

Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen

Präambel¹

Die „Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen“ beruhen auf den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) zur Behandlungsbegrenzung auf Intensivstationen und den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu den Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht. **Sie wurden initial verfasst von der Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung“ des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen²** und als Handreichung zur Checkliste „Therapiebegrenzung“ durch das Klinische Ethik Komitee und den Geschäftsbereich „Recht“³ des UKA modifiziert.

Übereinstimmend mit diesen Erklärungen, der Rechtsprechung und der medizinethischen Literatur sehen wir, dass es keine ausreichende moralische und ärztliche Begründung ist, eine medizinische Behandlung von Patienten, 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. Definitionen⁴

Sterbender Patient / 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 sich zwar noch nicht im Sterben befindet, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben wird, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, und bei dem lebenserhaltende Maßnahmen den Tod hinauszögern und Leiden verlängern würden. (Siehe die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2004.)

Therapiebegrenzung:

Verzicht auf lebensverlängernde Therapiemaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose (auch: passive Sterbehilfe). (Siehe die Leitlinien der DGAI 1999.)

¹ Um die Lesbarkeit des Textes nicht zu erschweren, wurde darauf verzichtet, bei Funktions- und Rollenbezeichnungen die weiblichen Endungen zu verwenden. Selbstverständlich sind ebenso alle Patientinnen, Ärztinnen, Krankenschwestern, weibliche Angehörige, andere Krankenhausmitarbeiterinnen, Betreuerinnen und weibliche Vorsorgebevollmächtigte gemeint.

² Der Erlanger Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung“ gehören folgende Personen an: Karolin Clauss, Pfarrer Johannes Eunicke, Dr. phil. Uwe Fahr, Frank Heinze, Gudrun Hoffmann, Dr. med. Martin Marsch, Dr. Oliver Rauprich, Dr. med. Jan Schildmann, Prof. Dr. med. Jürgen Schüttler, PD Dr. med. Markus Wehler, Dr. med. Thela Wernstedt (2005). Durch Dr. Med. Florian Bruns und Prof. Dr. med. Andreas Frewer modifizierte und aktualisierte Erlanger Fassung (2010).

³ Hier gilt unsere besonderer Dank Frau Assessorin Ilka Kemper für die engagierte Zusammenarbeit.

⁴ Es handelt sich hierbei nicht um Legaldefinitionen, sondern um Erläuterungen zu den jeweiligen Begriffen.

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. (Siehe Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004.)

Verantwortlicher Arzt:

Der den Patienten betreuende Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin oder dessen Stellvertreter.

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.

Stellvertreter eines einwilligungsunfähigen Patienten:

Eine vom Patienten durch Vorsorgevollmacht ermächtigte Person oder – falls eine solche Vollmacht nicht vorliegt – ein gerichtlich bestellter Betreuer. Ein Stellvertreter hat die Aufgabe, bei Behandlungsentscheidungen den bekannten oder mutmaßlichen Willen und die Interessen des einwilligungsunfähigen Patienten zu vertreten.

Patientenverfügung:

Eine schriftlich abgefasste und unterschriebene Erklärung einer Person über die von ihr gewünschten und nicht gewünschten medizinischen Behandlungen für den Fall, dass sie bei zukünftigen Erkrankungen oder Verletzungen nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte.

2. Voraussetzungen für eine Therapiebegrenzung

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

- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie durch den verantwortlichen Arzt aufgrund **fehlender medizinischer Indikation**. Wenn der Tod für den sterbenden Patienten oder einen Patienten mit infauster Prognose bevorsteht und eine Fortführung oder der Beginn einer intensivmedizinischen Therapie ihn hinauszögern und Leiden verlängern würde, dann soll auf eine intensivmedizinische Therapie verzichtet bzw. sollen bereits eingeleitete Maßnahmen eingestellt werden. Palliativmedizinische Maßnahmen der Comfort Care sind stets unerlässlich.
- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie **durch einen erwachsenen, einwilligungsfähigen Patienten**. Zu den lebensrettenden Maßnahmen gehören alle Maßnahmen der Intensivmedizin zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Vitalfunktionen (z.B. Beatmung, Dialyse, Gabe von Antibiotika usw.); teilweise wird die künstliche Ernährung dazu gerechnet.⁵ Jeder erwachsene, einsichtsfähige Mensch hat das Recht, medizinische Maßnahmen abzulehnen.
- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie **mit Hilfe einer Patientenverfügung**. Patientenverfügungen können Aussagen über das Ergreifen oder Unterlassen von Therapien enthalten. Solange keine begründeten Zweifel an ihrem Gehalt oder ihrer Gültigkeit bestehen, sind sie als vollwertiger Ausdruck des Patientenwillens zu befolgen.
- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie **durch den Stellvertreter eines einwilligungsunfähigen Patienten**. Ein Stellvertreter besitzt das Recht, eine

