nach Möglichkeit eine eindeutige mündliche Bestätigung eingeholt werden.

Seelsorgerliche Begleitung kann den Patienten und dessen Familie ebenfalls in den emotionalen, moralischen und ethischen Belangen unterstützen, die eine solche Entscheidung mit sich bringt. Den Patienten ist das Angebot auf Hinzuziehung eines Seelsorgers zu machen.
- Benennung eines Vertreters

² Siehe „Wahrhaftigkeit im Krankenhaus – Grundsätze und praktische Aspekte für die Krankenhäuser der Stiftung kreuznacher diakonie“

Bei einem vorübergehend oder dauerhaft einwilligungsunfähigen Patienten ist unverzüglich ein Vertreter heranzuziehen, um nach dem schriftlich formulierten oder mutmaßlichen Willen handeln zu können. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, so hat der verantwortliche Arzt deren Gültigkeit zu prüfen. Wenn keine Vorsorgevollmacht vorliegt, so hat er die unverzügliche Beantragung einer Betreuung sicherzustellen.

- Diskurs

Sobald sich in Bezug auf einen Patienten die Frage einer Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie stellt, soll sie der verantwortliche Arzt mit dem einwilligungsfähigen Patienten oder bei Nichteinwilligungsfähigkeit seinem Vertreter, seinen Angehörigen (bei Kindern insbesondere den Eltern), dem Lebenspartner sowie dem beteiligten ärztlichen und pflegerischen Personal diskutieren und nach Möglichkeit einen Konsens herbeiführen. Dabei soll jeder direkt an der ärztlichen und pflegerischen Versorgung des Patienten beteiligte Mitarbeiter die Möglichkeit haben, seine Meinung frei zu äußern. Bei einsichtsfähigen Minderjährigen ist der Wille des Betroffenen umzusetzen. Bei interdisziplinärer Behandlung soll ein Konsens zwischen allen beteiligten Disziplinen herbeigeführt werden.

- Entscheidungsfindung

Die Aufgabe des verantwortlichen Arztes besteht im Stellen der medizinischen Indikation einer Therapie. Die Entscheidung liegt beim einwilligungsfähigen, volljährigen Patienten, bzw. seinem Vertreter. Bei Minderjährigen gilt bei vorliegender Einsichtsfähigkeit (was bei der Mehrzahl der Jugendlichen im 17. und 18. Lebensjahr der Fall ist) das gleiche. Wenn der Patient seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann und auch keine Patientenverfügung vorliegt, ermittelt der Vertreter mit Unterstützung des Behandlungsteams den mutmaßlichen Willen. Dafür ist auf alle verfügbaren Informationen über frühere mündliche Äußerungen, die Präferenzen, Werte und Lebenseinstellungen des Patienten zurückzugreifen. Wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht (z.B. bei kleinen Kindern und geistig schwer behinderten Menschen) oder nicht mit hinreichender Sicherheit (z.B. bei Erwachsenen, die sich nie zu dem Thema geäußert haben) zu bestimmen ist, entscheidet der Vertreter im besten Interesse des Patienten.

- Einverständniserklärung

Eine schriftliche Einwilligung wird bei Ablehnung einer Therapie empfohlen. Bei einem einwilligungsfähigen Patienten ist die Einwilligung direkt von ihm einzuholen, bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten von seinem Vertreter. Keine Einverständniserklärung ist erforderlich bei Patienten, bei denen eine kurative Therapie nach ärztlichem Ermessen nicht indiziert ist.

- Dissens über den Patientenwillen zwischen verantwortlichem Arzt und Vertreter des Patienten

Nach §1901 BGB prüft der verantwortliche Arzt, welche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Vertreter erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die zu treffende Entscheidung.



Eine Genehmigung des Betreuungsgerichts für die Durchführung oder Nichtdurchführung einer Maßnahme ist nur erforderlich, wenn ein Dissens zwischen verantwortlichem Arzt und Vertreter über den Patientenwillen besteht.

