

Ethische Leitlinie	Entscheidung zur Änderung des Therapieziels aufgrund einer infausten Prognose (Ethische Empfehlung)	ALL-SEE Nr. 002 Version: 02 Datum: 02.05.2007
Dieses Behandlungsmuster ist im Zusammenhang mit folgenden Dokumenten zu lesen: siehe Punkt 6 Mitgeltende Unterlagen Änderungen gegenüber der letzten Fassung:		

1 Ausgangssituation

Seit vielen Jahren gibt es vor allem in der Internistischen Abteilung die Gewohnheit, in bestimmten Behandlungssituationen (z.B. bei infauster Prognose oder bei sterbenden Patienten) im Stammbblatt der Patientendokumentation den Vermerk „Ethisches Konsil“ zu notieren, welcher für den diensthabenden Arzt in der Nacht oder am Wochenende eine Empfehlung bedeutet, bei einem plötzlichen Notfall nicht die Notfallkette auszulösen und keine reanimativen Maßnahmen einzuleiten. Die vorliegende Leitlinie erklärt, begründet und überarbeitet diese Praxis, in dem sie sich den Fragen stellt:

- Bei welchen Behandlungssituationen kommt eine solche Notiz zustande?
- Wie kommt sie zustande und wer veranlasst die Entscheidung?
- Wie wird die Entscheidung mit Patienten und / oder Angehörigen kommuniziert?
- Ist der Name „Ethisches Konsil“ sachlich geeignet?
- Wie kann der Inhalt des „Ethischen Konsils“, der meist negativ gefasst ist (keine Reanimation, keine Notfallkette) positiv benannt werden?

2 Anwendungsbereich:

Die folgende Richtlinie findet Anwendung für den Fall dass

- bei einem Patienten mit bekannter Krankengeschichte der Verlauf einer schweren inkurablen Erkrankung irreversibel ist und/oder in absehbarer Zeit zum Tod führt oder der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat
- bei einem neu aufgenommenen Patienten alle erkennbaren Zeichen dafür sprechen, dass irreversibel der Sterbeprozess begonnen hat

In diesen Fällen kann die Begrenzung medizinischen Handelns auf palliativ-medizinische Versorgung ethisch geboten sein. In der Regel beinhaltet dies die Beschränkung auf eine dem veränderten Therapieziel angemessene Diagnostik und Therapie, den Verzicht auf Notfallmedizin und Intensivmedizin zu Gunsten einer Steigerung der Lebensqualität des Patienten durch eine vorrangig symptomatische Behandlung, „menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst“ (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998).

3 Betroffene ethische Werte und Normen

- Die Würde des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen:
Die Behandlung eines sterbenden Menschen mit kurativer Intention kann zu einer Verlängerung des Leids für diese Person und in einer Notfallsituation zu einem sinnlosen und unruhigen Aktionismus führen, der dem Bedürfnis nach einem Abschiednehmen in Ruhe und mit einfühlsamer menschlicher Begleitung widerspricht. Daher ist die palliative, symptomkontrollierende und beschwerdelindernde Therapie bei sterbenden Menschen das Mittel der Wahl.
- Die Pflicht zu einer verantwortlichen Therapie:
Eine verantwortliche Therapie zeichnet sich dadurch aus, dass sie den Erfordernissen der Situation gerecht wird. Dazu gehört sowohl der Respekt vor dem (mutmaßlichen) Patientenwillen als auch die klare Benennung des Therapieziels und die Wahl der entsprechenden Mittel. Das kann in der Behandlung eines sterbenden Menschen bedeuten, bewusst darauf zu verzichten, alles kurativ-medizinisch Mögliche zu veranlassen und sich auf eine palliativmedizinische Versorgung zu begrenzen.
- Die ärztliche Behandlungsfreiheit:
Die Entscheidung zur Begrenzung auf eine palliative Versorgung stellt für eine Notfallsituation eine eindeutige Empfehlung zur Unterlassung reanimativer Maßnahmen dar. Sie hat jedoch keine anweisende Verbindlichkeit, so dass eine Nichtbeachtung zu keinen sanktionierenden Maßnahmen führt.
- Die Zumutbarkeit für die Mitarbeitenden:
Die Intuition oder das Wissen, dass ein Patient sterbend ist, können bei Mitarbeitenden im therapeutischen Team ein Unbehagen gegenüber Maßnahmen der Notfallmedizin hervorrufen. Dieser kann verstärkt werden durch die häufig erfolglosen Versuche einer Reanimation in vergleichbaren Situationen. Insofern kann die Entscheidung für eine palliativmedizinische Behandlung deutlich zur psychischen Entlastung und zur Sicherheit für die Behandelnden beitragen.
- Die Transparenz einer getroffenen Entscheidung:
Eine gute Beziehung zwischen Patient (bzw. Angehörigen) und Behandelnden erfordert eine vertrauensvolle Offenheit über die Einschätzung der Situation, Prognose und die Therapieziele. Der Respekt vor der Autonomie der Patienten (bzw. Angehörigen) erfordert, dass dieser die Möglichkeit haben muss, sich gegen die Begrenzung auf eine palliative Behandlung und für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu entscheiden, und dabei die notwendige Unterstützung von den Betreuenden erfährt.

