

Ethische Grundposition Therapiezieländerung

1 Begriffsdefinition

Bei schweren und häufig irreversiblen Erkrankungen können lebensverlängernde Therapiekonzepte an einen Punkt gelangen, an dem sie keinen oder nur geringen Nutzen für die Patientin bzw. den Patienten haben oder mit unzumutbaren Belastungen für die Patientin bzw. den Patienten verbunden sind. Eine ähnliche Situation ergibt sich, wenn lebensverlängernde und medizinisch indizierte Therapien von Patientinnen und Patienten abgelehnt werden. An diesem Punkt stellt sich für die Patientin bzw. den Patienten und die Behandelnden die Frage, welche weiteren medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Diese Entscheidungssituation wird im medizinethischen Diskurs als die Frage nach einer Therapiezieländerung bezeichnet. In der Regel wird bei einer Therapiezieländerung von der lebensverlängernden Therapie abgerückt und eine palliative Versorgung angezielt. Eine solche Therapiezieländerung beinhaltet in der Regel auch die Modifikation zu einer dem neuen Therapieziel angemessenen Diagnostik und Therapie sowie oftmals den Verzicht auf Notfallmedizin und Intensivmedizin. Vereinzelt kann allerdings auch die Situation bestehen, dass eine palliative zugunsten einer lebensverlängernden Therapie aufgegeben wird.

Der Wechsel zu einer palliativen Therapie dient der Steigerung der Lebensqualität der Patientin bzw. des Patienten im weiteren Verlauf seiner kurativ nicht zu behandelnden Erkrankung. Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung beinhaltet der palliative Ansatz menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

2 Ethische Fragestellungen

Im Zusammenhang mit einer Therapiezieländerung ergeben sich verschiedene ethische Fragen. Auf Seiten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte müssen die Kriterien, aufgrund derer die auf Lebensverlängerung abzielende Therapie in Frage gestellt wird, und der Zeitpunkt einer möglichen Therapiezieländerung richtig identifiziert werden. Die Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Therapie mit lebensverlängernder Zielsetzung müssen mit der Patientin bzw. dem Patienten wahrhaftig und einfühlsam besprochen werden, ggf. muss dieses Gespräch mit der legitimierten Vertretung geführt werden. Eine mögliche Änderung des Therapieziels ist oftmals mit der Notwendigkeit einer besonderen seelischen Fürsorge und Nähe zwischen der behandelnden Ärztin bzw. behandelndem Arzt und der Patientin bzw. dem Patienten verbunden. Dabei können die Einschätzung der Patientin bzw. des Patienten und medizinisch sinnvolles Handeln voneinander abweichen. In diesen Fällen können ethisch schwierige Situationen auftreten, in denen das Selbstbestimmungsrecht der Patientin bzw. des Patienten mit Grundsätzen des ärztlichen Handelns in Konflikt geraten und der Wille der Patientin bzw. des Patienten zu beachten ist. Zudem können in einem ökonomisierten Gesundheitswesen Therapieentscheidungen mit ökonomischen Rahmenbedingungen in Konflikt geraten.

3 Ethische Grundsätze medizinischen Handelns

3.1 Achtung und Schutz der Würde des Menschen

Ein übergeordnetes Moralprinzip stellt die Würde des Menschen dar. In einer religiösen Fassung korrespondiert die Würde des Menschen mit seiner Gottebenbildlichkeit und weist den Menschen als ein Geschöpf Gottes aus. In einer säkularen Fassung stützt sich der Würdebegriff auf das Argument der

Ethische Grundposition Therapiezieländerung

Selbstzwecklichkeit des Menschen. Beide Interpretationen fordern die Achtung vor der Würde jedes Menschen sowie den Schutz seiner Würde. Jedes ärztliche Handeln in einer Arzt-Patient-Beziehung ist der Achtung und dem Schutz der Würde verpflichtet. Dies bedeutet zumindest, dass in die seelische und körperliche Integrität einer Patientin bzw. eines Patienten nicht zu Zwecken eingegriffen werden darf, die nicht ihrem bzw. seinem Willen entsprechen.

