



Sterben zulassen

Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels
von kurativer zu palliativer Therapie
im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
der Stiftung kreuznacher diakonie

Stiftung kreuznacher diakonie

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist eine gemeinnützige und mildtätige kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts und wurde 1889 in Bad Sobernheim als Diakonissen-Mutterhaus gegründet. Heute hat die Stiftung kreuznacher diakonie ihren Sitz in Bad Kreuznach und ist Träger von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen.

Seit über 125 Jahren nimmt die Stiftung kreuznacher diakonie teil am Auftrag der Kirche, Gottes Liebe zur Welt in Jesus Christus allen Menschen zu bezeugen. Sie weiß sich diesem Auftrag verpflichtet und beteiligt sich seit ihren Anfängen an der Diakonie als Wesens- und Lebensäußerung der Kirche. Die Stiftung nimmt sich besonders Menschen in leiblicher Not, in seelischer Bedrängnis und in sozial benachteiligten Verhältnissen an. Diesen Auftrag fördern in besonderer Weise die Diakonischen Gemeinschaften Diakonissen-Mutterhaus und Paulinum.

Die diakonisch-sozialen Angebote der Stiftung sind in fünf Geschäftsfeldern organisiert:

- **Krankenhäuser und Hospize**
- **Leben mit Behinderung** · Rehabilitation, Förderschulen, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen sowie Integrationsabteilungen
- **Seniorenhilfe** · Betreuungs- und Wohnangebote für Menschen im Alter und Pflegebedürftige
- **Kinder-, Jugend- und Familienhilfe** · Tagesstätten, familienentlastende Dienste und Inobhutnahmen
- **Wohnungslosenhilfe** · dezentrale Wohnangebote, ambulante Hilfen wie Straßensozialarbeit, Tagesaufenthalte und Nachbetreuung

Die Stiftung bietet rund 750 pflegerische, pädagogische und diakonisch-theologische Aus- und Weiterbildungsplätze. Täglich nehmen Tausende von Menschen Dienstleistungen der Stiftung kreuznacher diakonie in Anspruch. Rund 6.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben einen Arbeitsplatz bei der Stiftung kreuznacher diakonie.

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist auf die Hilfe von Freundinnen und Freunden angewiesen. Sie unterstützen diakonisch-soziale Angebote durch Geld- und Sachzuwendungen, durch Vermächtnisse und Stiftungen. Diese Hilfen kommen direkt den Menschen zugute, die die Dienste der Stiftung in Anspruch nehmen.

Unser Spendenkonto bei der Bank für Kirche und Diakonie eG – KD-Bank
IBAN DE50 1006 1006 1006 40 · BIC GENODED1KDB

Stiftung kreuznacher diakonie

Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671 / 605-0

E-Mail info@kreuznacherdiakonie.de

www.kreuznacherdiakonie.de

Herausgeber	Stiftung kreuznacher diakonie, Kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts · Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach
Verantwortlich	Der Vorstand
Redaktion	Ethikausschuss der Stiftung kreuznacher diakonie
Layout Grafik	Referat Kommunikation · Stiftung kreuznacher diakonie transformdesign
Fotos	Niko Neuwirth
Stand	August 2017

Sterben zulassen

Empfehlungen zur Änderung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Therapie¹ im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie

6	1. Präambel
7	2. Kriterien der Entscheidungsfindung
	2.1. Indikation
	2.2. Patientenwille
	2.2.1. Die oder der einwilligungsfähige Patientin oder Patient
	2.2.2. Die oder der aktuell nicht einwilligungsfähige Patientin oder Patient mit Patientenverfügung
	2.2.3. Die oder der aktuell nicht einwilligungsfähige Patientin oder Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung
	2.2.4. Die oder der aktuell nicht einwilligungsfähige Patientin oder Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung und ohne juristische Stellvertreterin oder juristischen Stellvertreter
	2.3. Therapiezielfindung
13	3. Zulassen des Sterbens nach Therapiezieländerung
	3.1. Therapiebegrenzung
	3.2. Symptomkontrolle nach Therapiezieländerung
	3.3. Sterbebegleitung und Umsetzung der Therapiebegrenzung
	3.4. Dokumentation der Therapiebegrenzung
17	4. Kommunikation und Interaktion
	4.1. Kommunikation im ärztlichen Team
	4.2. Kommunikation im multiprofessionellen Team
	4.3. Angehörigenbesprechung
	4.4. Ethik-Fallberatung
21	5. Sonderfall: Nicht wiederbeleben
22	6. Inkrafttreten

23	7. Literatur
24	8. Dokumentation „Sterben Zulassen“
27	9. Dokumentation „Nicht Wiederbeleben“

»» **In jedem Menschen
verwirklicht sich
ein Gedanke Gottes.**

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

1. Präambel

Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin oder des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Der Medizin stehen dazu immer mehr und differenziertere Möglichkeiten zur Verfügung. Die Ärztin oder der Arzt hat im Rahmen seiner professionellen Verantwortung zu entscheiden, welche der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten indiziert sind.