Im Falle des Dissenses sollte vor der Anrufung des Betreuungsgerichts das Klinische Ethikkomitee um Unterstützung gebeten werden (siehe Punkt 9).

4. Dokumentation

Nachdem über die Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie Einvernehmen erzielt wurde, muss dies vom verantwortlichen Arzt unverzüglich in der Patientenakte kenntlich gemacht werden.

Der verantwortliche Arzt soll in der Akte mit Hilfe des vollständig ausgefüllten Dokumentationsbogens („Sterben zulassen – Therapiezieländerung von kurativer zu palliativer Therapie“) Folgendes vermerken:

- Gründe für die Unterlassung kurativer Maßnahmen
- Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten
- Ggf. eine Kopie der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht oder des Betreuungsausweises
- Informationen über Gespräche mit dem Patienten, ggf. seinem Vertreter, Angehörigen, Lebenspartnern sowie ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern
- andere Informationen, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten und den Entscheidungsfindungsprozess beziehen
- Art und Umfang der zu unterlassenden kurativen Maßnahmen
- Art und Umfang der durchzuführenden palliativen Maßnahmen
- Empfohlen: Schriftliche Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters bei Ablehnung einer Therapie
- Ärztliche Legitimation (Datum, Name und Unterschrift)

5. Informationsweitergabe

Der verantwortliche Arzt stellt sicher, dass die Therapiezieländerung und ihre Bedeutung klar und unmissverständlich sowohl dem nachgeordneten ärztlichen Dienst, als auch dem Pflegepersonal und allen übrigen beteiligten Personen mitgeteilt wird.

6. Palliativmedizinische Gesichtspunkte

Die Palliativmedizin kommt Patienten zugute, die an einer inkurablen Erkrankung - meist Krebs - leiden und bei denen das Lebensende nicht mehr fern ist. Für die ihnen verbleibende Zeit soll durch die Vielfalt palliativmedizinischer Möglichkeiten eine möglichst befriedigende Lebensqualität und/oder ein würdevolles Sterben erreicht werden. Palliativmedizin bedeutet mehr als „nur“ palliative Therapie oder Minimaltherapie, sie sollte nicht damit verwechselt werden. Palliative Therapie besteht beispielsweise schon seit langem darin, dass durch den Chirurgen bei fortgeschrittenem und nicht mehr operablem enteralem Tumor zur Symptomkontrolle eine Anus

praeter-Anlage erfolgt oder durch den Onkologen bei tumorbedingter Anämie Bluttransfusionen oder tumorverkleinernde Chemotherapie durchgeführt wird.

Palliativmedizin ist die Gesamtheit von:

- umfangreicher Symptomkontrolle (z.B. starke Schmerzen, Übelkeit, Dyspnoe, Obstipation, Angst, Depression, Delir, ggf. gering belastende palliative chirurgischen Eingriffe, ggf. palliative Sedierung)
- ethischen Aspekten (individuelle Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Unterlassen belastender Optionen wie Chemotherapie, Radikaloperation, Reanimation, der Aufnahme auf der Intensivstation sowie ausgedehnten laborchemischen Kontrollen; in der Sterbephase Unterlassen von künstlicher (parenteraler oder enteraler) Flüssigkeits- und Energiezufuhr oder Sauerstoffgabe)
- kommunikativen Aspekten gegenüber dem Patienten, seinen nächsten Angehörigen, dem medizinischen Fachpersonal auf der Normalstation und anderen professionellen/nicht professionellen Helfern (Beispiel: oft sind ausführliche Gespräche notwendig, um den einschneidenden Wechsel von kurativer auf palliativer Therapiekonzeption mit Unterlassen vielfältiger Optionen verständlich zu machen)
- sozialen Aspekten (z.B. Verlegung nach Hause mit Organisation der medizinischen und nicht-medizinischen Betreuung oder Verlegung auf eine Hospizstation oder eine Palliativstation)
- spirituellen bzw. religiösen Aspekten (Seelsorge)