3.2 Respekt vor der Selbstbestimmung

Aus dem Würdegedanken entspringen das Recht auf und der Respekt vor der Selbstbestimmung einer Patientin bzw. eines Patienten. Eine selbstbestimmte Entscheidung über eine Therapiezieländerung kann eine Patientin bzw. ein Patient indes nur dann treffen, wenn sie bzw. er von der Ärztin bzw. dem Arzt wahrhaftig und umfassend über ihre bzw. seine medizinische Situation und die begründbare Prognose aufgeklärt wurde. Auf der Grundlage einer solchen Aufklärung erfordert es das Prinzip der Selbstbestimmung, dass die Ärztin bzw. der Arzt im weiteren Entscheidungsprozess den Willen der Patientin bzw. des Patienten respektiert. Diese Entscheidung kann die Fortführung einer von einer Ärztin bzw. einem Arzt mit zunehmenden Zweifeln betrachteten Therapie mit lebensverlängernder Zielsetzung oder die Ablehnung einer medizinisch indizierten Therapie beinhalten. Allerdings kann das Selbstbestimmungsrecht der Patientin bzw. des Patienten die Ärztin bzw. den Arzt nicht zur Durchführung medizinisch nicht (mehr) indizierter Maßnahmen verpflichten.

3.3 Gebot des Nichtschadens

Die Ärztin bzw. der Arzt ist verpflichtet, fortlaufend die Sinnhaftigkeit ihres bzw. seines medizinischen Handelns an der Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten zu prüfen. Sofern in einer Gesamtsicht der Behandlungssituation Zweifel an einer hinreichenden Wirksamkeit einer Therapie mit lebensverlängernder Zielsetzung bestehen oder die Nachteile dieser Therapie nach objektiven und/oder subjektiven Kriterien die Vorteile für die Patientin bzw. den Patienten dauerhaft übertreffen und keine alternativen Therapieoptionen zur Verfügung stehen, muss die Ärztin bzw. der Arzt der Patientin bzw. dem Patienten den Rat erteilen, diese Therapie nicht weiter zu verfolgen, und die palliative Therapie anbieten. Allerdings können die Ärztin bzw. der Arzt erst bei Wegfall der medizinischen Indikation oder bei Vorliegen einer Kontraindikation die weitere Durchführung einer Therapie mit lebensverlängernder Zielsetzung ablehnen. Die Grenzen des rechtlich erlaubten ärztlichen Handelns sind in jedem Fall überschritten, wenn einerseits übermäßige Therapieversuche unternommen werden oder wenn andererseits die Ärztin bzw. der Arzt der Versuchung erliegt, eine leidvolle Situation durch aktive Tötung zu beenden.

3.4 Handeln zum Wohle des Patienten

Die Entscheidung zum Wechsel zu einer palliativen Therapie verpflichtet die Ärztin bzw. den Arzt zu einer besonderen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Begleitung der Patientin bzw. des Patienten. Dabei ist es das Ziel der Ärztin bzw. des Arztes, einerseits die Erkenntnisse der Palliativmedizin individualbezogen und dem Stand der Wissenschaft entsprechend bei der Patientin bzw. beim Patienten anzuwenden, andererseits der Patientin bzw. dem Patienten in der Situation der Therapiezieländerung eine intensive seelische Fürsorge und Nähe zukommen zu lassen bzw. anzubieten. Ein Handeln zum Wohle des Patienten beinhaltet, dass Entscheidungen nicht durch ökonomische Erwägungen überlagert werden.

