

Therapiezieländerung bei schwerkranken Patientinnen und Patienten und Umgang mit Patientenverfügungen

Eine Empfehlung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen in Südtirol



Autonome Provinz Bozen – Südtirol
Landesethikkomitee

Südtiroler Sanitätsbetrieb

Verband der Seniorenwohnheime Südtirols

Juni 2013

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Ressort für Familie, Gesundheit und Sozialwesen



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Dipartimento alla famiglia, sanità e politiche sociali

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Sudtirool



Verband der Seniorenwohnheime Südtirols
Associazione delle Residenze per Anziani dell'Alto Adige

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Ethische Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen	3
3. Nutzlosigkeit medizinischer Maßnahmen	4
4. Stellvertretende Entscheidung	5
4.1 Ist der Patient einwilligungsfähig?	5
4.2 Wer soll stellvertretend entscheiden?	6
4.3 Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?	6
4.4 Zur Rolle der Angehörigen bei der Entscheidungsfindung	9
5. Konflikte zwischen Wille und Wohlergehen des Patienten	10
6. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	11
7. Entscheidung im Team, klinische Ethikberatung	12
8. Dokumentation	13
9. Literatur	13

Allein um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern, wurde in diesem Dokument auf die sprachliche Gleichbehandlung verzichtet.

Wir bitten die Leserinnen um Verständnis für diese Entscheidung.

Impressum:

Autonome Provinz Bozen Südtirol 2013
Ressort für Familie, Gesundheit und Sozialwesen

Arbeitsgruppe „Patientenverfügung“ im Landesethikkomitee

Herbert Heidegger (Präsident Landesethikkomitee)
Georg Marckmann (LMU München, Vizepräsident Landesethikkomitee)
Massimo Bernardo (Leiter des landesweiten Projekts Palliativ care)
Carlo Casonato (Fakultät für Rechtswissenschaften, Universität Trient)
Maria Vittoria Habicher (Sekretariat Landesethikkomitee)
Brigitte Innitzer von Lutterotti (Ärztin in Allgemeinmedizin)
Thomas Lanthaler (Sanitätskoordinator GB Bruneck)
Andreas von Lutterotti (Präsident der Ärztekammer)
Oswald Mair (Direktor Verband der Seniorenwohnheime Südtirols)
Oswald Mayr (Sanitätsdirektor Südtiroler Sanitätsbetrieb)
Inge Müller (Ärztin in Allgemeinmedizin)
Robert Peer (Pflegedirektor Südtiroler Sanitätsbetrieb)
Irmgard Spiess (Krankenpflegerin, Südtiroler Sanitätsbetrieb)
Günther Rederlechner (Leiter der Caritas Hospizbewegung)
Von Wohlgemuth Marta (Kordinatorin der Caritas Hospizbewegung)

Druck: Landesdruckerei

1. Einleitung

Der medizinische Fortschritt hat die Möglichkeiten zur Krankheitsbehandlung und Lebensverlängerung erheblich erweitert und bedeutet für viele schwerstkranke Patienten eine große Chance. Wenn die Behandlungsmaßnahmen aber nur den Sterbeprozess und das damit verbundene Leiden verlängern, möchten viele Patienten nicht mehr alle lebensverlängernden Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen. Die vorliegenden Empfehlungen des Landesethikkomitees Südtirol sollen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen eine Orientierung bieten für die Entscheidung, wann das Therapieziel von der Lebensverlängerung hin zu einer ausschließlichen Leidenslinderung mit Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen geändert werden soll.¹ Da viele schwerkranke Patienten in der letzten Lebensphase nicht mehr selbst entscheiden können, erläutern diese Empfehlungen, wie dann eine stellvertretende Entscheidung getroffen werden kann. Insbesondere wird thematisiert, wie dabei eine vorliegende Patientenverfügung angemessen berücksichtigt werden kann.

