

Der betreute Mensch als Patient Rechtliche Betreuung an der Schnittstelle zur Gesundheitsversorgung

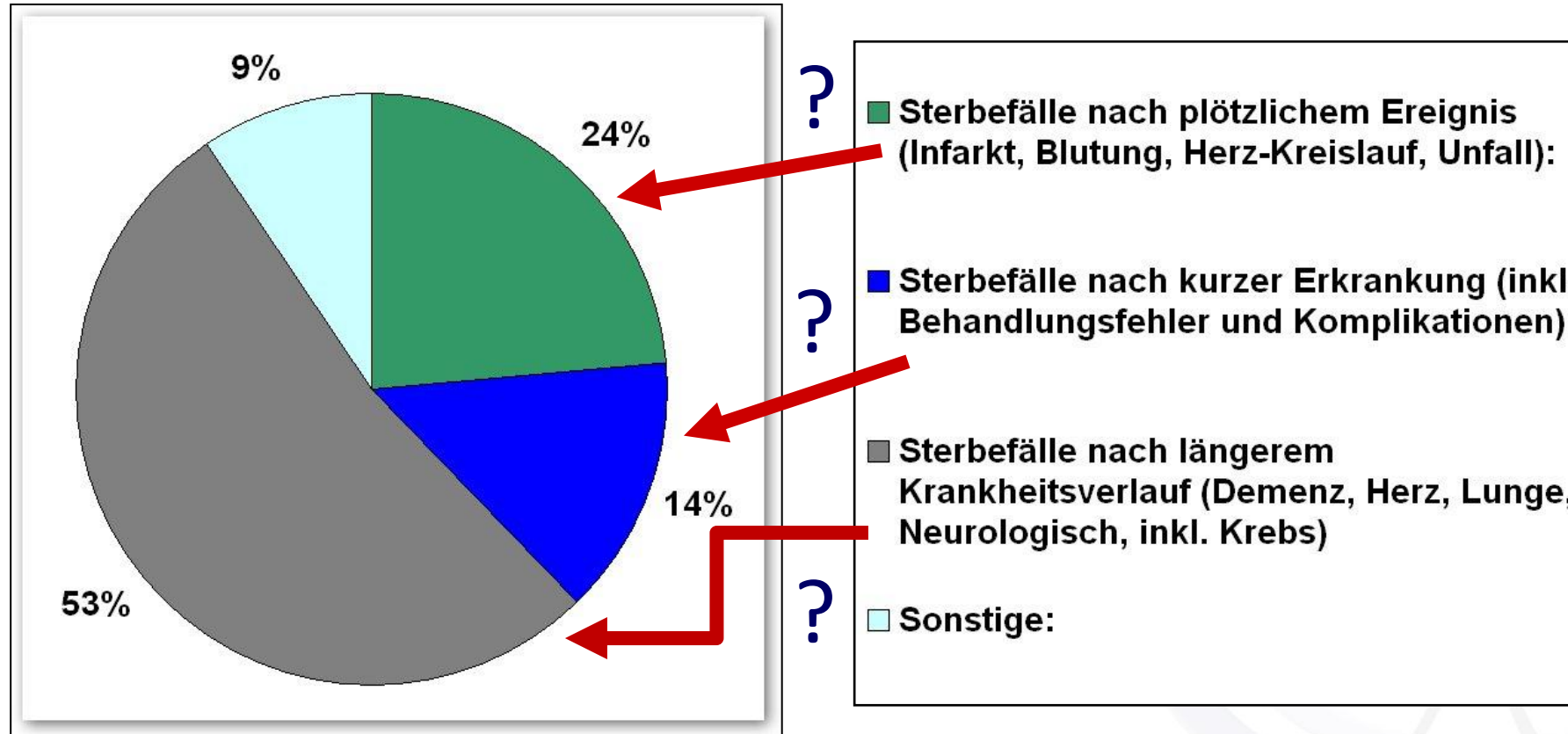
Online-Format „BGTalk“ am 24. März 2026



Friedemann Nauck
Klinik für Palliativmedizin
Georg-August-Universität Göttingen



Wandel im Krankheitsverlauf*



Wer entscheidet wann und wie?