Ethische Grundposition Therapiezieländerung

4 Prozessempfehlungen

4.1 Voraussetzungen

- In medizinischen Grenzsituationen kann es schwierig sein, die Grenzen des sinnvoll Machbaren zu erkennen und eigene Ohnmacht anzuerkennen. Ärztliches Handeln hat grundsätzlich die Endlichkeit des irdischen Lebens im Blick und darf fehlende kurative Behandlungsmöglichkeiten nicht zwangsläufig als einen Ausdruck medizinischen Versagens begreifen. Zudem darf die Ärztin bzw. der Arzt nur dann handeln, wenn sie bzw. er die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten oder seiner legitimierten Vertretung erhalten hat. Deshalb ist es notwendig, sich in Fortbildungen und Praxisbegleitung mit der eigenen Geschichte und Einstellung zum Thema Endlichkeit und Grenzen auseinanderzusetzen.
- Die Überbringung problematischer Nachrichten erfordert einen höchst sensiblen Kommunikationsprozess, der große kommunikative Kompetenz, Klarheit und Einfühlungsvermögen voraussetzt. Schulung und Training sind notwendig, um diese Kommunikationssituation zu gestalten und auf die Reaktionen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen adäquat zu reagieren.
- Die Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in der Zeit der Entscheidungsfindung, der Anpassung an die medizinische Realität und des Abschiednehmens stellt auch für die Mitglieder des therapeutischen Teams eine große emotionale Herausforderung dar. Daher sollten Mitarbeitende aufmerksam auf sich selbst und ihre Kolleginnen und Kollegen achten, letztere bei Bedarf durch kollegiale Begleitung unterstützen und gegebenenfalls selbst externe Unterstützung (Balint-Gruppe, Supervision) annehmen bzw. anfordern.

4.2 Kommunikation

- Die Mitteilung über schwindende oder fehlende lebensverlängernde Therapieansätze erfordert auf ärztlicher Seite und auf Seite der Patientin bzw. des Patienten Kraft und Mut. Das Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten muss dem Grundsatz der Wahrhaftigkeit folgen und erfordert, die Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten nach Offenheit, jedoch auch nach Schutz, gut und einfühlsam auszubalancieren.
- Wichtige Ziele in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen sind Glaubwürdigkeit und Transparenz. Bewusste Verharmlosungen sind ebenso wie Dramatisierungen zu vermeiden. Die Krankheitsakzeptanz und Gefühle auf Seiten der Patientin bzw. des Patienten sollten dabei situationsangemessen angesprochen und der Patientin bzw. dem Patienten die Gewissheit vermittelt werden, dass sie bzw. er trotz einer nicht heilbaren Situation nicht allein gelassen wird.
- Die Ärztin bzw. der Arzt sollte für Gespräche im Zusammenhang mit Therapiezieländerungen kommunikative Techniken erlernen und die psychologisch besondere Situation solcher Gespräche verinnerlichen.
- Bei der Suche nach einer gemeinsamen Entscheidung mit Patientinnen und Patienten gilt es, suggestive und manipulative Kommunikation zu vermeiden.

Ethische Grundposition Therapiezieländerung

- Eine Festlegung auf genaue zeitliche Prognosen sollte grundsätzlich nicht erfolgen. Wenn zeitliche Prognosen mitgeteilt werden, ist eine hinreichende Sicherheit eine notwendige Voraussetzung.
- In den Kommunikationsprozess mit der Patientin bzw. dem Patienten über eine Therapiezieländerung sollen - falls von der Patientin bzw. dem Patienten gewünscht - auch nicht-ärztliche Dienste (Pflege, Seelsorge, Sozialdienst, Therapeutische Dienste, Hospiz- und Palliativberatungsdienst) und Angehörige/Zugehörige einbezogen werden.

4.3 Entscheidungsfindung

- Entscheidungsfindungen sind u.a. das Ergebnis eines Kommunikationsprozesses. In den Entscheidungsprozess einer Therapiezieländerung sollte die Expertise aller therapeutisch Beteiligten einbezogen und die Einberufung einer Ethischen Fallbesprechung geprüft werden.
- Eine Therapiezieländerung setzt voraus, dass sie dem Willen der Patientin bzw. des Patienten entspricht. Hilfreich ist es, wenn die Entscheidung auch von den Angehörigen/Zugehörigen der Patientin bzw. des Patienten akzeptiert wird.
- Bei nichteinwilligungsfähigen, volljährigen Patientinnen und Patienten müssen eine auf die Situation zutreffende Patientenverfügung beachtet und/oder im Falle keiner Verfügung mit der legitimierten Vertretung und nahen Bezugspersonen Behandlungswünsche, die dem geäußerten oder dem mutmaßlichen Willen der bzw. des Betroffenen entsprechen, ermittelt werden. In komplizierten Entscheidungsprozessen ist frühzeitig eine Ethische Fallbesprechung einzuberufen.
- Entscheidungen zur Therapiezieländerung müssen fortlaufend überprüft und bei Veränderungen der Krankheitsentwicklung oder des Patientenwillens modifiziert und ggf. revidiert werden.
- In die Entscheidungsfindung und die Kommunikation sollten alle zur Verfügung stehenden Kompetenzen im Bereich der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung einbezogen werden; wenn es sinnvoll erscheint, sollte ein Palliativmediziner konsiliarisch hinzugezogen werden.