Bereits die Alternative, etwas tun zu können oder es zu unterlassen, zwingt in der konkreten Situation dazu, diese Entscheidung zu treffen. Auch wer abwartet, trifft eine Entscheidung.

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nicht in jedem Fall. Es können Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung geboten sein.

Die medizinische Indikation und der Wille der Patientin oder des Patienten sind Grundvoraussetzungen bei der Festlegung der Diagnostik und der Therapie.

Ärztliche Entscheidungen gründen sich auf medizinisches Wissen, ethische Prinzipien und sind eingebettet in juristische, soziokulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen.

Zu den wesentlichen ethischen Prinzipien, die zu beachten sind, zählen Menschenwürde, Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit.

Dieses Positionspapier möchte der Ärztin oder dem Arzt sowie dem gesamten Behandlungsteam bei seinen individuell zu verantwortenden Entscheidungen eine Orientierungshilfe bieten. ■

2. Kriterien der Entscheidungsfindung

Der Prozess der Entscheidungsfindung über Behandlungsmaßnahmen wird von der Prüfung folgender Frage geleitet: Wann und unter welchen Umständen ist die Einleitung oder die Fortführung einer Behandlung gerechtfertigt?

Eine zulässige Behandlungsmaßnahme muss zwei Voraussetzungen erfüllen:

1. Für den Beginn oder die Fortführung besteht nach Einschätzung der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte eine medizinische Indikation.
2. Die Durchführung entspricht dem Patientenwillen.

Erfüllt die jeweils geprüfte Behandlungsmaßnahme beide Voraussetzungen, muss die Behandlung eingeleitet oder fortgeführt werden. Liegt eine der beiden Voraussetzungen nicht vor, ist insoweit eine Therapiezieländerung und Begrenzung der Therapie nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten.

2.1. Indikation

Die medizinische Indikation stellt eine fachlich begründete Einschätzung dar, dass eine Therapiemaßnahme geeignet ist, um ein bestimmtes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Eine Indikation kann also nur gestellt werden, wenn zuvor ein Therapieziel (siehe Abschnitt 2.3) definiert wurde.

In einem ersten Schritt wird möglichst evidenzbasiert geprüft, ob die geplante Maßnahme prinzipiell geeignet ist, das angestrebte Therapieziel zu erreichen: Ist diese Krankheit mit der vorgesehenen Therapie erfolgreich zu behandeln?

In einem zweiten Schritt wird geprüft, ob die geplante Maßnahme auch geeignet ist, der individuellen oder dem individuellen Patienten in seiner konkreten Situation zu helfen:

Profitiert diese Patientin oder dieser Patient mit dieser Erkrankung, ihrem Schweregrad, der Prognose und den vorliegenden Begleiterkrankungen von dieser Therapie?

Therapiemaßnahmen sind indiziert, zweifelhaft, nicht indiziert oder sogar kontraindiziert.

Indizierte Therapiemaßnahmen werden der Patientin oder dem Patienten angeboten. Bei zweifelhafter Indikation wird das Angebot kritisch und ergebnisoffen mit der Patientin oder dem Patienten oder seinen Vertreterinnen oder Vertretern diskutiert. Nicht indizierte oder kontraindizierte Maßnahmen dürfen weder angeboten noch durchgeführt werden.

Kann eine indizierte Therapiemaßnahme vor Ort nicht durchgeführt werden, muss der Patientin oder dem Patienten eine Verlegung angeboten werden.

2.2. Patientenwille

Die Ermittlung des Patientenwillens erfolgt – je nach Bewusstseinszustand der Patientin oder des Patienten – in einem abgestuften Prozess.