* Müller-Busch 2007, Berechnungen nach Statist. Bundesamt und anderen Quellen

Intensivstationen sind Orte des Überlebens, aber auch Orte des Sterbens und der Symptomlast

- 15-20 % der Patient*innen sterben während oder kurz nach Ihrem Aufenthalt auf der Intensivstation
- 50 % aller im Krankenhaus Verstorbenen erhielten intensivmedizinische Versorgung während der letzten drei Tage des Lebens
- Palliativmedizin UND „End of Life Care“ sind elementare Teile von Intensivmedizin

Behandlungsziele am Lebensende

- schwierige medizinische Entscheidungen
- schwierige ethische Entscheidungen

Urteilsbildung

- Respektierung individueller Werte
- Eruiierung des (mutmaßlichen) Willens
- Übernahme von Verantwortung für eine Behandlungsentscheidung, die immer auch mit der Möglichkeit des Irrtums einhergehen kann



Ärztliche Aufgaben

- Anamnese und Untersuchung des Patienten
- Ggfls. weiterführende Diagnostik
- ➔ Diagnose und Indikationsstellung
- Angebot einer medizinisch indizierten Therapie
- Ausführliche Aufklärung



Einwilligung des Patienten „informed consent“


- Arzt bietet aufgrund der medizinischen Indikation dem Patienten eine bestimmte Behandlung an
- Patient entscheidet, ob er dieser Behandlung zustimmt oder sie ablehnt
- Aufklärung über Erfolgsaussichten und Risiken der Behandlung muss erfolgen, um freie und informierte Entscheidung treffen zu können
- Bei Ablehnung des Patienten muss die medizinische Behandlung unterbleiben

Shared Decision Making

- Entscheidungsfindung vollzieht sich im Rahmen der Behandlung als dialogischer Prozess zwischen Arzt und Patient
- Arzt muss den Patienten (oder seinen Vertreter) kontinuierlich beteiligen und informieren

(§ 630c Abs. 1 und Abs. 2 S. 1 BGB)

7.4. Entscheidung über Beginn, Fortsetzung oder Beendigung medizinischer Maßnahmen

7.9.	Konsensbasiertes Statement
EK 	Die maßgeblichen Kriterien bei der Entscheidung über Beginn, Fortsetzung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme sind die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten.
7.10.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	In der Behandlung von Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> die Indikationsstellung mit Blick auf das festgesetzte Therapieziel erfolgen und sowohl die Erreichbarkeit des Therapieziels als auch den möglichen Nutzen und Schaden der Maßnahme für den Patienten berücksichtigen.
7.13.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> bei der Entscheidung über Beginn, Fortsetzung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme neben dem Patientenvertreter auch nahe Angehörigen und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbezogen werden.

Ethisch-rechtliche Kriterien

Medizinische
Maßnahmen

Medizinische
Indikation

⇒ Angebot
& Aufklärung

Einwilligung
des Patienten

⇒ Durchführung
lege artis

Medizinische Indikation

Durchführung *medizinisch begründet* ?

- medizinisches Wissen
- Diagnose und Prognose
- Behandlungsziel

Durchführung *medizinisch sinnvoll* ?

- Geeignetes Mittel? Alternativen?
- Verhältnis von Nutzen und Schaden?



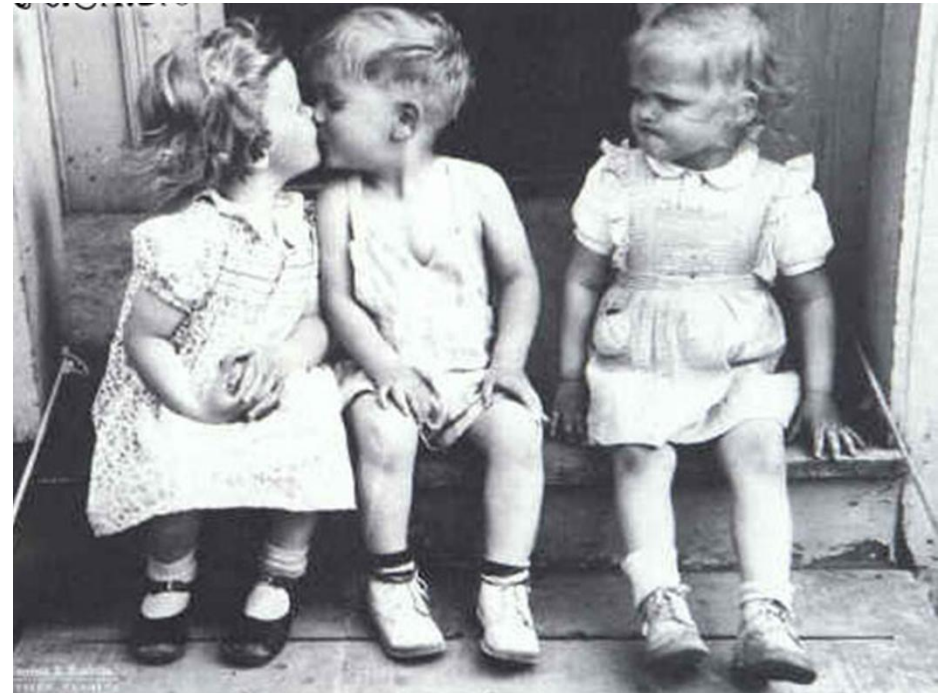
Grenzen der Sinnhaftigkeit Sektion Ethik der (DIVI)