2. Ethische Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen

Die Frage der Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen steht in engem Zusammenhang mit der allgemeineren Frage, unter welchen Bedingungen es überhaupt ethisch – wie auch rechtlich – zulässig ist, eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme bei einem Patienten durchzuführen. Rechtfertigungsbedürftig ist nämlich nicht erst der Abbruch, sondern bereits die Durchführung einer medizinischen Maßnahme. Drei Bedingungen sind hier zu nennen: (1) Die Maßnahme muss medizinisch indiziert sein: Sie sollte dem Patienten insgesamt mehr nutzen als schaden. (2) Der Patient muss nach entsprechender Aufklärung in die Durchführung der Maßnahme eingewilligt haben (Grundsatz des *informed consent*). (3) Die Maßnahme muss „lege artis“, d.h. dem aktuellen medizinischen Wissens- und Methodenstand entsprechend ausgeführt werden.

¹ Die vorliegende Text orientiert sich an einer Empfehlung zur Begrenzung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen, die unter Federführung von Prof. Dr. Georg Marckmann für das Universitätsklinikum Tübingen entwickelt und in leicht veränderter Form veröffentlicht wurde (Marckmann et al. 2010).

Ethische Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen:

1. *Nutzen für den Patienten („medizinische Indikation“)*
2. *Einwilligung des Patienten nach Aufklärung („informiertes Einverständnis“)*
3. *Durchführung „lege artis“*

Die italienische Rechtsordnung anerkennt den *Informed Consent* (Einwilligung des aufgeklärten Patienten, *consenso informato*) als einen der Menschenwürde innewohnenden Grundsatz. Wie auch der Verfassungsgerichtshof jüngst bestätigt hat, stellt der *Informed Consent* heute

„ein wahres und tatsächliches Recht der Person dar, das auf den in Art. 2 der Verfassung enthaltenen Grundsätzen, die dem Schutz und der Förderung der Person dienen, sowie auf den Grundsätzen der Artikel 13 und 32 der Verfassung beruht, aus denen hervorgeht, dass „die Freiheit der Person unverletzlich ist“ und dass „niemand, außer durch eine gesetzliche Verfügung, zu einer bestimmten medizinischen Heilbehandlung gezwungen werden kann“ (italienischer Verfassungsgerichtshof, Urteil Nr. 438 vom 23. Dezember 2008).²

Auf eine medizinische Maßnahme ist zu verzichten, wenn mindestens eine der ersten beiden Voraussetzungen *nicht* erfüllt ist: Wenn die Maßnahme für den Patienten keinen Nutzen (oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen) bietet oder wenn der Patient die Einwilligung in die Durchführung der Maßnahme verweigert. Probleme ergeben sich in der Praxis insbesondere bei der Bestimmung der Nutzlosigkeit (hat der Patient noch einen Nutzen von einer weiteren Lebensverlängerung? ⇒ Abschnitt 3) und bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten (wie kann man stellvertretend für den Patienten entscheiden? ⇒ Abschnitt 4).

Medizinische Maßnahmen sind zu unterlassen oder abubrechen, wenn sie dem Patienten keinen Nutzen mehr bieten oder seinem Willen widersprechen.

3. Nutzlosigkeit medizinischer Maßnahmen

Zunächst ist zwischen Wirksamkeit und Nutzen einer medizinischen Maßnahme zu unterscheiden. Allgemein ist eine Maßnahme *wirksam*, wenn sie den beabsichtigten Effekt beim

² Die Freiwilligkeit der medizinischen Behandlungen ist außerdem aus einer Reihe anderer Rechtsquellen abzuleiten: Von internationalen Abkommen (siehe die Konvention von Oviedo, die allerdings in Italien noch nicht ratifiziert wurde) bis zum europäischen Recht (Charta der Grundrechte der Europäischen Union; in Kraft seit Dezember 2009), von der nationalen Gesetzgebung (Gesetze 833 und 180 von 1978) bis zum ärztlichen Ehrenkodex (überarbeitete Fassung 2006), und bis zur Anerkennung in der Rechtsprechung des Kassationsgerichtshofs (sowohl auf zivilrechtlicher Ebene, als auch, in eingeschränkter Form, im strafrechtlichen Rahmen).