Palliativpatienten sind aufgrund einer unheilbaren Grunderkrankung am Ende des Lebens. Sie bedürfen, ebenso wie ihre Angehörigen, einer besonderen Zuwendung und Begleitung, die der Zeitrahmen einer Station meist nicht ermöglichen kann. Diese und weitere Aufgaben soll der palliativmedizinische Konsildienst übernehmen. Bei Bedarf stellt er seine fachliche Kompetenz zur gesamtheitlichen, palliativmedizinischen Begleitung zur Verfügung. Das ist ebenso außerhalb der Finalphase wichtig. Die Behandlung von Palliativpatienten muss stets inter- bzw. multidisziplinär sein und im Rahmen unserer Klinik organisiert werden. Dies übernimmt der palliativmedizinische Konsildienst, der aus palliativmedizinisch ausgebildeten Pflegekräften und Ärzten besteht und eng mit anderen Disziplinen wie dem bisher kurativ behandelnden Fach sowie der Klinikseelsorge, dem Sozialdienst, der Physiotherapie und Psychoonkologie zusammenarbeitet. Umfangreiche Erfahrungen belegen, dass die strukturierte interdisziplinäre/multidisziplinäre Zusammenarbeit zu hoher Zufriedenheit und Geborgenheit der Patienten sowie ihrer Angehörigen führt. Das medizinische Fachpersonal der Normalstation (Ärzte, Pflegekräfte) wird sinnvoll in die Abläufe eingebunden, es erfährt sachgerechte Anleitung zu ethischen/psychosozialen Entscheidungen. Andererseits ist es aufgrund des Wegfalls der zeitaufwändigen Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen entlastet.

7. Re-Evaluation

Die palliative Therapie soll regelmäßig durch den verantwortlichen Arzt reevaluiert und das Ergebnis in angemessener Form dokumentiert werden, damit sichergestellt ist, dass sie noch mit dem Willen und dem Gesundheitszustand des Patienten übereinstimmt.

8. Widerruf

Die Ablehnung einer Therapie kann jederzeit durch den Patienten oder dessen Vertreter widerrufen werden; dies ist unverzüglich zu dokumentieren und dem verantwortlichen Arzt mitzuteilen.

9. Klinische Ethikberatung

In schwierigen Entscheidungssituationen kann das Klinische Ethikkomitee um Unterstützung gebeten werden. Gründe dafür können sein:

- Ein Mitglied des Behandlungsteams benötigt Unterstützung hinsichtlich der „Empfehlungen für die Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie“ und Verfahrensweisen, die die Therapiebegrenzung betreffen
- Der Patient, bzw. sein Vertreter oder die Angehörigen benötigen Unterstützung bezüglich einer Entscheidung für die Therapiezieländerung
- Ein Konflikt bei der Entscheidungsfindung zwischen den Beteiligten

10. Sonderfall: Verzicht auf Wiederbelebung

Das Ziel einer DNR (Do Not Resuscitate – Nicht wiederbeleben)—Order ist, in einer zeitkritischen Situation schnell im Sinne einer vorher in Ruhe und wohlüberlegt getroffenen Entscheidung handeln zu können.

Die Besonderheit der Situation besteht darin, dass die Entscheidung gefällt wurde, nicht mehr zu reanimieren, die Patienten jedoch durchaus noch andere Therapien (wie z.B. Operationen, Beatmung, Katecholamine, Antibiotika) erhalten.. Differenzierte Abstufungen der Therapiebegrenzung sind je nach Befund durchaus angemessen und sinnvoll. Bei diesen Patienten ist es also keineswegs so, dass „nichts mehr gemacht“ werden soll. Patienten mit DNR-Order müssen genau so gut versorgt werden wie vergleichbare Patienten ohne diese Anordnung.

Dazu kommt, dass es keine einheitliche Definition von Reanimation gibt, d.h. welche Maßnahmen sie genau umfasst.