Behandlungskonzepte oder Behandlungsmaßnahmen sind sinnlos, wenn

- das angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden kann,
- dieses Therapieziel vom Patientenwillen nicht gedeckt ist,
- die dadurch erreichbare Lebensqualität/Lebensperspektive die Belastungen während der Behandlung aus Patientensicht nicht rechtfertigt.

Kommunikation als Basis effektiver Betreuung

Kommunikation
Austausch
Informationen
Geben
Nehmen
Verständigung
Ziel
Wissen
Beziehung
Gestik
Geräten
Lebewesen
Symbolen
Bild
technischen
Menschen
Schrift
Geben
Kommunikationserfolg
wechselseitigen
wechselseitig
Signalübertragung
maschinellen
Missverständnissen
Sprache
Erfahrung
Erkenntnis
Gedanken
Mimik
Zeichen
Systemen



Möglichkeiten der Vorsorge

- **Patientenverfügung und Behandlungswünsche**
(für künftige Behandlung)
- **Vorsorgevollmacht**
(Vertrauensperson als Stellvertreter)
- **Betreuungsverfügung**
(v.a. Vertrauensperson als Betreuer)
- **Gesundheitliche Vorausplanung**
(Behandlung im Voraus planen mit medizinischer Fachperson - BVP/ACP)



Beteiligung von Patienten an Entscheidungsprozessen durch Advance Care Planning (ACP)

ACP ist ein Prozess, „der Erwachsenen in jedem Lebensalter, unabhängig vom Vorliegen oder von Art und Stadium einer Erkrankung, ermöglicht ihre eigenen Wertvorstellungen, Lebensziele und Präferenzen bezüglich zukünftiger medizinischer Behandlung und Pflege zu verstehen und mit anderen zu teilen“

- +
 - strukturiertes Gesprächsangebot mit zertifizierten Gesprächsbegleiter*innen (organisiertes Beratungsangebot)
 - **mehrdimensionaler Ansatz** (individuell, strukturell, regional)

Standortbestimmung zur Therapiezielklärung

RESET PAGE

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Wie gerne leben Sie?

Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) weiter zu leben?

Wenn Sie ans Sterben denken – was kommt Ihnen dann in den Sinn?

Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das **jetzt** in Ihnen auslösen?

Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu erhalten?

Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?

Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollen?

Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an künftige medizinische Behandlungen denken? Sind hierbei Erfahrungen von Ihnen oder bei anderen Personen von Bedeutung?

ALTERNATIV | Ärztliche Begründung bei fehlender Erfolgsaussicht lebenserhaltender Maßnahmen (→ umseitig FeNo Option „C“), ggf. Verweis auf Arztbrief:

Stempel

X

Datum, Unterschrift

Datum Vorname Name Handzeichen

Name Nauck

Gesprächsbegleiter/in: Vorname Friedemann

Integrierter Notfallplanung

Zwei entscheidende Formulare

Einstellungen und Festlegung für den Notfall

Festlegung für den Notfall (FeNo)

RESET PAGE

Vorname Name Ggf. Einrichtungsstempel

geb. am Adresse

Ggf. Bevollmächtigter/Betreuer

Vorname Name Tel.

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation, in der ich nicht einwilligungsfähig bin, lege ich fest: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

THERAPIEZIEL C = Linderung, nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● Ausschließlich Maßnahmen mit dem Ziel der Palliation
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung ist Ausdruck meines Behandlungswillens und steht im Einklang mit der umseitig dokumentierten Therapiezielklärung. Die sich daraus ergebenden Folgen habe ich verstanden.“

Vorname Name

, den X

Unterschrift des Verfassers (obligat)

„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“

Vorname Name

X

Ggf. Unterschrift des Bevollmächtigten/Betreuers (empfohlen)

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Vorname Friedemann Name Nauck

X

Unterschrift des ACP-D-zertifizierten Gesprächsbegleiters (empfohlen)

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und wurde mit ihr erörtert. Ich bestätige ihre Einwilligungsfähigkeit und ihr Verständnis der Implikationen dieser Festlegung.“

Ein Krisenplan wurde erstellt, den X

Unterschrift und Stempel des Arztes (empfohlen)

! Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder veränderten Hinweisen auf den (mutmaßlichen) Patientenwillen anzupassen.