Patienten erzielt. Diese Wirkung hat aber nur dann einen *Nutzen* für den Patienten, wenn damit ein für den Patienten erstrebenswertes Behandlungsziel („Nutzen wofür?“) erreicht werden kann. Eine assistierte Beatmung kann z.B. physiologisch wirksam sein, indem sie das Blut des Patienten ausreichend oxygeniert, hat aber für den Patienten möglicherweise keinen Nutzen mehr, wenn dieser das Bewusstsein irreversibel verloren hat. Für die Frage der Therapiebegrenzung ist nicht die Wirksamkeit, sondern allein der Nutzen der Maßnahme entscheidend. Ärzte sind nicht verpflichtet, eine physiologische Wirkung im Körper eines Patienten zu erzielen.

In der Regel setzt der Nutzen aber die Wirksamkeit voraus. Insofern sollte der Arzt zunächst prüfen, ob sich das angestrebte Behandlungsziel mit der medizinischen Maßnahme auch erreichen lässt. Eine einseitige ärztliche Entscheidung zum Verzicht auf wirkungslose Maßnahmen ist nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten. Ob die erreichbaren Behandlungsziele auch erstrebenswert sind, sollte der Patient auf der Grundlage seiner individuellen Wertmaßstäbe und Präferenzen nach Möglichkeit hingegen selbst entscheiden. Wie die Patientenpräferenzen zu berücksichtigen sind, wenn der Patient sich nicht mehr selbst äußern kann, erläutert der folgende Abschnitt 4.

Lässt sich der Nutzen einer Behandlung noch nicht abschätzen, sollte man die Behandlung zunächst beginnen und dann nach einer gewissen Beobachtungszeit den Nutzen erneut überprüfen.

4. Stellvertretende Entscheidung

4.1 Ist der Patient einwilligungsfähig?

Ob ein Patient einwilligungsfähig ist, muss der behandelnde Arzt feststellen. Allgemein ist ein Patient dann einwilligungsfähig, wenn er die erforderliche Einsichtsfähigkeit besitzt, um Art und Folgen seiner Erkrankung sowie die Vor- und Nachteile möglicher Therapien zu erfassen und eine Entscheidung nach seinen individuellen Wertmaßstäben zu treffen. Die Einwilligungsfähigkeit (Zurechnungsfähigkeit) ist von der Geschäftsfähigkeit zu unterscheiden: Ein nicht mehr geschäftsfähiger Patient kann im Hinblick auf bestimmte Behandlungsentscheidungen durchaus noch einwilligungsfähig sein. Auch Minderjährige können einwilligungsfähig sein, wenn sie in der Lage sind, die Tragweite und Bedeutung des medizinischen Eingriffs einzuschätzen. Je größer die Tragweite der anstehenden Entscheidung ist, desto höher sind die Anforderungen an die Einsichtsfähigkeit des Patienten. Wenn ein Patient nicht einwilligungsfähig ist, ergeben sich zwei Fragen: (1) Wer soll stellvertretend für den Patient entscheiden?

(⇒ Abschnitt 4.2) (2) Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?

(⇒ Abschnitt 4.3)

4.2 Wer soll stellvertretend entscheiden?

Ist ein Vormund oder Beistand gerichtlich bestellt, so können diese Entscheidungen an Stelle des handlungsunfähigen Patienten treffen. Besteht hingegen eine Sachwalterschaft und sind dem Sachwalter im Ernennungsdekret Befugnisse in Zusammenhang mit Entscheidungen im Gesundheitsbereich zugewiesen, so kann auch der Sachwalter den Willen des handlungsunfähigen Patienten vertreten. Sofern weder Vormund, Beistand oder Sachwalter bestellt sind, dann ist die Einleitung und Eröffnung einer Sachwalterschaft ein geeignetes Mittel, um der Person eine Vertretung zu verschaffen. Die Stellvertreter des Patienten allgemein und insbesondere diese ggf. ernannten gesetzlichen Vertreter müssen den Willen des Kranken ausdrücken; dem Recht zufolge entscheidet der Vertreter „...weder „an Stelle“ des Handlungsunfähigen noch „für“ den Handlungsunfähigen, sondern „mit“ dem Handlungsunfähigen: also, indem der mutmaßliche Wille des bewusstlosen Patienten rekonstruiert wird... indem die von ihm vor dem Verlust des Bewusstseins geäußerten Wünsche berücksichtigt werden, bzw. jener Wille, der von seiner Persönlichkeit, seinem Lebensstil, seinen Neigungen, seinen Bezugswerten und seinen ethischen, religiösen, kulturellen und philosophischen Überzeugungen abzuleiten ist“ (Urteil der Ersten Zivilsektion des Kassationsgerichtshofs Nr. 21748 des 16.10.2007).

