

Klinisches Ethikkomitee

Empfehlungen zur Änderung
des Therapieziels am Lebensende

Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels am Lebensende

Die Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie am Lebensende beruht auf dem Leitbild der Kliniken Maria Hilf, den Grundsätzen des Ethikkomitees an den Kliniken Maria Hilf und den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) zur Behandlungsbegrenzung auf Intensivstationen.

Übereinstimmend mit diesen Erklärungen, der Rechtsprechung und der medizin-ethischen Literatur ergibt sich, dass es keine ausreichende moralische und ärztliche Begründung ist, eine medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten, nur

weil sie technisch machbar ist, durchzuführen. Medizinische Behandlung muss für die uns anvertrauten einzelnen Patientinnen und Patienten ein auf ihre 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.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text teilweise die männliche Form verwendet, der Inhalt bezieht sich selbstverständlich auch auf Frauen.

1. Definitionen

» **Sterbende Menschen mit infauster Prognose im fortgeschrittenen Stadium ihrer 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“, 2011)

» **Therapiezieländerung bei sterbenden Menschen mit infauster Prognose**

im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung

Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, besonderes auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose (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.

» **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) eine gerichtlich bestellte Betreuerin oder 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 allgemeinen

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 eine sterbende Patientin oder einen Patienten mit infauster Prognose bevorsteht und eine Fortführung oder der Beginn einer Therapie ihn hinauszögern und Leiden verlängern würde, dann ist auf eine Therapie zu verzichten bzw. bereits eingeleitete Maßnahmen einzustellen. Eine Basisbetreuung ist stets unerlässlich.

3. Verfahrensweisen

» Aufklärung und Einwilligung

Die behandelnden Ärzte haben die Aufgabe, sterbende Patientinnen und Patienten mit infauster Prognose bezüglich Diagnose, Therapie und Prognose aufzuklären. 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**

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, pflegerischen und seelsorglichen Versorgung des Patienten beteiligte Mitarbeiter die Möglichkeit haben, seine Meinung frei zu äußern. 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.

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 sind auf alle verfügbare Informationen über frühere mündliche Äußerungen, die Präferenzen, Werte und Lebenseinstellungen des Patienten zurückzugreifen. Wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht oder nicht mit hinreichender Sicherheit 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
- Ärztliche Legitimation (Datum, Name und Unterschrift)
- empfohlen: Schriftliche Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters bei Ablehnung einer Therapie

5. Informationsweitergabe

Der verantwortliche Arzt stellt sicher, dass die Therapiezieländerung und ihre Bedeutung klar und unmissverständlich sowohl

demnachgeordneten ärztlichen Dienst als auch dem Pflegepersonal und allen übrigen beteiligten Personen mitgeteilt wird.

6. Palliativmedizinische Gesichtspunkte

Die Palliativmedizin kommt Patienten und Patientinnen zugute, die an einer inkurab-

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

Palliativmedizin ist die Gesamtheit von:

- » **umfangreicher Symptomkontrolle:**
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, Strahlentherapie, Radikaloperation, Reanimation, Aufnahme auf der Intensivstation sowie ausgedehnte laborchemische Kontrollen und Untersuchungen; in der Sterbephase Unterlassen von künstlicher (parenteraler oder enteraler) Flüssigkeits- und Energiezufuhr oder Sauerstoffgabe.
- » **kommunikativen Aspekten**
gegenüber dem Patienten, seinen näch-

sten 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 zu palliativer Therapiekonzeption verständlich zu machen). Bei Bedarf sollte die Seelsorge mit einbezogen werden.

» **sozialen Aspekten:**

Verlegung nach Hause mit Organisation der medizinischen und nicht-medizinischen Betreuung oder Verlegung auf eine Hospizstation oder eine Palliativstation.

» **spirituellen bzw. religiösen Aspekten (Seelsorge):**

Sorge um den ganzen Menschen mit seinen Ängsten, Sorgen, Freuden, mit seiner Sehnsucht nach glücklich sein. Angebot religiöser, sakramentaler Rituale in allen Lebenssituationen (Gespräch, Gebet, Kranken-kommunion, Abendmahlfeier, Krankensalbung, Segnung, Verabschiedung ...)

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 Konsiliardienst 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 Krankenhauseeulsoorge, dem Sozialdienst, der Physiotherapie und Psychoonkologie zusammenarbeitet.

Umfangreiche Erfahrungen belegen, dass die strukturierte interdisziplinäre/multi-

disziplinäre 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 und/oder eine ethische Fallbesprechung beantragt 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-Order (Do Not Resuscitate – Nicht wiederbeleben) 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 müs-

sen 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 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“, „passiver“ und „indirekter“ 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 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, wollen 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 in Eigeninitiative oder auf Grund des ausdrücklichen Patientenwillens (Tötung auf Verlangen) durch eine aktive Handlung ist nach § 216 StGB strafbar.

» **Passive Sterbehilfe:**

Der Verzicht oder die Beendigung von lebensverlängernden 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 eingestetztem Sterbeprozess.

» **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 Maß-

nahme 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 so genannten 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 mut-

maßliche 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“⁵. 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 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.

¹ Kreuznacher Diakonie: Wahrhaftigkeit im Krankenhaus – Grundsätze und praktische Aspekte; Sterben zulassen, Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels, Juni 2011

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

³ Die Definitionen sind der Leitlinie der DGAI entnommen.

⁴ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, 18. Februar 2011

⁵ Reinhard Dettmeyer (2001): Medizin & Recht für Ärzte: Grundlagen, Fallbeispiele, Medizinrechtliche Fragen. Springer, Heidelberg, S. 97 f.

So erreichen Sie das klinische Ethikkomitee

Sie erreichen uns **montags bis freitags** in der Zeit
von **8.00 bis 16.30 Uhr** unter

Telefon **02161 / 892 1801 (Sekretariat Strahlentherapie)**

Telefax **02161 / 892 1802**

E-Mail **ethik-komitee@mariahilf.de**

Herausgeber: Ethikkomitee der Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach,
Viersener Straße 450, 41063 Mönchengladbach – Stand 01/2019