Name Nauck

Gesprächsbegleiter/in: Vorname Friedemann

INTEGRIERTE NOTFALLPLANUNG

INTEGRIERTE NOTFALLPLANUNG

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

A ●●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich des Versuchs einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●●● Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●●● Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●●● Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●●● Kein Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus*
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

C ●●●●●● Ausschließlich lindernde Maßnahmen*
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

ALLES!

Keine Reanimation

Keine Intubation

Keine Intensivstation

Kein Krankenhaus

Ausschließlich Linderung

Standortbestimmung zur Therapiezielklärung RESET PAGE

Vertretene Person: Vorname _____ Name _____

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Die Einstellungen sind anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Auf diese soll im Text verwiesen werden: **frühere Patientenverfügung (P), Behandlungswünsche (B), andere Äußerungen (Ä) oder Verhaltensweisen (V).**

Wie gerne lebt die vertretene Person?

Welche Bedeutung hat es für die vertretene Person, (noch lange) weiter zu leben?

Was ist bekannt darüber, was die vertretene Person über das Sterben denkt oder dachte?

Wenn die vertretene Person heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde, was würde es für sie **jetzt** bedeuten, dies zu wissen?

Darf eine medizinische Behandlung aus Sicht der vertretenen Person dazu beitragen, ihr Leben in einer Krise zu erhalten?

Welche Belastungen und Risiken wäre die Person bereit, dafür in Kauf zu nehmen?

Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten die vertretene Person nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollte?

Gibt es Sorgen und Ängste hinsichtlich künftiger medizinischer Behandlungen? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

ALTERNATIV | Ärztliche Begründung bei fehlender Erfolgsaussicht lebenserhaltender Maßnahmen (→ umseitig FeNo Option „C“, ggf. Verweis auf Arztbrief:

_____ Stempel

_____ Datum, Unterschrift

Datum _____ Vorname Vertreter/in _____ Name Vertreter/in _____ Handzeichen _____

Name

Gesprächsbegleiter/in: Vorname

Vertreter-Dokumentation Kurzform

Festlegung für den Notfall (FeNo) RESET PAGE

Nicht einwilligungsfähige (vertretene) Person: Adresse, ggf. Einrichtungsstempel

Vorname _____ Name _____

geb. am _____ Adresse _____

Vertreter (Bevollmächtigter/Betreuer/Ehegattennotvertreter)

Vorname _____ Name _____ Tel. _____

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation gilt bei der oben genannten nicht einwilligungsfähigen Person: Nur **eine** Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

Therapieziel = Lebenserhaltung

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

Therapieziel = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Keine invasive (Tubus-) Beatmung Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Keine invasive (Tubus-) Beatmung Keine Behandlung auf Intensivstation Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung Keine invasive (Tubus-) Beatmung Keine Behandlung auf Intensivstation Keine Mitnahme ins Krankenhaus Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

Therapieziel C = Linderung, nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● Ausschließlich Maßnahmen mit dem Ziel der Palliation Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung entspricht dem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen der o.g. Person und steht im Einklang mit der umseitig dokumentierten Therapiezielklärung.“

_____ , den _____
Vorname _____ Name _____
Unterschrift des Bevollmächtigten/Betreuers/Ehegattennotvertreters (obligat)

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

_____ , den _____
Vorname _____ Name _____
Unterschrift des ACP-D-zertifizierten Gesprächsbegleiters (empfohlen)

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und entspricht ihrem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen.“

Ein Krisenplan wurde erstellt. _____ , den _____
Unterschrift und Stempel des Arztes (empfohlen)

! Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder veränderten Hinweisen auf den (mutmaßlichen) Patientenwillen anzupassen.