4.3 Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?

Das Selbstbestimmungsrecht ist ein verfassungsrechtlich geschütztes Grundrecht jedes Menschen. Dies beinhaltet auch das Recht, über die Durchführung medizinischer Maßnahmen zu entscheiden: Keine diagnostische oder therapeutische Maßnahme darf folglich gegen den Willen eines Patienten durchgeführt werden. Auch wenn die Patienten nicht mehr selbst entscheiden können, verlieren sie ihr Selbstbestimmungsrecht nicht: Die Behandlungsentscheidungen müssen sich weiterhin an den individuellen Präferenzen und Wünschen des Patienten orientieren. Die Berufsordnung für Ärzte (*Codex Deontologicus*) gibt entsprechend vor: „Ist der Patient nicht in der Lage, seinen Willen zu äußern, muss sich der Arzt bei seinen Entscheidungen an frühere, sicher nachweisbare Äußerungen des Patienten halten.“ (Art. 38, Übersetzung der Südtiroler Ärzte- und Zahnärztekammer). Im Ehrenkodex des Krankenpflegepersonals wird hinzugefügt, dass „die Krankenschwester/der Krankenpfleger in Fällen, in denen der betreute Patient nicht in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken, dem

zu entsprechen hat, was die/der Betroffene zuvor klar und in dokumentierter Form ausgedrückt hat“.

Für die stellvertretende Entscheidung ist ein mehrstufiges Vorgehen geboten (vgl. Abbildung 1): (1) Zunächst sind die in einer *Patientenverfügung* vorab schriftlich festgelegten Wünsche des Patienten zu berücksichtigen, soweit sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Hilfsweise sind auch *mündlich geäußerte Behandlungswünsche* zu berücksichtigen. (2) Wenn keine Patientenverfügung und keine mündlich geäußerten Patientenwünsche vorliegen, ist eine Entscheidung nach dem *mutmaßlichen Patientenwillen* zu treffen. (3) Falls sich dafür keine Anhaltspunkte z.B. durch die Befragung von Angehörigen (⇒Abschnitt 4.4) finden, kann sich die Entscheidung nur an allgemeinen Wertvorstellungen, d.h. am „*objektiven Wohl*“ des Patienten orientieren.

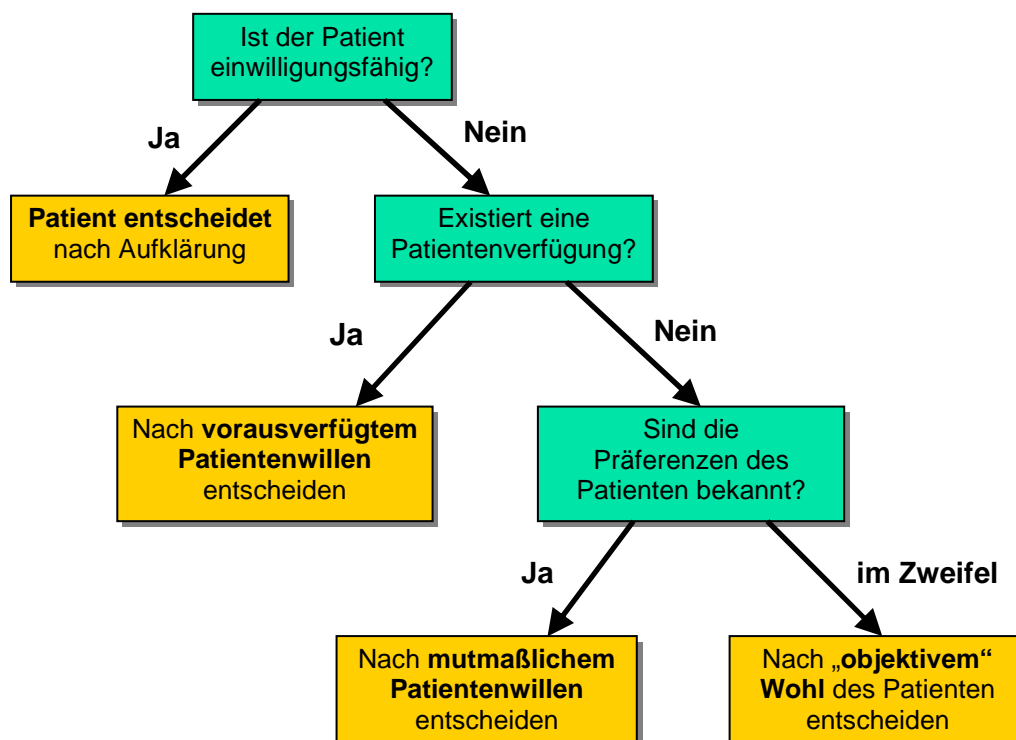


Abbildung 1: Mehrstufiges Vorgehen bei fehlender Einwilligungsfähigkeit (Marckmann et al. 2010)

Vorausverfügter Patientenwille (Patientenverfügung)

In einer Patientenverfügung kann eine einwilligungsfähige Person für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit vorab schriftlich festlegen, ob und in welchem Umfang sie in einer bestimmten Krankheitssituation behandelt werden möchte. Der in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Wille ist für den Arzt verbindlich, sofern er auf die aktuell vorliegende medizinische Situation des Patienten zutrifft und es keinen *konkreten* Hinweis auf eine Mei-

nungsänderung des Patienten gibt. In diesem Sinne hatte sich das Nationale Komitee für Bioethik Italiens bereits im Jahr 2003 geäußert.

„Gelangt der Arzt/die Ärztin nach bestem Wissen und Gewissen zu der festen Überzeugung, dass die Wünsche des/der Erkrankten nicht nur legitim, sondern auch aktuell sind, so stellt deren Erfüllung nicht nur einen Teil der mit seinem/r Patienten/in eingegangenen Allianz dar, sondern auch eine eindeutige, sich aus dem Ehrenkodex ergebende Pflicht. Wäre es doch eigenartig, würde man die Wünsche des/der Kranken dergestalt berücksichtigen, dass man, ohne dass eine Änderung seiner/ihrer Situation eingetreten wäre, seinen/ihren Wünschen zuwiderhandelte.“

Die Patientenverfügung muss dabei keine besondere Form haben: sie kann aus einem ausgefüllten Formular bestehen oder frei formuliert sein. Hinweise zur Erstellung einer Patientenverfügung mit Textbausteinen und einem Formular findet sich in der Broschüre „Gesundheitliche Vorsorgeplanung – Patientenverfügung“ des Landesethikkomitees (www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/service/publikationen.asp). Eine regelmäßige Aktualisierung der Patientenverfügung ist sinnvoll, für die Verbindlichkeit aber unerheblich. Bei der Abfassung einer Patientenverfügung sollte man sich von einem Arzt seines Vertrauens beraten zu lassen (am besten der Hausarzt), um Inhalt und Tragweite der Verfügungen besser zu verstehen. Diese Beratung sollte auf der Patientenverfügung durch die Unterschrift des Arztes dokumentiert werden. Ein einwilligungsfähiger Patient kann seine Patientenverfügung jederzeit auch mündlich widerrufen. In jedem Fall empfiehlt es sich, dies zu dokumentieren (⇒ Abschnitt 6).

Wenn keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt oder diese nicht auf die aktuelle medizinische Situation zutrifft, sind die Angehörigen oder andere nahestehende Personen danach zu befragen, ob sich der Patient früher einmal zu der vorliegenden medizinischen Situation geäußert hat. In diesem Fall ist nach den zuvor *mündlich* geäußerten Behandlungswünschen des Patienten zu entscheiden.

Mutmaßlicher Patientenwille

Wenn sich der Patient nie zu der vorliegenden Situation geäußert hat, muss sich die Entscheidungen am *mutmaßlichen* Patientenwillen orientieren. Dabei überlegt man auf der Grundlage der persönlichen Werthaltung und Lebenseinstellung des Patienten, wie dieser in der vorliegenden Situation wohl selbst entscheiden würde, wenn er dazu in der Lage wäre. Hierzu sind Gespräche mit Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen erforderlich, auch eine Patientenverfügung, die nicht auf die aktuelle Situation zutrifft, kann Hinweise auf die Wertvorstellungen des Patienten liefern. Da der Wille des Patienten aber nur „vermutet“ werden kann, ist er

mit einer erhöhten Irrtumsgefahr verbunden und dem in einer Patientenverfügung schriftlich erklärten Willen untergeordnet.

Objektives Wohl des Patienten

Falls die Präferenzen des Patienten nicht oder nicht sicher zu ermitteln sind, muss man bei der Entscheidung über lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen auf allgemeine Wertvorstellungen zurückgreifen und sich am „objektiven Wohl“ des Patienten orientieren. Auf der Grundlage einer sorgfältigen Abschätzung von Nutzen und Risiken gilt es abzuwägen, ob die Fortsetzung der lebensverlängernden Maßnahmen noch im Interesse des betroffenen Patienten ist.

Orientierungspunkte bei der stellvertretenden Entscheidung:

- 1. Schriftlich vorausverfügter Patientenwille (Patientenverfügung),
mündlich geäußerte Behandlungswünsche***
- 2. Mutmaßlicher Patientenwille***
- 3. Objektives Wohl des Patienten***

4.4 Zur Rolle der Angehörigen bei der Entscheidungsfindung

Bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten wird man in der Regel Angehörige oder andere nahestehende Personen in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Diese sollten aber nicht selbst die Entscheidung treffen, sondern Informationen über frühere Äußerungen, Überzeugungen und Werthaltungen des Patienten liefern, die die Interpretation einer Patientenverfügung erleichtern oder aus denen sich der mutmaßliche Wille des Patienten rekonstruieren lässt. Ob die lebensverlängernden Maßnahmen dann fortgesetzt oder abgebrochen werden, bleibt in der Verantwortung des Arztes, der die Entscheidung über die medizinisch indizierte Maßnahme nach Erörterung mit dem gesetzlichen Vertreter und/oder den Angehörigen nach Maßgabe des in der Patientenverfügung vorausverfügten oder des mutmaßlichen Patientenwillen trifft. Dabei ist im Gespräch mit dem gesetzlichen Vertreter und den Angehörigen nach Möglichkeit eine einvernehmliche Entscheidung anzustreben, die von allen Beteiligten mitgetragen werden kann.

5. Konflikte zwischen Wille und Wohlergehen des Patienten

Bei der Therapieverweigerung ist in diesem Konfliktfall eine klare Abwägung vorgegeben: Der Wille des Patienten hat Vorrang vor seinem Wohl. Der entscheidungsfähige und vollständig aufgeklärte Patient hat also das Recht, auch eine für ihn nützliche oder lebensrettende Behandlung abzulehnen. Im Einzelfall stellt sich aber dennoch häufig die Frage, mit welcher Intensität man versuchen soll, den Patienten von der Nützlichkeit der infrage stehenden Maßnahmen zu überzeugen. Je größer der zu erwartende Nutzen für den Patienten durch die abgelehnte Behandlungsmaßnahme wäre, desto sorgfältiger sollte man überprüfen, ob es sich tatsächlich um eine wohlüberlegte, durch klare Präferenzen begründete Entscheidung des Patienten handelt. Zunächst gilt es sicher zu stellen, dass der Patient seine Situation richtig versteht und in der Lage ist, eine informierte Entscheidung zu fällen. Man sollte versuchen, sich in die Perspektive des Patienten hineinzusetzen um zu ergründen, was ihn in seiner Situation am meisten bewegt, welche Sorgen, Ängste und Befürchtungen hinter der Therapieverweigerung stehen. So lassen sich am ehesten die eigenen Überlegungen des Patienten unterstützen. Möglicherweise lässt sich der Patient von den Vorteilen der Therapie überzeugen. Bei Verdacht auf eine Depression ist es sinnvoll, ein psychiatrisches Konsil einzuholen. Sofern sich keine Einigung erzielen lässt, sollte man die Entscheidung des Patienten respektieren, ihn auf seinem Weg begleiten und ihn auffordern, bei Rückfragen oder einer Meinungsänderung auch bei weiter fortgeschrittener Erkrankung wieder Kontakt mit seinem Arzt aufzunehmen.