4 Maßnahmen

4.1 Entscheidungsfindung und Dokumentation

(1) Anlass

Anlass für die Entscheidung zur Änderung des Therapieziels aufgrund einer infausten Prognose sind:

- der aktuelle Patientenwille, auf eine Behandlung mit kurativer Intention oder lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten
- das Vorliegen einer für diese Situation relevanten Patientenverfügung
- die Evidenz einer kurativ aussichtslosen Situation
- die moralische Intuition bei Behandelnden und/oder Angehörigen, dass der Einsatz von Mitteln der Notfall- und Intensivmedizin gegen die Würde des Patienten verstoßen könnte

(2) Entscheidung

Die Entscheidung zur Begrenzung auf palliative Maßnahmen trifft der Stationsarzt oder diensthabende Arzt in Übereinstimmung mit dem zuständigen leitenden Arzt und in Absprache mit den Pflegekräften.

(3) Dokumentation

Die Entscheidung wird auf dem Patienten-Stammblatt in der Rubrik „Bemerkungen“ mit dem Stichwort „Ethische Empfehlung“ notiert und mit Datum durch den leitenden oder zuständigen Arzt signiert. Die Dokumentation sollte eine Stellungnahme bezüglich

- Reanimation / Auslösen der Notfallkette
- und / oder Verlegung auf Station 3.3

beinhalten.

(4) Umgang mit Dissens

Gibt es im therapeutischen Team keinen Konsens hinsichtlich dieser Entscheidung, ist eine zeitnahe Ethische Fallbesprechung anzusetzen.

(5) Verbindlichkeit

Die dokumentierte Entscheidung für eine palliative Behandlung eines Patienten hat für den behandelnden Arzt in einer Notfallsituation den Rang einer Empfehlung, die ihn über das Behandlungsziel informiert und eine situationsangemessene Handlungsweise nahelegt. Für Pflegekräfte bedeutet sie die Erlaubnis, in einer Notfallsituation auf das Auslösen der Notfallkette zu verzichten, den diensthabenden Arzt zu informieren und den Patienten im Sterben zu begleiten. Ein Handeln gegen diese Empfehlung löst keine Sanktionen aus.

Die Gültigkeit der Empfehlung muss regelmäßig überprüft werden und entfällt, wenn der Anwendungsbereich nicht mehr gegeben ist; der entsprechende Eintrag in der Dokumentation wird gelöscht.

4.2 Kommunikation mit Patienten und Angehörigen

(1) Mitteilung an den Patienten und die Angehörigen

Der Respekt vor der Autonomie des Patienten erfordert, dass die Entscheidung zu einer Beschränkung auf eine palliative Behandlung offen und verantwortlich kommuniziert wird.