2.2.1. Die einwilligungsfähige Patientin oder der einwilligungsfähige Patient

Die einwilligungsfähige Patientin oder der einwilligungsfähige Patient entscheidet selbst über Zustimmung zur oder Ablehnung der Behandlung. Dies setzt ein ergebnisoffenes ärztliches Aufklärungsgespräch über Wesen, Bedeutung und Tragweite der angebotenen Behandlungsoptionen voraus. Die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte haben dabei sicher zu stellen, dass die Patientin oder der Patient über Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur Nichtbehandlung ausreichend aufgeklärt wurde und diese verstanden hat. Die Entscheidungsfreiheit der Patientin oder des Patienten darf dabei nicht beeinträchtigt werden.

2.2.2. Die aktuell nicht einwilligungsfähige Patientin oder der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient mit Patientenverfügung

Bei aktuell nicht einwilligungsfähigen Patientinnen oder Patienten kommt einer Patientenverfügung die Bedeutung des im Voraus geäußerten Patientenwillens zu. Dieser ist für alle Beteiligten verbindlich.

Die Wirksamkeit der Patientenverfügung muss geprüft werden. Diese Prüfung ist gesetzliche Pflicht einer Vertreterin oder Vertreters im juristischen Sinne (Gesundheitsbevollmächtigte oder Betreuer). Sind solche nicht vorhanden oder nicht rechtzeitig erreichbar, erfolgt die Prüfung im Behandlungsteam. Unabhängig davon ist eine Vertreterin oder ein Vertreter sobald wie möglich einzubeziehen (siehe auch 2.2.3 und 2.2.4).

Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung besteht:

- wenn sie nicht zwischenzeitlich widerrufen wurde,
- sich auf den aktuell eingetretenen Gesundheitszustand hinsichtlich Diagnose und Prognose bezieht,
- Art und Umfang der gewünschten bzw. nicht gewünschten Behandlung für die eingetretene Situation konkret benennt.

2.2.3. Die aktuell nicht einwilligungsfähige Patientin oder der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung

Wenn die Patientin oder der Patient aktuell nicht einwilligungsfähig ist und keine oder keine wirksame Patientenverfügung vorliegt, muss eine Stellvertreterentscheidung herbeigeführt werden. Vertreterin oder Vertreter im juristischen Sinne sind Bevollmächtigte und die Betreuerin oder der Betreuer. Eine Bevollmächtigte oder ein Bevollmächtigter legitimiert sich, indem sie oder er die schriftlich erteilte Vollmacht im Original vorweist.

Dabei muss sich die Vollmacht ausdrücklich auf Gesundheitsangelegenheiten beziehen und explizit die mögliche Zustimmung zu gefährlichen Heilbehandlungen und die Ablehnung lebenserhaltender Therapien (§ 1904 Abs.1/2 und 5 BGB) enthalten.

Eine Betreuerin oder ein Betreuer legitimiert sich, indem er seinen Betreuerausweis vorlegt. Betreuerin oder Betreuer und Bevollmächtigte sind gesetzlich verpflichtet, den Patientenwillen aufgrund einer Patientenverfügung, von zuvor geäußerten Behandlungswünschen oder anhand des mutmaßlichen Willens zu ermitteln und zur Geltung zu bringen. Folgende Entscheidungen können Betreuerinnen oder Betreuer und Bevollmächtigte ohne Zustimmung eines Gerichts treffen, wenn Behandlungsteam und Vertretungspersonen im Konsens sind, dass sie dem Patientenwillen entsprechen:

- Einwilligung in eine Behandlungsmaßnahme, auch wenn diese risikoreich ist;
- Nicht-Einwilligung in eine Behandlungsmaßnahme, auch wenn das ein Gesundheitsrisiko oder den Tod der Patientin oder des Patienten zur Folge hat;
- Widerruf einer zuvor erteilten Zustimmung, auch wenn das den Tod der Patientin oder des Patienten zur Folge hat.

Wenn dem Behandlungsteam begründete Hinweise vorliegen, dass sich die Betreuerin oder der Betreuer oder die Bevollmächtigte oder der Bevollmächtigte mit seiner Entscheidung nicht auf den Willen der Patientin oder des Patienten stützt, und somit ein nicht ausräumbarer Dissens zwischen Vertreterin oder Vertreter und Behandlungsteam besteht, wird zur Klärung das Betreuungsgericht (gegebenenfalls im Eilverfahren) angerufen.