INTEGRIERTE NOTFALLPLANUNG

Name

Gesprächsbegleiter/in: Vorname

Zentrale Werte und Haltungen in der Medizin

- Stärkung der Patientenautonomie und des Patientenwillen
- Lebensqualität statt Lebensverlängerung
- Symptomlinderung
- Umgang mit Sterbenden und An- und Zugehörigen
- Wahrung von Respekt und Würde



Werte- und Handlungsfindung in der Intensiv- und Palliativmedizin bedeutet die ethische Herausforderung, Heilung und Lebensverlängerung in der Intensivmedizin mit Würde und Lebensqualität am Lebensende in der Palliativmedizin zu verbinden.

Medizinische Klinik
Intensivmedizin und Notfallmedizin**Positionspapier**

Med Klin Intensivmed Notfmed
<https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>
Angenommen: 1. Februar 2021

© Der/die Autor(en) 2021



Andrej Michalsen¹ · Gerald Neitzke² · Jochen Dutzmann³ · Annette Rogge⁴ · Anna-Henrikje Seidlein⁵ · Susanne Jöbges⁶ · Hilmar Burchardi⁷ · Christiane Hartog^{8,9} · Friedemann Nauck¹⁰ · Fred Salomon¹¹ · Gunnar Duttge¹² · Guido Michels¹³ · Kathrin Knochel^{14,15} · Stefan Meier¹⁶ · Peter Gretenkort¹⁷ · Uwe Janssens¹⁸

¹ Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinikum Konstanz, Konstanz, Deutschland; ² Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; ³ Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale), Deutschland; ⁴ Geschäftsbereichs der Medizinethik, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel, Deutschland; ⁵ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland; ⁶ Institut für Biomedizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Zürich, Zürich, Schweiz; ⁷ Bovenden, Deutschland; ⁸ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ⁹ Patienten- und Angehörigenzentrierte Versorgung (PAV), Klinik Bavaria, Kreischa, Deutschland; ¹⁰ Klinik für Palliativmedizin, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ¹¹ Lemgo, Deutschland; ¹² Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ¹³ Klinik für Akut- und Notfallmedizin, St.-Antonius-Hospital Eschweiler, Eschweiler, Deutschland; ¹⁴ Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital Kinderpalliativzentrum, Klinikum der Universität München, München, Deutschland; ¹⁵ Ethik der Medizin und Gesundheitstechnologie, Technische Universität München, München, Deutschland; ¹⁶ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ¹⁷ Simulations- und Notfallakademie, Helios Klinikum Krefeld, Krefeld, Deutschland; ¹⁸ Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital Eschweiler, Eschweiler, Deutschland

Übersorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden

Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI
und der Sektion Ethik der DGIIN





Abb. 1 ▲ Einflussfaktoren für das Entstehen von Übertherapie sind vielfältig und finden sich auf Ebene der Indikationsstellung und auf der Ebene des Patientenwillens

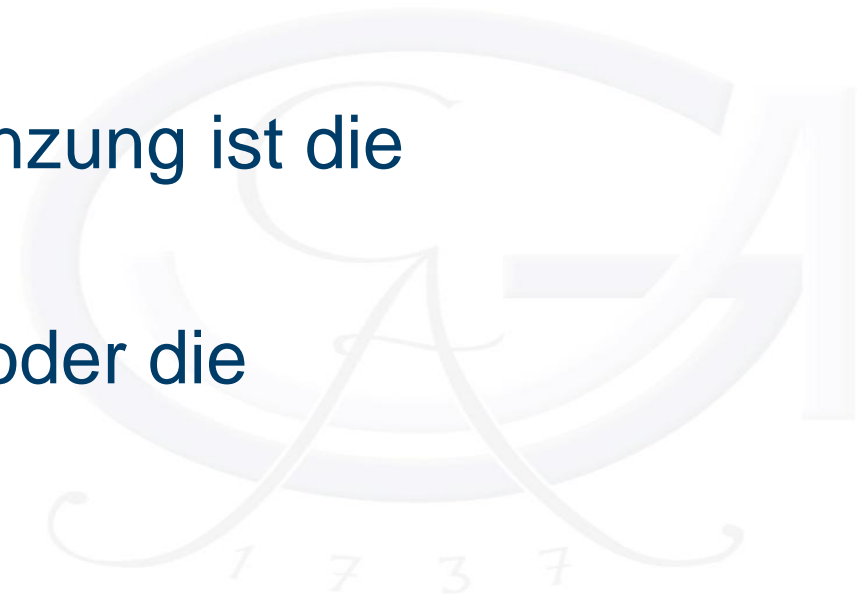
Ein simpler TRIKK, um Überversorgung zu erkennen und zu vermeiden...