Für diese Mitteilung ist sorgfältig zu überlegen

- wer seitens des therapeutischen Teams an dem Gespräch teilnimmt
- wer seitens der Betroffenen (Patient/Angehörige) beteiligt werden soll

- wie der zeitliche und räumliche Rahmen für dieses Gespräch angemessen gestaltet werden kann.

Es ist zu vermeiden, dass in diesem Gespräch der Eindruck entsteht,

- dass kein Behandlungsziel mehr besteht und „nichts mehr getan wird“
- dass Angehörige die Entscheidung zu einer Behandlungsbegrenzung zu treffen und zu verantworten haben.

Es soll vermittelt werden,

- dass die veränderte Situation es erfordert, dass das Behandlungsziel verändert und angepasst wird
- dass weiterhin größte Sorgfalt in der medizinischen und pflegerischen Versorgung angewandt wird
- dass Unterstützung seitens der Seelsorge und des Sozialdienstes zur psychischen und sozialen Bewältigung der Situation zur Verfügung stehen.

(2) Umgang mit dem Dissens

Wenn es einen Dissens zwischen der Entscheidung zur palliativen Behandlung und dem Willen des Patienten gibt, ist sorgfältig und kollegial unter Einbindung des leitenden Arztes zu prüfen, ob die medizinische Einschätzung der Sinnlosigkeit einer weiteren Therapie mit kurativer Intention richtig ist. Falls nach der Prüfung diese Entscheidung weiterhin besteht, soll diese dem Patienten oder den Angehörigen ruhig und sachlich mitgeteilt werden und das Recht auf die Wahl eines anderen Arztes oder Krankenhauses benannt werden. Kein Arzt kann jedoch durch den Willen des Patienten oder von Angehörigen zu einer sinnlosen Behandlung gezwungen werden.

Wenn es einen Dissens zwischen den Behandelnden gibt, ist die Einberufung eines Ethischen Fallgespräches indiziert.

4.3 Maßnahmen in einer Notfallsituation

(1) Indikation

Ist die Entscheidung zur Änderung des Therapiezieles aufgrund infauster Prognose gefallen, dokumentiert und kommuniziert, so findet diese Ethische Richtlinie auch in einer Notfallsituation Anwendung.

(2) Information des Dienstarztes

Vorrangig wird in einem Notfall der zuständige diensthabende Arzt informiert, im Zweifelsfall die Notfall-Kette. Art und Umfang der Maßnahmen bestimmt er oder das eingeschaltete Notfallteam. Die Behandlung soll situationsgerecht unter der Wahrung der palliativen Grundidee durchgeführt werden.

(3) Begleitung des Patienten

Einem sterbenden Patient wird seitens der Pflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt; nach Möglichkeit sind Angehörige zu informieren, einzubeziehen und ermutigend zu unterstützen. Die Seelsorge wird informiert; für Sitzwachen können, wenn notwendig, Ehrenamtliche einbezogen werden.

5. Abweichende Voten
keine

6. Mitgeltende Unterlagen
Verfahrensanweisung „Ethische Fallbesprechung“
Ethische Richtlinie 03 „Patientenverfügung“
Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom
07.05.2004

Bonn, den 02.05.2007

(Wolfgang Heinemann

(Ludger Greulich

Vorsitzender im Klinischen Ethik-Komitee) Geschäftsführender kaufmännischer Direktor)

Freigabevermerk

Das Original dieses Dokumentes ist bei der QMB archiviert. In der EDV abgelegt unter ALL-SEE 02 Leitlinie 02 Entscheidung zur Änderung des Therapieziels.doc. Das Dokument wird im 3-Jahres-Intervall - bei Bedarf vorher - überprüft. Eine eingezogene Version des Dokumentes ist für 30 Jahre zu archivieren.

Dieses Dokument wurde heute in das Verzeichnis der Arbeitsanweisungen aufgenommen und ist damit gültig.

© Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg 2003