Bei einem geplanten Verzicht auf Wiederbelebung muss genauso sorgfältig vorgegangen werden wie bei geplanter palliativer Therapie. Die oben aufgeführten Punkte 2 – 9 treffen in dieser Situation genauso zu und sind zu beachten. Der Unterschied besteht in der beschriebenen Patientengruppe: dass es sich nicht um unmittelbar sterbende Patienten handelt, sondern eher



um Patienten mit infauster Prognose, die noch über die Palliation hinaus Therapie erhalten, aber nicht reanimiert werden sollen und wollen.

Zur Dokumentation gibt es das Formblatt „Nicht wiederbeleben“, das ähnlich aufgebaut ist wie das palliative Formblatt „Sterben zulassen“, jedoch zusätzlich ausdrücklich die zu unterlassenden Reanimationsmaßnahmen und die weiterhin durchzuführenden Therapien benennt.

Anhang

Zur Terminologie von „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe

In Deutschland sind in der medizinischen Praxis die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe geläufig. Wir haben in den „Empfehlungen“ bewusst auf diese Terminologie verzichtet, weil diese Begriffe zwar auf manche Situationen anwendbar sind, viele alltägliche Geschehnisse jedoch nicht ausreichend beschreiben. Daher fassen wir mit dem Begriff „Entscheidungen am Lebensende“ die Situationen weiter und konzentrieren uns auf Situationen der Therapiebegrenzung und der palliativen Versorgung der Patienten.

Die Aktiv-/Passivunterscheidung führte und führt (insbesondere auf Intensivstationen) zu viel Verwirrung über die Zulässigkeit einzelner Handlungen. Oft können Handlungen nicht eindeutig der erlaubten „passiven“ Sterbehilfe zugeordnet werden, sondern werden als „aktive“ und damit verbotene Sterbehilfe aufgefasst. Dies hat zur Folge, dass leidenslindernde Maßnahmen nicht oder nur unzureichend oder nur mit einem schlechten Gewissen durchgeführt werden. Dennoch beziehen wir uns inhaltlich auf die Leitlinien der DGAI, die die drei Begriffe benutzt.³

Da die Begriffe „aktive“, „passive“ und indirekte“ Sterbehilfe“ immer wieder in Diskussionen gebraucht werden, sollen wir diese Begriffe im Folgenden erläutern und in ein Verhältnis zu den auf den vorhergehenden Seiten formulierten Empfehlungen setzen. Alle anderen Definitionen sind unter Punkt 1 der Empfehlung zu finden.

Aktive Sterbehilfe: Die Tötung eines unheilbar Kranken auf Grund seines ernstlichen Willens durch eine aktive Handlung (auch Tötung auf Verlangen), strafbar nach § 216 StGB.

Passive Sterbehilfe: Der Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose und unmittelbarer Nähe des Todes oder bereits eingesetztem Sterbeprozess.

³ H.W. Opperbecke, W. Weissauer: Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht. Teil 1: Erläuterungen zu den Leitlinien der DGAI. In: Der Anaesthesist 1999 48: 207-212. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI); Teil 2: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. In: Der Anaesthesist 1999 48: 213-217.

Indirekte Sterbehilfe: Palliative Behandlung eines Schwerkranken, insbesondere potente Schmerztherapie, unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenwirkung.⁴

Verwirrung stiftet dabei häufig die Frage, auf was sich „aktiv“ und „passiv“ bezieht. Bereits psychologisch scheint es einfacher, auf den Einsatz beispielsweise eines Beatmungsgeräts zu verzichten als diese Maßnahme wieder zurückzunehmen, d.h. ein Gerät, wie zum Beispiel ein Beatmungsgerät oder einen Perfusor abzustellen. Das Abstellen des Respirators wird daher häufig irrtümlich als „aktive Sterbehilfe“ klassifiziert. Dies entspricht aber weder den gesetzlichen Regelungen, noch den aktuellen gültigen Grundsätzen der Bundesärztekammer.⁵