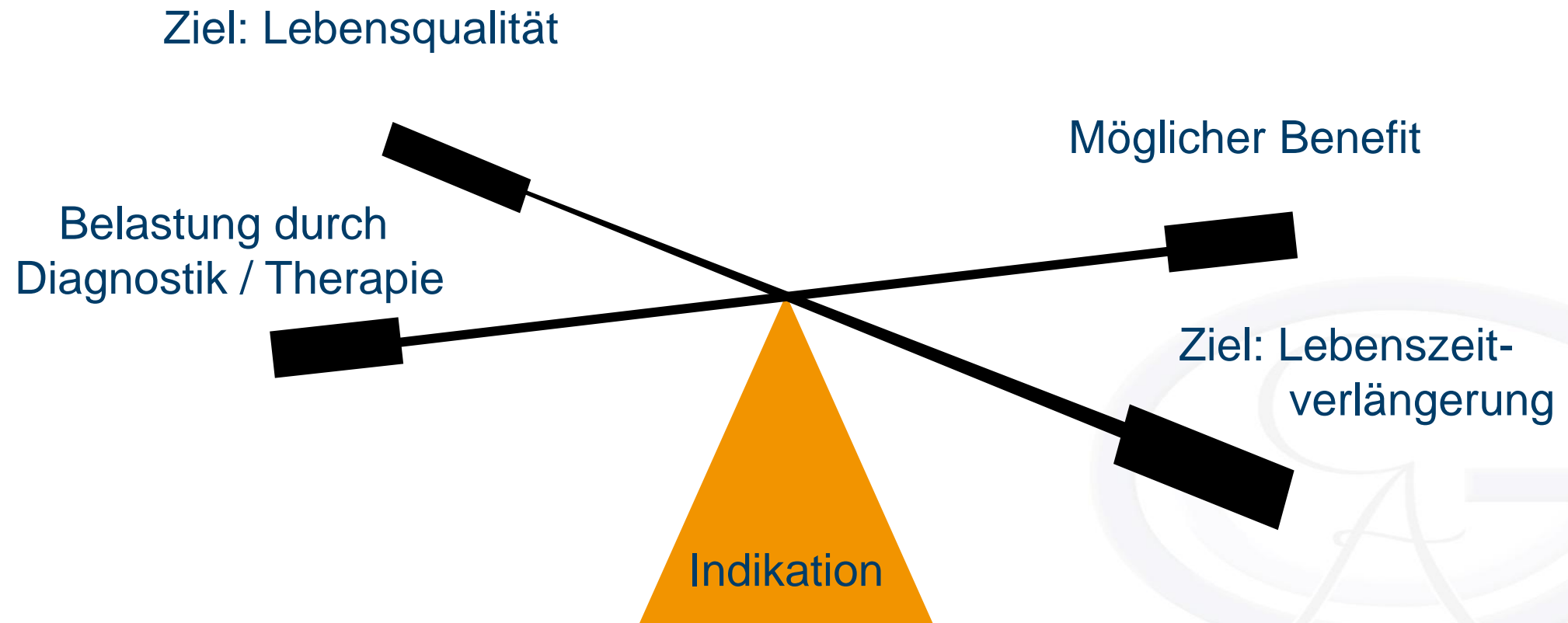
- T** Formuliere das **Therapieziel!**
- R** **e-evaluieren** das Therapieziel regelmäßig und kritisch!
- I** Stelle sicher, dass für jede geplante oder laufende Therapie eine **Indikation** besteht und diese geeignet ist, um das Therapieziel zu erreichen!
- K** Stelle sicher, dass jede geplante diagnostische Prozedur eine **Konsequenz** hat, die den Patienten/die Patientin und das Behandlungsteam dem Therapieziel näherbringt!
- K** Stelle sicher, dass weiterhin mutmaßlicher, vorausverfügter oder definitiver **Konsens** des Patienten/der Patientin für alle laufenden und geplanten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren besteht!