⁵ Reinhard Dettmeyer (2006): Medizin & Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt. 2. Auflage. Springer, Heidelberg. S. 96.

medizinische Therapie für den Patienten, den er vertritt, abzulehnen. Dabei haben sich seine Entscheidungen an dem bekannten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren.

Aufklärung und Einwilligung

Die behandelnden Ärzte sollen sterbende Patienten und Patienten mit infauster Prognose ermutigen, Fragen hinsichtlich der Diagnose, Therapie und Prognose ihrer Erkrankung zu stellen und ihnen diese verständlich beantworten. Damit soll den Patienten Gelegenheit gegeben werden, sich frühzeitig und ausreichend mit einer möglichen Änderung der Therapieziele auseinander zu setzen und eine informierte Einwilligung zu geben. Die Klinikseelsorge, der Sozialdienst, der Patientenfürsprecher etc. können den Patienten und dessen Familie ebenfalls in den emotionalen, moralischen und ethischen Belangen unterstützen, die eine solche Entscheidung mit sich bringt. Das Behandlungsteam soll diese hinzuziehen, sofern es gewünscht ist.

Bestehende Patientenverfügungen sollten nach Möglichkeit nochmals bestätigt und ggf. präzisiert werden, nachdem die Patienten über ihre Krankheit aufgeklärt worden sind. Falls keine schriftliche Kommunikation mehr möglich ist, sollte nach Möglichkeit eine eindeutige mündliche Bestätigung eingeholt und dokumentiert werden.

Benennung eines Stellvertreters

Bei einem vorübergehend oder dauerhaft einwilligungsunfähigen Patienten ist unverzüglich ein Stellvertreter heranzuziehen, um nach dem bekannten oder mutmaßlichen Willen handeln zu können. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, so hat der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin 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 möglichen Therapiebegrenzung stellt, soll sie der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin mit dem einwilligungsfähigen Patienten oder bei Nichteinwilligungsfähigkeit mit dessen Stellvertreter, seinen Angehörigen (bei Kindern insbesondere den Eltern), dem Lebenspartner, Vertrauenspersonen sowie dem beteiligten ärztlichen und pflegerischen Personal diskutieren und nach Möglichkeit einen Konsens herbeiführen. Dabei soll jeder direkt an der ärztlichen oder pflegerischen Versorgung des Patienten beteiligte Mitarbeiter die Möglichkeit haben, seine Meinung frei zu äußern. Der Wille eines minderjährigen Patienten soll entsprechend seiner Einsichtsfähigkeit und seines Urteilsvermögens beachtet werden.

Entscheidungsfindung

Die definitive Entscheidung liegt beim Patienten bzw. bei seinem Stellvertreter und dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der behandelnden Disziplin. Einsichts- und urteilsfähige minderjährige Patienten sind in die Entscheidung miteinzubeziehen.

Die Entscheidungsfindung hat sich einerseits an der medizinischen Indikation, andererseits an dem Willen des Patienten zu orientieren. Wenn der Patient seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann und auch keine Patientenverfügung vorliegt, ist sein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dafür ist auf alle verfügbaren Informationen über die Präferenzen, Werte und Lebenseinstellungen des Patienten zurückzugreifen. Wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht (z.B. bei Neonaten) oder nicht mit hinreichender Sicherheit (z.B. bei Erwachsenen, die sich nie zu dem Thema geäußert haben) zu bestimmen ist, soll so entschieden werden, wie es aus Sicht des verantwortlichen Arztes und des Stellvertreters im besten Interesse des Patienten ist.

Einverständniserklärung

Eine Therapiebegrenzung erfordert eine schriftliche Einwilligung. Bei einem einwilligungsfähigen Patienten ist die Einwilligung direkt von ihm einzuholen, bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten von seinem Stellvertreter, der dem Patientenwillen Geltung zu verschaffen hat. Keine Einverständniserklärung ist erforderlich bei Patienten, bei denen eine intensivmedizinische Therapie nach ärztlichem Ermessen nicht indiziert ist.

Dissens zwischen verantwortlichem Arzt und Stellvertreter des Patienten

Wenn der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin eine weiterführende intensivmedizinische Therapie für indiziert erachtet, es aber einen Dissens zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem Stellvertreter des Patienten im Hinblick auf den mutmaßlichen Patientenwillen gibt, so ist das Betreuungsgericht einzuschalten. Ist der verantwortliche Arzt der Überzeugung, dass eine indizierte Therapie dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und deshalb weitergeführt werden muss, kann diese Überzeugung durch den Stellvertreter eines Patienten nur mit gerichtlicher Genehmigung übergangen werden. Dies gilt auch für den Fall, dass eine Patientenverfügung vorliegt und ein Dissens in Bezug auf deren Interpretation besteht.

Grundsätzlich besteht zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, die Klinische Ethikberatung einzuschalten.

4. Dokumentation

Nachdem die Therapiebegrenzung angeordnet worden ist, muss dies von dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin unverzüglich in der Patientenakte kenntlich gemacht werden. Solange dies nicht geschehen ist, tritt die Anordnung nicht in Kraft.

Der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin soll in der Akte folgendes vermerken bzw. hinterlegen:

- Art und Umfang der zu unterlassenden medizinischen Maßnahmen
- Gründe, warum diese Maßnahmen unangemessen sind
- Hinweise auf die Urteilsfähigkeit des Patienten
- Schriftliche Einwilligung des Patienten oder seines Stellvertreters
- Ggf. eine Kopie der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht oder des Betreuungsausweises
- Informationen über Aufklärungsgespräche und Diskussionen mit dem Patienten, ggf. mit seinem Stellvertreter, mit den Eltern bei minderjährigen Patienten, Angehörigen, Lebenspartnern, Vertrauenspersonen sowie ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern
- Andere Informationen, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten und den Entscheidungsfindungsprozess beziehen
- Schriftliche Anordnung der Therapiebegrenzung in der Spalte ärztliche Anordnungen
- Ein komplett ausgefüllter Dokumentationsbogen
- Ärztliche Legitimation (Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift)

5. Informationsweitergabe

Der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin stellt sicher, dass die Anordnung einer Therapiebegrenzung und ihre Bedeutung klar und unmissverständlich sowohl dem nachgeordneten ärztlichen Dienst als auch dem Pflegepersonal und allen übrigen beteiligten Personen mitgeteilt wird. Die Übergabe dieser Anordnung ist fester Bestandteil der Schichtübergabe im ärztlichen und pflegerischen Dienst.

6. Weitere Behandlung eines Patienten mit Therapiebegrenzung

Die sonstige medizinische und pflegerische Betreuung eines Patienten erfolgt unabhängig von der Anordnung zur Therapiebegrenzung.

7. Re-Evaluation

Die Anordnung einer Therapiebegrenzung soll alle 24 Stunden durch den verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin re-evaluiert 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 Anordnung einer Therapiebegrenzung kann jederzeit durch den Patienten oder dessen Vertreter widerrufen werden; dies ist unverzüglich zu dokumentieren und dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin mitzuteilen.

9. Klinische Ethikberatung

Eine Konsultation der Klinischen Ethikberatung des Klinischen Ethikkomitees (KEK) ist jederzeit möglich. Gegenstand der Klinischen Ethikberatung ist es, Positionen zu klären und durch Gesprächsmoderation die Beteiligten bei einer ethischen Entscheidungsfindung zu unterstützen.

10. Entscheidungen am Lebensende: Zur Terminologie von „aktiv“ und „passiv“

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 des Verzichtes und Abbruchs von Behandlungen auf Intensivstationen sowie auf die palliative Versorgung der Patienten.

Die aktiv/passiv-Unterscheidung führte und führt gerade 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. Verwirrung stiftet dabei häufig die Frage, auf was sich „aktiv“ und „passiv“ bezieht. Bereits psychologisch scheint es einfacher auf den Einsatz beispielsweise eines Respirators zu verzichten, als diese Maßnahme wieder zurückzunehmen, d.h. ein Gerät, wie zum Beispiel den Respirator 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 aktuell gültigen Grundsätzen der Bundesärztekammer.⁶

Die „gefestigte Rechtsprechung“ stellte für die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen früher auf das äußere Erscheinungsbild bzw. den Schwerpunkt des strafrechtlich

⁶ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung . In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004.

relevanten Verhaltens ab und forderte für die passive Sterbehilfe ein Unterlassen im Rechtsinne. Darüber hinaus wurde die Zulässigkeit des Unterlassens lebensrettender Maßnahmen davon abhängig gemacht, dass nach medizinischer Überzeugung der Sterbeprozess bereits unumkehrbar eingesetzt hat. Gedacht wurde 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 durfte auf ärztliche Maßnahmen verzichtet werden, bereits eingeleitete Maßnahmen durften abgebrochen werden.

In seinem Urteil vom 25.06.2010 (Az: 2 StR 454/09) rückt der BGH von seiner bisherigen Rechtsprechung ab und stellt unter Berücksichtigung der zum 29.06.2009 vom Gesetzgeber vorgenommenen Änderungen im Betreuungsrecht fest:

„1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.

3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in dem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.“⁷

Der BGH stellt somit für die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs bzw. des Unterlassens der ärztlichen Maßnahmen allein auf die „**Behandlungsbezogenheit**“ und „**die Verwirklichung des auf die Behandlung bezogenen Willens der betroffenen Person**“⁸ ab. Zu einer nicht auf eine Behandlung bezogenen medizinischen Maßnahme, die direkt zum Tode führen würde, können Patienten aber nicht einwilligen. Diese ist nach wie vor als „Tötung auf Verlangen“ (aktive Sterbehilfe) mit dem § 216 StGB strafbewehrt.

Die Verbindlichkeit des tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillens wird nach der Entscheidung des BGH nunmehr **unabhängig von Art und Stadium seiner Erkrankung** festgestellt.⁹ Es muss also nicht bereits ein unumkehrbarer Sterbeprozess begonnen haben, damit eine medizinische Behandlung zulässigerweise abgebrochen oder unterlassen werden darf.

Auf Grund dieser Entscheidung macht es mehr Sinn, „aktiv“ und „passiv“ im Hinblick auf den Krankheitsprozess zu verstehen. Von (erlaubter) passiver Sterbehilfe kann man demnach dann sprechen, wenn man dem Krankheitsprozess eines Patienten seinen Lauf lässt, und zwar sowohl durch das Nicht-Aufnehmen als auch durch das Nicht-Fortführen einer medizinischen Maßnahme, entweder weil diese medizinisch nicht (mehr) indiziert ist oder aber weil sie dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen nicht entspricht. Betont werden soll aber noch einmal, dass die palliativmedizinische Versorgung im Sinne einer Comfort Care in jedem Fall geboten bleibt.

⁷ BGH-Urteil vom 25. Juni 2010 2 StR 454/09, <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=268f691c894ad97eabcba4ff4f4c6309&nr=52999&pos=1&anz=2> (abgerufen am 9.2.2011).

⁸ Begründung zum BGH-Urteil vom 25. Juni 2010, S. 19 f.

⁹ Vgl. Begründung zum BGH-Urteil vom 25. Juni 2010, S. 13.

11. Hinweis und Kontakt

Wissenschaft und ärztliche Praxis sind in einem beständigen Wandel begriffen. Die vorliegenden Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen sind nach bestmöglichen und aktuellen Erkenntnissen gestaltet worden. Durch die Verwendung der Richtlinien besteht keinerlei Rechtsanspruch an das Klinische Ethik Komitee oder das Universitätsklinikum Aachen, noch an das Universitätsklinikum Erlangen und an das dortige Klinische Ethikkomitee.

Rückfragen bitte an:

Klinisches Ethik Komitee
Universitätsklinikum Aachen

Wendlingweg 2
52074 Aachen
kek@ukaachen.de