Die „gefestigte Rechtsprechung“⁶ geht dahin, dass das Unterlassen lebensrettender Maßnahmen davon abhängig ist, dass nach medizinischer Überzeugung der Sterbeprozess bereits unumkehrbar eingesetzt hat. Gedacht wird dabei an finale Krankheitszustände, bei denen unter Einsatz modernster apparativer Technik die Irreversibilität des Sterbeprozesses nicht behoben werden kann, sondern lediglich der Zeitpunkt hinausgezögert wird. In dieser Situation darf auf ärztliche Maßnahmen verzichtet werden, bereits eingeleitete Maßnahmen dürfen abgebrochen werden. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören alle Maßnahmen der Intensivmedizin zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Vitalfunktionen (z.B. Beatmung, Dialyse, Gabe von Katecholaminen und Antibiotika, usw.) ebenso wie die künstliche Ernährung (enteral über Sonden oder parenteral über Katheter).

Der Bundesgerichtshof ging über diese Auffassung im sogenannten Kemptener Urteil hinaus. Demnach kann auch bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten der Abbruch einer ärztlichen Behandlungsmaßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der Wille bzw. der mutmaßliche Wille des Patienten. Dabei sind strenge Maßstäbe anzulegen. Herangezogen werden müssen u.a. frühere schriftliche oder mündliche Äußerungen des Patienten, religiöse Überzeugungen, sonstige persönliche Wertvorstellungen sowie die Haltung des Patienten zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit

Auf Grund dieser Sachlage macht es mehr Sinn, „aktiv“ und „passiv“ im Hinblick auf den Sterbeprozess zu verstehen. Von passiver Sterbehilfe kann man demnach dann sprechen, wenn man das Sterben eines Patienten zulässt („**Allow natural death**“), und zwar **sowohl** durch das Nicht-Aufnehmen, als **auch** durch das Nicht-Fortführen einer lebensverlängernden Maßnahme. In diesem Sinne sprechen die Grundsätze der Bundesärztekammer von einer Änderung des Therapieziels bei Patienten mit infauster Prognose. Wenn nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach die Patienten in absehbarer Zeit sterben werden, kann auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet werden, wenn diese nur das Leiden verlängern würden und „die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht“.⁷ Hervorzuheben ist der Hinweis, dass trotz dieser Änderung des Therapieziels die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen geboten bleibt.

Die vorliegende Empfehlung bezieht sich auf Situationen und Handlungen, die Entscheidungen am Lebensende im Sinne von Therapieverzicht und –abbruch betreffen. Dies entspricht dem, was die DGAI

⁴ Die Definitionen sind der Leitlinie der DGAI entnommen.

⁵ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004)

⁶ Reinhard Dettmeyer (2001): Medizin & Recht für Ärzte: Grundlagen, Fallbeispiele, Medizinrechtliche Fragen. Springer, Heidelberg. S. 97 f.

⁷ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004)



unter „passiver Sterbehilfe“ formuliert hat. Die „aktive Sterbehilfe“ (auch Tötung auf Verlangen) ist gesetzlich verboten (§216 StGB).

Für Fragen oder Erläuterungen rund um diese komplexe ethische Situation steht das Klinische Ethikkomitee zur Verfügung.

Literatur

- Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie „Nicht aufhören anzufangen“ (2006)
- Grundsätze für die Begleitung von Sterbenden in den Krankenhäusern der Stiftung kreuznacher diakonie (2000)
- Wahrhaftigkeit im Krankenhaus – Grundsätze und praktische Aspekte für die Krankenhäuser der Stiftung kreuznacher diakonie (2007)
- Grundsätze zur Gültigkeit von und zum Umgang mit Patientenverfügungen in Krankenhäusern der Stiftung kreuznacher diakonie (2010)
- Universitätsklinikum Erlangen (2005): Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen, Checkliste Therapiebegrenzung Intensivmedizin, Ärztliche Anordnung einer Therapiebegrenzung
- Universitätsklinikum Erlangen (2004): Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung, Formblatt Verzicht auf Wiederbelebung
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 07. Mai 2004
- H.W. Opderbecke, W. Weissauer: Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht. Teil 1: Erläuterungen zu den Leitlinien der DGAI. In: Der Anaesthesist 1999 48; 207-212. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI); Teil 2: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. In: Der Anaesthesist 1999 48: 213-217.
- Frank Patrick Schmidt: DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied. In: Deutsches Ärzteblatt 2009, 106(30): A 1511-5
- Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004.
- Reinhard Dettmeyer (2001): Medizin & Recht für Ärzte: Grundlagen, Fallbeispiele, Medizinrechtliche Fragen. Springer, Heidelberg
- Bundesministerium der Justiz (2009): Patientenverfügung.

Sterben zulassen

Patientenaufkleber

Therapiezieländerung von kurativer zu palliativer Therapie

Gründe für die Unterlassung der kurativen Maßnahmen:

- Medizinische Indikation für Fortführungen einer kurativen Therapie ist nicht gegeben (z.B. mit hoher Wahrscheinlichkeit Aussichtslosigkeit weiterer Maximaltherapie, Sterbephase hat eingesetzt)
- Patient/Vertreter lehnt weitere kurative Therapie ab (kann von Patient/Stellvertreter jederzeit widerrufen werden)

Einwilligungsfähigkeit des Patienten:

- Patient ist einwilligungsfähig Patient ist **nicht** einwilligungsfähig, Vertreterentscheidung notwendig
- Gründe für Nicht-Einwilligungsfähigkeit: _____

Es liegt vor:

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Betreuungsurkunde

Gespräche erfolgt:

- mit Patient am _____ mit Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigtem _____ am _____
- mit weiteren Angehörigen/Bezugspersonen: _____ am _____
- weitere TN aus dem Behandlungsteam: _____

Ethikberatung erfolgt am _____

Weitere wichtige Informationen zu Gesprächsinhalt und Entscheidungsprozess:



I. Folgende Behandlungen werden **nicht** durchgeführt:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Reanimation | <input type="checkbox"/> |
| 2. Beatmung | <input type="checkbox"/> invasiv
<input type="checkbox"/> nicht-invasiv
<input type="checkbox"/> _____ |
| 3. Kreislaufunterstützung | <input type="checkbox"/> Katecholamine
<input type="checkbox"/> Steigerung der Katecholamine
<input type="checkbox"/> _____ |
| 4. Nierenersatz | <input type="checkbox"/> Nierenersatzverfahren |
| 5. Ernährung/Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> künstliche enterale Ernährung
<input type="checkbox"/> parenterale Ernährung
<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsgabe iv./sc./Magensonde/PEG |
| 6. Therapie mit Blutprodukten | <input type="checkbox"/> |
| 7. Therapie mit Antibiotika | <input type="checkbox"/> |
| 8. Chemotherapie | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sonstiges | <input type="checkbox"/> |

II. Folgende Behandlungen **werden** durchgeführt:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Analgesie: | <input type="checkbox"/> Basismedikation siehe Anordnung:
<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation siehe Anordnung: |
| 2. Antiemetische Therapie | <input type="checkbox"/> siehe Anordnung: |
| 3. Therapie bei Dyspnoe | <input type="checkbox"/> siehe Anordnung: |
| 4. Therapie bei Angst/Unruhe | <input type="checkbox"/> siehe Anordnung: |
| 5. Stillen von Hunger und Durst | <input type="checkbox"/> Mundpflege <input type="checkbox"/> Essen und Trinken anbieten |
| 6. Sonstiges | <input type="checkbox"/> siehe Anordnung: |

III. Palliativkonsildienst informiert: ja nein

Eine suffiziente **Analgesie/Analgesedierung, Symptomkontrolle, Pflege und menschliche Begleitung** ist zu gewährleisten, ggf. auch seelsorgerlicher Beistand. Die Änderung des Therapieziels wird bei Schichtübergaben im ärztlichen und pflegerischen Dienst mitgeteilt und regelmäßig überprüft und dokumentiert.

Ort/Datum

Arzt/Ärztin

Re-Evaluation Ort/Datum

Arzt/Ärztin



Nicht wiederbeleben

Patientenaufkleber

Schwerpunkt: Verzicht auf Reanimationsmaßnahmen bei Fortsetzung weiterer Therapien

Gründe für die Unterlassung der Reanimation:

- Medizinische Indikation für Reanimation ist nicht gegeben (z.B. Prognose nach Reanimation sehr schlecht, unheilbares Leiden mit sehr begrenzter Lebenserwartung)
- Patient/Vertreter lehnt Reanimation ab (kann von Patient/Stellvertreter jederzeit widerrufen werden)

Einwilligungsfähigkeit des Patienten:

- Patient ist einwilligungsfähig Patient ist **nicht** einwilligungsfähig, Vertreterentscheidung notwendig
- Gründe für Nicht-Einwilligungsfähigkeit: _____

Es liegt vor:

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Betreuungsurkunde

Gespräche erfolgt:

- mit Patient am _____ mit Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigtem _____ am _____
- mit weiteren Angehörigen/Bezugspersonen: _____ am _____
- weitere TN aus dem Behandlungsteam: _____

Ethikberatung erfolgt am _____

Weitere wichtige Informationen zu Gesprächsinhalt und Entscheidungsprozess:



I. Folgende Behandlungen werden **nicht** durchgeführt:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Reanimation | <input type="checkbox"/> | Herzdruckmassage |
| | <input type="checkbox"/> | Defibrillation |
| <hr/> | | |
| 2. Intubation/ Beatmung | <input type="checkbox"/> | invasiv |
| | <input type="checkbox"/> | nicht invasiv |
| <hr/> | | |

3. Sonstiges _____

II. Folgende Behandlungen **werden** durchgeführt:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 1. Beatmung | <input type="checkbox"/> | Wechsel des Beatmungsmodus |
| | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <hr/> | | |
| 2. Kreislaufunterstützung | <input type="checkbox"/> | Katecholamine |
| | <input type="checkbox"/> | Steigerung der Katecholamine |
| | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <hr/> | | |
| 3. Nierenersatz | <input type="checkbox"/> | Nierenersatzverfahren |
| <hr/> | | |
| 4. Ernährung/Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> | künstliche enterale Ernährung |
| | <input type="checkbox"/> | parenterale Ernährung |
| | <input type="checkbox"/> | Flüssigkeitsgabe iv./sc./Magensonde/PEG |
| <hr/> | | |
| 5. Therapie mit Blutprodukten | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | |
| 6. Therapie mit Antibiotika | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | |
| 7. Chemotherapie | <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | | |
| 8. Sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |

III. Folgende symptomatische Behandlungen **werden** durchgeführt:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 1. Analgesie: | <input type="checkbox"/> | Basisedikation siehe Anordnung: |
| | <input type="checkbox"/> | Bedarfsmedikation siehe Anordnung: |
| <hr/> | | |
| 2. Antiemetische Therapie | <input type="checkbox"/> | siehe Anordnung: |
| <hr/> | | |
| 3. Therapie bei Dyspnoe | <input type="checkbox"/> | siehe Anordnung: |
| <hr/> | | |
| 4. Therapie bei Angst/Unruhe | <input type="checkbox"/> | siehe Anordnung: |
| <hr/> | | |
| 5. Stillen von Hunger und Durst | <input type="checkbox"/> | Mundpflege |
| | <input type="checkbox"/> | Essen und Trinken anbieten |
| <hr/> | | |
| 6. Sonstiges | <input type="checkbox"/> | siehe Anordnung: |

IV. Palliativkonsildienst informiert: ja nein

Eine suffiziente **Analgesie/Analosedierung, Symptomkontrolle, Pflege und menschliche Begleitung** ist zu gewährleisten, ggf. auch seelsorgerlicher Beistand. Der Verzicht auf Wiederbelegung wird bei Schichtübergaben im ärztlichen und pflegerischen Dienst mitgeteilt und regelmäßig überprüft und dokumentiert.

Ort/Datum

Arzt/Ärztin

Re-Evaluation Ort/Datum

Arzt/Ärztin