Manchmal tritt aber auch die entgegengesetzte Konfliktsituation auf, wenn ein Patient auf der Durchführung einer nach ärztlichem Ermessen *nutzlosen* Maßnahme besteht. Da das Selbstbestimmungsrecht des Patienten keinen Anspruch auf die Durchführung nutzloser medizinischer Maßnahmen umfasst, ist der Arzt nicht verpflichtet, die gewünschte Maßnahme durchzuführen. Aber auch in diesem Fall erscheint es sinnvoll, sich zunächst in die Sichtweise des Patienten hineinzudenken und seine Erwartungen an die Behandlung zu klären. Man sollte dann den Patienten noch einmal sehr gründlich über die gewünschte Maßnahme informieren, Chancen und Risiken vor dem Hintergrund seiner persönlichen Wertüberzeugungen bewerten und versuchen, ein für alle Beteiligten akzeptables Vorgehen auszuhandeln. In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, eine zweite Meinung einzuholen: Dies kann sowohl für das Team als auch für den Patienten neue Gesichtspunkte ergeben oder aber auch dem Patienten helfen, die professionelle Einschätzung seiner Situation zu akzeptieren. Bei ganz eindeutig nutzlosen oder sehr risikoreichen Maßnahmen kann es gerechtfertigt oder gar geboten sein, die vom Patienten – oder auch von einem Vorsorgebevollmächtigten, Betreuer oder Angehörigen –

gewünschte Maßnahme nach entsprechenden Gesprächen nicht durchzuführen. Der Verzicht auf weitere, häufig nebenwirkungsreiche lebensverlängernde Maßnahmen bietet dabei auch Chancen für die Patienten, da er es ihnen oft ermöglicht, die verbleibende Zeit vor dem Tod in einer besseren Lebensqualität zu verbringen.

Praxisempfehlungen bei Konflikten mit dem Patientenwillen:

- *Sich in die Perspektive des Patienten hineinversetzen*
- *Erwartungen und Befürchtungen des Patienten ermitteln*
- *Psychosoziale Probleme berücksichtigen*
- *Patient sorgfältig über die Maßnahmen informieren*
- *Nutzen und Risiken der Maßnahmen anhand der Wertvorstellungen des Patienten bewerten*
- *Entscheidungsprozess des Patienten unterstützen*
- *Evtl. eine Zweitmeinung einholen*

6. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

In der ethischen Diskussion hat sich mittlerweile die Auffassung durchgesetzt, dass auch die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde als eine medizinische Behandlungsmaßnahme anzusehen ist, die wie alle anderen medizinischen Maßnahmen der Rechtfertigung durch die medizinische Indikation und den Patientenwillen bedarf (⇔ Abschnitt 2). Auf eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ist folglich zu verzichten, wenn diese dem Patienten keinen Nutzen (oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen) bietet oder wenn sie dem aktuellen, zuvor erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen widerspricht.

Auch aus rechtlicher Sicht bilden künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr keine Ausnahme. Die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde stellt eine medizinische Behandlung dar, die medizinisch indiziert sein und dem Patientenwillen entsprechen muss.

Dies bestätigt ein Urteil des Kassationsgerichtshofs (Urteil 21748 von 2007):

“Es besteht kein Zweifel, dass künstliche Flüssigkeitszufuhr und künstliche Ernährung mit Hilfe einer nasalen Magensonde den medizinischen Behandlungen zuzurechnen sind. Solche Behandlungsformen sind Bestandteile eines Verfahrens, das wissenschaftliche Kenntnisse voraussetzt, die von ÄrztInnen umgesetzt werden, auch wenn solche Behandlungen in der Folge von Nicht-Ärzten fortgesetzt werden. Die betreffenden Verfahren bestehen in der Verabreichung von Präparaten in Form von chemischen Verbindungen und können ohne Hilfe technisch aufwendiger Mittel nicht durchgeführt werden.“

7. Entscheidung im Team, klinische Ethikberatung

Jede Entscheidung über den Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen sollte im Team mit den beteiligten medizinischen Disziplinen und Berufsgruppen besprochen werden. Damit können verschiedene Sichtweisen auf die medizinische Situation sowie Wohlergehen und Wille des Patienten berücksichtigt werden, was die Gefahr einseitiger Bewertungen reduziert. Zudem sind diejenigen Personen in die Entscheidung einbezogen, die sie anschließend umsetzen müssen, was die Betreuung der Patienten erleichtert. In schwierigen Entscheidungssituationen sollte eine klinisch-ethische Beratung in Anspruch genommen werden. In den vier Gesundheitsbezirken Südtirols stehen jeweils Ethikberatungsgruppen zur Verfügung, die die Moderation einer ethischen Fallbesprechung mit allen an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen anbieten. Eine ethische Fallbesprechung kann über die Koordinatoren der Ethikberatungsgruppen einberufen werden.

Gesundheitsbezirk Bozen

Koordinatorin: Dr. Bernadetta Moser

(Abt. Intensivmedizin 2) Tel. 0471 90 86 74 - bernadetta.moser@asbz.it

Gesundheitsbezirk Meran

Koordinator: Dr. Patrick Franzoni

(Abt. Geriatrie) Tel. 0473 25 11 50 / 51 - patrick.franzoni@asbmeran-o.it

Gesundheitsbezirk Brixen

Koordinatorin: Frau Elisabeth Hopfgartner

(Abt. Rehabilitation) Tel. 0472 81 29 10 - elisabeth.hopfgartner@sb-brixen.it

Gesundheitsbezirk Bruneck

Koordinator / in:

Dr. Marco Pizzinini und Dr. Beatrix Eppacher Tel. 0474 – 58 10 02 - beatrix.eppacher@sb-bruneck.it

8. Dokumentation

Jede Entscheidung zur Therapieziel-Änderung mit einem Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen sollte entsprechend dokumentiert werden. Festzuhalten sind dabei insbesondere

- die medizinische Situation (u.a. Diagnose, gewählte Behandlungsoptionen),
- die ärztliche Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten,
- wesentliche Elemente bzw. Ergebnisse der Gespräche mit dem Patienten, dem Betreuer oder Bevollmächtigten und den Angehörigen sowie
- die Art der Willensäußerung, auf die sich das geplante Vorgehen stützt (aktueller, vorausfügter oder mutmaßlicher Wille).

Darüber hinaus sollten alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Personen über die Entscheidung informiert werden.

9. Literatur

Amt für Ausbildung im Gesundheitswesen / Landesethikkomitee. Gesundheitliche Vorausplanung – Patientenverfügung. Bozen 2010

Borasio GD, Heßler H-J, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 2009;106(40):A1952-1957.

Vetter P, Marckmann G. Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? Ärzteblatt Baden-Württemberg 2009;64(9):370-374

Synofzik M, Marckmann G. Persistent vegetative state: Verdursten lassen oder sterben dürfen? Deutsches Ärzteblatt 2005;102(30):A2079-2082.

Marckmann G. PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2007;62(1):23-27.

Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010;135(12):570-4.

Casonato, C. Introduzione al biodiritto, Giappichelli, Torino, 2012

www.provinz.bz.it/bioethik