4.4 Konfliktfall

- Sofern die Ärztin bzw. der Arzt einer Patientin bzw. einem Patienten von der Fortführung einer lebensverlängernden Therapie abraten, die Patientin bzw. der Patient jedoch eine Fortführung dieser Therapie wünscht oder einfordert, wird die Einberufung einer Ethischen Fallbesprechung durch die Ärztin bzw. den Arzt empfohlen. Wenn die Ärztin bzw. der Arzt nach eigenem Dafürhalten eine Fortführung der Therapie mit lebensverlängernder Zielsetzung medizinisch nicht für indiziert hält und daher nicht verantworten kann, kann sie bzw. er zu dieser nicht verpflichtet werden.
- Wenn eine einwilligungsfähige Patientin bzw. ein einwilligungsfähiger Patient nach sorgfältiger Aufklärung die Durchführung einer Therapie mit lebensverlängernder Zielsetzung ablehnt, muss die Ärztin bzw. der Arzt diesem Willen entsprechen. Bei gegebener medizinischer Indikation haben die Ärztin bzw. der Arzt der Patientin bzw. dem Patienten eine geeignete und individuell angemessene palliative Behandlung anzubieten oder eine solche zu vermitteln.
- Bei nichteinwilligungsfähigen Patientinnen bzw. Patienten muss die Ärztin bzw. der Arzt einen Therapievorschlagn mit der legitimierten Vertretung besprechen. Sofern keine auf die Situation

Ethische Grundposition Therapiezieländerung

zutreffende Patientenverfügung vorliegt und kein Einvernehmen zwischen Ärztin bzw. Arzt und gesetzlicher Vertretung herzustellen ist, sollte zunächst der Versuch unternommen werden, mittels einer Ethischen Fallbesprechung den mutmaßlichen Willen der Patientin bzw. des Patienten zu eruieren. Sofern weiterhin kein Einvernehmen zu erzielen ist, muss die Ärztin bzw. der Arzt das Betreuungsgericht anrufen.

4.5 Dokumentation

- Eine Therapiezieländerung soll im therapeutischen Team offen kommuniziert und begründet werden. Dazu gehört ggf. auch die Entscheidung, in einer Notfallsituation auf Maßnahmen der Wiederbelebung zu verzichten.
- Die Therapiezieländerung wird in der Patientendokumentation mit der Darlegung der konkreten Entscheidung, Begründung, Namensnennung der Entscheidungsträger, Datum und Unterschrift festgehalten. Hierfür sollten nach Möglichkeit die im Träger entwickelten standardisierten Formulare verwendet werden.
- Die Entscheidung und daraus resultierende Empfehlungen werden bei einer Verlegung der Patientin bzw. des Patienten nach ihrer bzw. seiner Einwilligung an die weiterbehandelnden Personen weitergegeben.

Die ethische Grundposition wurde am 18.05.2021 von der Geschäftsleitung freigegeben.

An der Erstellung der ethischen Grundposition beteiligte Mitglieder des Ethik-Beirats:

Andrea Birnthaler-Trapp, Ulrike Dürr, Karin Gollan, Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Heinemann, Prof. Dr. Dirk Lanzerath, Jeanette Möllmann, Doreen Mohr-Hindorf, Martin Mommsen von Geisau, Marion Neidhöfer, Dr. Werner Neyen, Dr. Elmar Pankau, Hiltrud Reicherts, Prof. Dr. Stephan Remmert, Hubertus von Gallwitz.

Mitgeltende Unterlagen

→