Abb. 2 ◀ Das Akronym TRIKK kann Hilfestellung sein, die bestehende Therapie und Therapieplanung regelmäßig kritisch zu überprüfen und Überversorgung zu erkennen, zu benennen und zu vermeiden

Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung

- Der Mangel an Verständigung führt häufig dazu, dass Entscheidungen zur Therapieintensität und Therapiebegrenzung nicht die Wünsche der Patienten am Lebensende berücksichtigt.
- Rechtfertigung für eine Therapiebegrenzung ist die fehlende medizinische Indikation.
Begründungen: die Wirkungslosigkeit oder die Sinnlosigkeit einer Behandlung





Ärztliche Unsicherheiten bei der Therapieentscheidung

- „Infauste Prognose“ nicht zweifelsfrei zu bestimmen.
- Es gibt keine sicheren Zeichen für den bevorstehenden Tod, selbst wenige Tage vor Eintritt.
- „Infauste Prognose“ oder „im Sterben“ sind daher notwendigerweise subjektive Urteile (die aber begründet sein müssen)
- Ein Sterben in Würde muss bereits geplant werden, wenn noch Überlebenschancen bestehen.
- Kombiniertes Vorgehen in der klinischen Praxis:
 - Behandeln und Kämpfen für das Überleben
 - Akzeptanz für das Sterben

Prognose: Prozess anstatt Prophezeiung

- Anerkennung der Unsicherheit (auch als etwas positives ...)
- Integration von Überzeugungen und Meinungen des Patienten

Kommunikation im interprofessionellem Team mit unterschiedlichen Perspektiven

- Zeitrahmen (Tage/Wochen/Monate/Jahre)
- Best-Case-/Worst-Case-Szenario



Behandlung nach Therapiebegrenzung in der Sterbephase

Internist 2017 · 58:575–579
 DOI 10.1007/s00108-017-0244-x
 Online publiziert: 10. Mai 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017

Redaktion
 U.R. Fölsch, Kiel
 M. Hallek, Köln
 G. Hasenfuß, Göttingen
 E. Märker-Hermann, Wiesbaden
 C.C. Sieber, Nürnberg



B. Alt-Epping

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

Klug entscheiden am Lebensende

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Tab. 2 Negativempfehlung aus der Palliativmedizin

	Thema	Empfehlung (kurz gefasst)
N1	Therapiebegrenzung in der Sterbephase	Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase nicht eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden

Der nicht entscheidungsfähige Patient

Betreuer ist gebunden an

- Behandlungswünsche
- Patientenverfügung
- Mutmaßlichen Willen



<https://ag-betreuungsvereine.de/rechtliche-betreuer.html>

Behandlungsentscheidung bedeutet Sprechen über:

- Erwartungen
- Realistische Ziele - ganz konkret
- Plan A, Plan B, - 'was machen wir, wenn'



Discussing prognosis: the '5-D- model'

- **D eath** Wann? Wieviel Zeit bleibt?
- **D isease** Welchen Verlauf kann man erwarten?
- **D iscomfort** Welche Lebensqualität ist zu erwarten?
- **D rug toxicity** Welche Nebenwirkungen durch Behandlung?
- **D ollars** Welche Kosten? Wo weitere Versorgung?