Vorher sollten alle im Krankenhaus verfügbaren Unterstützungsangebote für eine gemeinsame Entscheidungsfindung (z. B. Klinische Ethikberatung) genutzt werden. Bis zur definitiven Klärung des Patientenwillens sind die indizierten lebenserhaltenden Maßnahmen und alle Maßnahmen zur Verhinderung eines schweren und irreversiblen gesundheitlichen Schadens durchzuführen.

2.2.4. Die aktuell nicht einwilligungsfähige Patientin oder der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne bzw. ohne wirksame Patientenverfügung und ohne juristische Stellvertreterin oder juristischen Stellvertreter

Wenn die Patientin oder der Patient nicht einwilligungsfähig ist, keine wirksame Patientenverfügung vorliegt und keine Vertretungsperson (Bevollmächtigte oder Betreuerin oder Betreuer) bekannt ist, muss umgehend eine Betreuung beantragt werden.

In der Notfallsituation und bis zur Bestellung der Betreuerpersonen treffen Ärztinnen oder Ärzte stellvertretend die Entscheidung im Sinne der Patientin oder des Patienten. In diesem Fall sind – soweit möglich – Behandlungswünsche oder der mutmaßliche Patientenwille zu ermitteln. Anhaltspunkte können etwa aus früheren Äußerungen zu Krankheit, Leiden und Sterben oder aus medizinischen Entscheidungen der Patientin oder des Patienten in der Vergangenheit gezogen werden. Dazu werden Angehörige und andere nahestehende Personen befragt. Falls keine verwertbaren Informationen über den mutmaßlichen Patientenwillen eingeholt werden können, sollen Ärztinnen oder Ärzte die indizierten lebenserhaltenden Maßnahmen und alle Maßnahmen zur Verhinderung eines schweren oder irreversiblen gesundheitlichen Schadens durchführen.

2.3. Therapiezielfindung

Die Vereinbarung von Therapiezielen ist ein wesentlicher Bestandteil der „Patient-Arzt-Beziehung“. Von besonderer Bedeutung ist dies für Patientinnen oder Patienten mit zweifelhafter Prognose. Welches Therapieziel im Spektrum zwischen maximal möglicher Lebensverlängerung und Zulassen des Sterbens soll verfolgt werden?

Bei Aufnahme der Patientin oder des Patienten muss zunächst davon ausgegangen werden, dass ein erreichbares Therapieziel existiert. Deshalb steht zunächst die Sicherung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen mit dem Therapieziel „Lebenserhaltung“ im Vordergrund.

In der Folge verschafft sich das Behandlungsteam ein möglichst umfassendes Bild von der Patientin oder dem Patienten. Hierbei werden neben Anamnese und Befunden das anerkannte Fachwissen und patientenbezogene, individuelle Faktoren (z. B.: bekannte Behandlungspräferenzen, persönliche Werthaltungen, religiöse Einstellung, Alter) berücksichtigt. Daraus ergeben sich bei Patientinnen oder Patienten mit zweifelhafter Prognose in der Regel unterschiedliche Therapieziele. Diese können in der Tendenz eher kurativ oder eher palliativ ausgerichtet sein.

Alle an der Behandlung Beteiligten müssen gemeinsam klären, ob die Therapieziele glaubhaft erreicht werden können.

Die (interdisziplinär) erarbeiteten Therapieziele müssen jetzt der Patientin oder dem Patienten oder seinen Vertretungspersonen (vgl. 2.2.3) mitgeteilt werden, um dessen Entscheidung einzuholen. Alle Therapieziele sollen ausführlich dargelegt und besprochen werden. Die Patientin, der Patient oder die Vertretungsperson muss darüber informiert werden, wenn die Erreichbarkeit der Therapieziele im Behandlungsteam unterschiedlich eingeschätzt wird.

Die Entscheidung über das anzustrebende Therapieziel trifft die Patientin oder der Patient oder die Vertretungspersonen (vgl. 2.2.3).

Die Ärztin oder der Arzt muss ggf. akzeptieren, dass die Patientin oder der Patient nicht jedes medizinisch erreichbare Therapieziel auch für sich selbst realisieren möchte. Lässt sich das Therapieziel auf diese Weise nicht festlegen oder bestehen glaubhafte Zweifel an seiner Realisierbarkeit, sind die im Kapitel 4 benannten Instrumente zur Konfliktlösung empfehlenswert.

Das angestrebte Therapieziel muss dokumentiert und im Behandlungsverlauf regelmäßig überprüft werden. Eine Änderung des Therapieziels ist erforderlich, wenn die Patientin, der Patient oder die Vertretungspersonen dies wünscht oder wenn sich relevante medizinische Veränderungen ergeben. ■

» Wir erfüllen einen Auftrag.

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

3. Zulassen des Sterbens nach Therapiezieländerung

Wenn der unter 2.3 beschriebene Prozess der Therapiezielfindung ergibt, dass die kurative Zielsetzung verlassen wird und Sterben zugelassen werden soll, müssen die Rahmenbedingungen und Inhalte der Behandlung an das neue Therapieziel angepasst werden. Im Zuge einer Therapiebegrenzung (3.1) treten Maßnahmen zur Symptomkontrolle (3.2) in den Vordergrund.

3.1. Therapiebegrenzung

Das Verlassen der kurativen Zielsetzung führt zwingend zu einer Überprüfung sämtlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. Eine unnötige Belastung Sterbender durch diese Maßnahmen muss vermieden werden.

Maßnahmen, die ausschließlich zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führen, sind unzulässig.

Unter Therapiebegrenzung können folgende Vorgehensweisen fallen:

- Verzicht auf zusätzliche kurative Maßnahmen
- Verzicht auf Ausweitung bestehender kurativer Maßnahmen
- Reduktion bestehender kurativer Maßnahmen
- Absetzen (aktives Beenden) bestehender kurativer Maßnahmen.

Die Therapiebegrenzung kann sich z.B. auf folgende Maßnahmen beziehen:

- Diagnostik
- Medikation
- Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
- Prophylaktische Maßnahmen
- Reanimation
- Technische Organ- und Kreislauf-Unterstützung
- Operative Eingriffe
- Pflegerische Maßnahmen (z.B. belastende Lagerungsverfahren)

3.2. Symptomkontrolle nach Therapiezieländerung

Eine Therapiebegrenzung darf nicht ohne eine zielgerichtete Optimierung der lindernden (palliativen) Therapie erfolgen.

Hierzu gehören zunächst Maßnahmen der Basisbetreuung (Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung Dtsch. Ärztebl. 2011; 108:A346):

- Menschenwürdige Unterbringung
- Menschliche Zuwendung (siehe 3.3)
- Körperpflege
- Lindern von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und anderen subjektiv belastenden Symptomen
- Stillen von subjektiv vorhandenem Hunger und Durst

Es gelten folgende Regeln:

- Sämtliche Behandlungsmaßnahmen dienen jetzt der Symptomkontrolle. Dazu gehört neben der Behandlung von Schmerzen, Luftnot und Übelkeit auch die Linderung von Angst, Unruhe und anderen psychischen, sozialen oder spirituellen Belastungen durch das multiprofessionelle Team.
- Eine potenzielle Lebensverkürzung darf nur dann in Kauf genommen werden, wenn
 - die Maßnahme zur Symptomkontrolle indiziert und ohne angemessene Alternative ist,
 - die Maßnahme dem erklärten oder mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht und
 - eine Lebensverkürzung nicht beabsichtigt ist.

3.3. Sterbebegleitung und Umsetzung der Therapiebegrenzung

Ziel ist es, ein Sterben in Würde und ohne vermeidbares Leid zu ermöglichen, an einem Ort, der von Sterbenden gewünscht wird und alle Voraussetzungen dafür erfüllt.

Dies kann zuhause, im Pflegeheim, im Hospiz, auf der bettenführenden Stationen oder der Intensivstation mit palliativmedizinischer Betreuung erfolgen. Entsprechend soll individuell geklärt werden, wer (Team, Familie, weitere

Bezugspersonen) in die Sterbebegleitung einzubeziehen ist und ob seelsorgerlicher Beistand gewünscht wird.

Die Entscheidung über den zeitlichen Verlauf der Therapiebegrenzung ist festzulegen. Die psychische Belastung durch eine Verlängerung des Sterbens einerseits und durch ein abruptes Eintreten des Todes andererseits müssen aus Sicht aller Beteiligten gegeneinander abgewogen werden. Dabei stehen die Bedürfnisse der Angehörigen und des Behandlungsteams grundsätzlich hinter denen der Patientin oder des Patienten zurück. So ist etwa eine Verlängerung des Sterbeprozesses, um ein Abschiednehmen zu ermöglichen, nur dann ethisch zu rechtfertigen, wenn dies auch dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und die Patientin oder der Patient aller Voraussicht nach durch die Verlängerung des Sterbeprozesses nicht zusätzlich leidet.

Eine Therapiebegrenzung kann auf zweierlei Weise erfolgen:

- Schrittweise Therapiebegrenzung
- Diese erscheint zunächst weniger eingreifend und belastend. Ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Handeln und körperlichen Reaktionen der Patientin oder des Patienten bis hin zum Eintritt des Todes ist eher unwahrscheinlich. Dieses Vorgehen kann in einigen Fällen eine nicht zu rechtfertigende Verlängerung des Sterbeprozesses bedeuten.
- Sofortige Therapiebegrenzung
- Diese kann zu einer deutlichen Verkürzung des Sterbeprozesses führen. Kurzfristig können unmittelbare körperliche Reaktionen hervorgerufen werden (beispielsweise kann das Beenden einer Beatmung zu Schnappatmung führen).
- Eine gute Symptomlinderung steht immer im Vordergrund. Körperliche Veränderungen können eine Belastung für die Angehörigen, die den Sterbenden begleiten, bedeuten.

Regeln für den Prozess der Therapiebegrenzung:

- Das Handeln darf nicht von Zeitdruck oder anderen äußeren Zwängen bestimmt werden.
- Die Interessen des Sterbenden dürfen keinem anderen Zweck, welcher Art auch immer, untergeordnet werden.
- Eine sorgsame Sterbebegleitung muss ermöglicht und als originäre medizinische Aufgabe wahrgenommen werden.
- Bei Anzeichen von belastenden Symptomen muss zielgerichtet interveniert werden können.
- Eine ausreichende Symptomlinderung sollte nicht aus Angst vor einer möglichen Lebensverkürzung unterbleiben.
- Eine Leidensverkürzung durch Zulassen des Sterbens ist ethisch und juristisch legitim.
- Angehörige sind über das geplante Vorgehen und mögliche Reaktionen des Sterbenden in verständlicher Form zu informieren.

3.4. Dokumentation der Therapiebegrenzung

Mithilfe des Formblatts „Sterben Zulassen“ erfolgt über das SAP-System die Dokumentation der Therapiebegrenzung. Erfasst werden:

- Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer medizinischen Indikation
- Patientenwille, Patientenverfügung ja/nein
- Vertretungspersonen
- Gesprächsteilnehmerinnen und – teilnehmer und wesentliche Inhalte/ Ergebnis des Therapiebegrenzungsgesprächs
- Begründungen
- Konkrete Umsetzung
- Benennung der palliativen Maßnahmen
- Regelmäßige Re-Evaluation ■

4. Kommunikation und Interaktion

Die Prozesse, die zu den oben dargestellten Entscheidungen führen, sind außerordentlich komplex und benötigen neben einer verständlichen und empathischen Kommunikation organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen.

Entscheidungen zum medizinischen Vorgehen wie Maximaltherapie, Therapieverzicht, Therapiebegrenzung oder Therapiezieländerung müssen verständlich kommuniziert werden:

- Die Ziele müssen klar formuliert werden (z. B. Akzeptanz der fehlenden Heilungschance).
- Das Handeln sollte präzisiert werden (z. B. Abstellen des Beatmungsgerätes oder der Dialyse, ausreichende Analgosedierung).
- Die Entscheidung muss begründet und dokumentiert werden (s. 3.4).

Viele Begriffe, die im Kontext von Therapiebegrenzung verwendet werden, beinhalten unausgesprochene moralische und emotionale Bewertungen wie z.B. „Sterbehilfe“ und „Verhungern und Verdursten“. Diese sollen direkt angesprochen werden, um zu prüfen, ob beim Gesprächspartner ungünstige Bewertungen oder Missverständnisse vorliegen.

4.1. Kommunikation im ärztlichen Team

Entscheidungen zur Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung können nur sinnvoll getroffen und umgesetzt werden, wenn sie sich auf die Einschätzung aller an der Behandlung beteiligten Ärztinnen oder Ärzte stützen. Im Idealfall wird die Entscheidung im ärztlichen Konsens getroffen. Bleibt ein Dissens bestehen, ist eine Ethik-Fallberatung angeraten.

Eine verbindliche Entscheidung mit einer klaren Begründung ist die Voraussetzung dafür, dass das weitere Vorgehen einheitlich und transparent mit der Patientin oder dem Patienten, den Angehörigen und im multiprofessionellen Team kommuniziert werden kann.

4.2. Dokumentation der Therapiebegrenzung

Viele Entscheidungen werden von vornherein im multiprofessionellen Team getroffen. Dies trägt dazu bei, dass die Entscheidung auf der Grundlage aller verfügbaren Informationen und Einschätzungen erfolgen kann.

Eine Teambesprechung ist insbesondere bei Unklarheiten über die Prognose und die anzustrebenden Therapieziele hilfreich, oder wenn die Behandlungssituation als besonders belastend empfunden wird. In dieser Besprechung sollten die unterschiedlichen Standpunkte und Erfahrungen aller in die Behandlung eingebundenen Berufsgruppen erarbeitet und diskutiert werden.

Bei dieser Besprechung soll gewährleistet sein, dass sich jedes Teammitglied unabhängig von Berufsgruppe und Hierarchiestufe frei und ohne Angst vor Missachtung und Bloßstellung äußern kann. Die Ergebnisse der Teambesprechung sollten zur Information auch der abwesenden Mitglieder des Teams dokumentiert werden.

Im Idealfall wird die Entscheidung im Konsens getroffen. Ein Konsens ist dadurch gekennzeichnet, dass die Informationen und Einschätzungen aller Beteiligten einbezogen werden, und dass die für die Entscheidung verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzte ein aus Sicht aller Beteiligten verantwortbares Vorgehen wählen. Bleibt ein Dissens bestehen, ist eine Ethik-Fallberatung angeraten.

4.3. Angehörigenbesprechung

Möglichst frühzeitig sollte im Behandlungsverlauf ein strukturiertes Gespräch mit den Angehörigen oder anderen vertrauten Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten erfolgen. Dies gilt zwingend gegenüber Betreuungspersonen oder Bevollmächtigten, auch wenn sie keine Angehörigen sind. Die Angehörigenbesprechung dient der wechselseitigen Information über die Situation, Behandlung und Präferenzen der Patientin oder des Patienten.

Wesentliche Inhalte einer Angehörigenbesprechung sollten sein:

- Einholen medizinischer und persönlicher Informationen zur Patientin oder zum Patienten.
- Aufklärung über die Erkrankung, gemeinsame Erarbeitung der Therapieziele und Mitteilung der indizierten Therapie sowie zur Prognose der Patientin oder des Patienten soweit dies dem (mutmaßlichen) Willen der Patientin oder des Patienten entspricht und der ärztlichen Schweigepflicht Rechnung trägt.
- Einholung der Zustimmung oder Ablehnung der indizierten Therapie durch die Stellvertreterin oder den Stellvertreter
- Betreuung und Beratung der Angehörigen in der akuten Krisensituation.

Das Gespräch sollte in einem ruhigen Raum stattfinden. Eine Angehörigenbesprechung sollte im Team gut vorbereitet sein. Sie erfordert eine klare zeitliche Planung und die Festlegung der teilnehmenden Personen. Die Mitglieder des Behandlungsteams sollten repräsentativ vertreten sein, d. h. vor allem das Pflegepersonal muss als zentrale Schnittstelle bei diesen Gesprächen anwesend sein. Bleiben im Prozess der Angehörigenbesprechungen unterschiedliche Einschätzungen zum Patientenwillen oder über den Sinn des weiteren medizinischen Vorgehens bestehen, ist eine Ethik-Fallberatung angeraten.

4.4. Ethik-Fallberatung

Eine Ethik-Fallberatung durch das Klinische Ethikkomitee kann nicht nur vom Team, sondern auch von Patientinnen oder Patienten, Vertretungspersonen oder von den Angehörigen angefordert werden.

Hierbei werden die unterschiedlichen Positionen offengelegt und begründet. Dieses ist die Voraussetzung dafür, im Konsens eine aus Sicht aller Betroffenen tragfähige Lösung zu finden.

Zu Beginn einer Ethikberatung sollte allen Beteiligten das Procedere erklärt und klar formuliert werden, dass die Ethikberatung nur eine beratende Funktion erfüllt und keine Entscheidungen übernehmen darf.

Der Beratungsschwerpunkt liegt auf den Bewertungen von Heilungschancen, Therapiezielen, Lebensqualität und Belastungen. Dies trägt dazu bei, dass das weitere Vorgehen sich nicht am medizinisch Machbaren, sondern an den individuellen Behandlungspräferenzen, Lebensplänen und Wertvorstellungen der Patientin oder des Patienten orientiert.

Das Beratungsergebnis wird vom Klinischen Ethikkomitee für die Patientenakte schriftlich dokumentiert. Sollten Vertretungspersonen oder Angehörige nicht beim Gespräch anwesend sein, sind sie über das Ergebnis zu informieren. ■

» Wir achten das Recht auf Selbstbestimmung.

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

5. Sonderfall: Nicht wiederbeleben

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 Patientinnen oder 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 Patientinnen oder Patienten ist es also keineswegs so, dass „nichts mehr gemacht“ werden soll.

Patientinnen oder Patienten en 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 – 4 treffen in dieser Situation genauso zu und sind zu beachten. Der Unterschied besteht in der beschriebenen Patientengruppe: dass es sich nicht um unmittelbar sterbende Patientin oder Patienten handelt, sondern eher um Patientinnen oder Patienten mit infauster Prognose, die noch über die Palliation hinaus Therapie erhalten, aber nicht reanimiert werden sollen oder 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. ■

6. Inkrafttreten

Diese Grundsätze wurden zuletzt überarbeitet 2011 und revidiert 2017 und treten in revidierter Fassung mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Bad Kreuznach, den 16. August 2017

Stiftung kreuznacher diakonie
Der Vorstand



Dr. Frank Rippel



Pfr. Christian Schucht (komm.)

» **Wir tragen gemeinsam
Verantwortung.**

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

7. Literatur

- Uwe Janssens et al: „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“, Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Dtsch Ärztebl 2012; 109(35-36): A-1754 / B-1417 / C-1398
- 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)
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Dtsch Ärztebl, 2011; 108:A346
- 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.
- Frank Patrick Schmidt: „DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied“ In: Dtsch Ärztebl 2009, 106(30): A 1511-5 ■

8. Dokumentation „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
2. Beatmung invasiv
 nicht-invasiv

3. Kreislaufunterstützung Katecholamine
 Steigerung der Katecholamine

4. Nierenersatz Nierenersatzverfahren

5. Ernährung/Flüssigkeit künstliche enterale Ernährung
 parenterale Ernährung
 Flüssigkeitsgabe iv./sc./
Magensonde/PEG

6. Therapie mit Blutprodukten _____

7. Therapie mit Antibiotika _____

8. Chemotherapie _____

9. Sonstiges _____

II. Folgende Behandlungen werden durchgeführt:

1. Analgesie: Basismedikation siehe Anordnung:
 Bedarfsmedikation siehe Anordnung:

2. Antiemetische Therapie siehe Anordnung: _____

3. Therapie bei Dyspnoe siehe Anordnung: _____

4. Therapie bei Angst/Unruhe siehe Anordnung: _____

5. Stillen von Hunger und Durst Mundpflege
 Essen und Trinken anbieten

6. Sonstiges 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 _____

Patientenaufkleber

9. Dokumentation „Nicht Wiederbeleben“

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:

MUSTER

I. Folgende Behandlungen werden nicht durchgeführt:

1. Reanimation Herzdruckmassage
 Defibrillation

2. Intubation/Beatmung invasiv
 nicht-invasiv

3. Sonstiges _____

II. Folgende Behandlungen werden durchgeführt:

1. Beatmung Wechsel des Beatmungsmodus

2. Kreislaufunterstützung Katecholamine
 Steigerung der Katecholamine

3. Nierenersatz Nierenersatzverfahren

4. Ernährung/Flüssigkeit künstliche enterale Ernährung
 parenterale Ernährung
 Flüssigkeitsgabe iv./sc./
 Magensonde/PEG

5. Therapie mit Blutprodukten _____

6. Therapie mit Antibiotika _____

7. Chemotherapie _____

8. Sonstiges _____

III. Folgende symptomatische Behandlungen werden durchgeführt:

1. Analgesie: Basismedikation siehe Anordnung:
 Bedarfsmedikation siehe Anordnung:

2. Antiemetische Therapie siehe Anordnung: _____

3. Therapie bei Dyspnoe siehe Anordnung: _____

4. Therapie bei Angst/Unruhe siehe Anordnung: _____

5. Stillen von Hunger und Durst Mundpflege
 Essen und Trinken anbieten

6. Sonstiges siehe Anordnung: _____

IV. Palliativkonsildienst informiert:

ja nein

Eine suffiziente **Analgesie/Analgosedierung, 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 _____