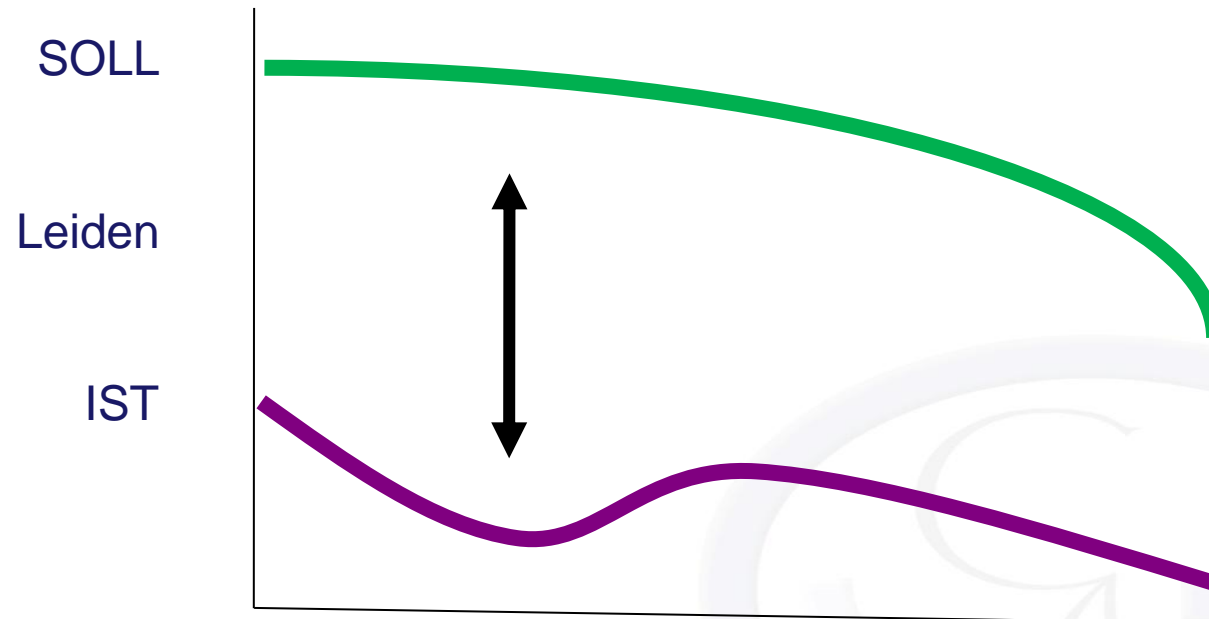
Zentral: das Verhandeln der Erwartungen

Hoffnung erhalten,
ja, aber worauf?
(vgl. '5-D')

Bester Weg:
Kleine,
bescheidene Ziele

'Alles, was besser kommt,
ist gestattet'

Ziel Lebensqualität: der CALMAN – Gap





St Christopher's Hospice and UCL
Marie Curie Palliative Care Department UK

The Lancet Commissions

Report of the *Lancet* Commission on the Value of Death: bringing death back into life



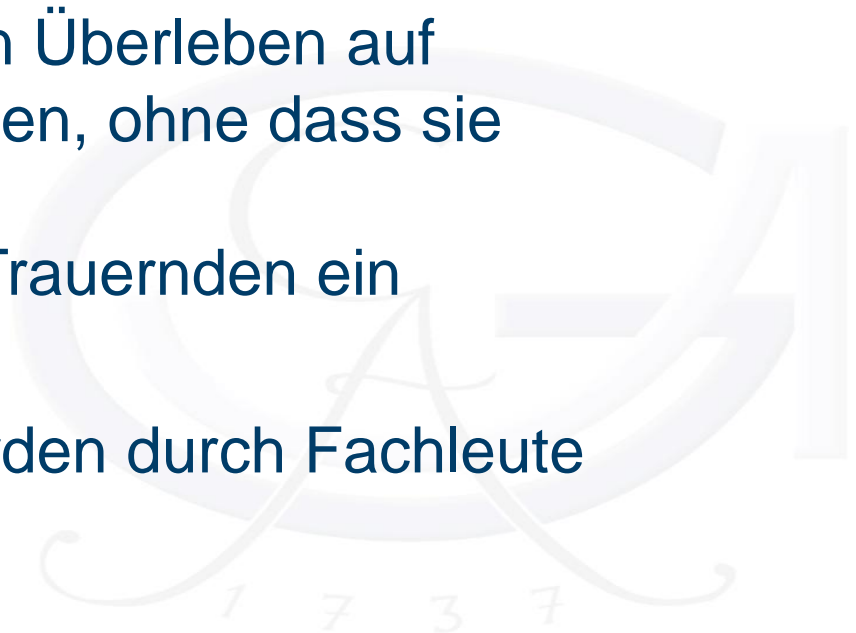
*Libby Sallnow, Richard Smith, Sam H Ahmedzai, Afsan Bhadelia, Charlotte Chamberlain, Yali Cong, Brett Doble, Luckson Dullie, Robin Durie, Eric A Finkelstein, Sam Guglani, Melanie Hodson, Bettina S Husebø, Allan Kellehear, Celia Kitinger, Felicia Marie Knaul, Scott A Murray, Julia Neuberger, Seamus O'Mahony, M R Rajagopal, Sarah Russell, Eriko Sase, Katherine E Sleeman, Sheldon Solomon, Ros Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death**

Libby Sallnow et al. The Lancet 2022

1 7 3 7

Experten beklagen Übermedikalisierung des Todes

- Palliativmediziner verlangen ein radikales Umdenken und verweisen auf eine Provinz in Indien, wo es gelungen sei, das Gleichgewicht von Tod, Sterben und Trauer wiederherzustellen.
- Die Covid-19-Pandemie hat vor Augen geführt, welches Ausmaß die Medikalisierung des Todes erreicht hat.
- Zahllose Patienten seien ohne Aussicht auf ein Überleben auf Intensivstation behandelt worden, wo sie starben, ohne dass sie Kontakt zu ihren Familien hatten:
Für die Sterbenden ein einsamer Tod, für die Trauernden ein traumatisches Erlebnis.
- Menschliche Beziehungen und Netzwerke würden durch Fachleute und Behandlungsprotokolle ersetzt.





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit