

Bachelorarbeit

Pongratz Elisabeth

Geb. am 03.12.1966

Der DNR Vermerk

Therapiebegrenzung auf der Intensivstation

Darf auf Intensivstationen gestorben werden?

Medizinische Universität Graz
Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Institut für Pflegewissenschaft, Billrothgasse 6, 8010 Graz

Begutachtung:

Mag. theol. Dr. med. univ. Pilgram Erwin Horst

Im Rahmen der Lehrveranstaltung: Ethik

Vorgelegt im November 2013

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung.....	2
1 Einleitung.....	2
2 Material und Methoden.....	4
3 Ergebnisse und Resultate.....	5
3.1 Relevante Begriffe.....	5
3.1.1 CPR.....	5
3.1.2 Code Status.....	5
3.1.3 Therapieverzicht.....	6
3.1.4 DNE.....	6
3.1.5 DNR/ DNAR.....	6
3.1.6 AND.....	6
3.1.7 Therapieabbruch.....	7
3.1.8 Medical Futility.....	7
3.1.9 Therapieziel.....	8
3.1.10 Therapiezieländerung.....	9
3.2 Rechtliche Grundlage der ärztlichen Behandlung.....	10
3.2.1 Die medizinische Indikation.....	11
3.2.2 Einwilligungserklärung/ Informed Consent.....	11
Die Vorsorgevollmacht.....	12
Die Patientenverfügung.....	14
3.3 Ethik in der Intensivmedizin.....	16
3.4 Die DNR Anordnung.....	20
3.5 Therapiebegrenzung auf der Intensivstation.....	24
3.6 Palliativmedizin versus Intensivmedizin?.....	26
4 Schlussfolgerung.....	28
5 Diskussion und Ausblick.....	29
6 Literaturverzeichnis.....	30
7 Anhang.....	34

Zusammenfassung

Vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Therapiebegrenzung auf Intensivstationen. Der DNR Vermerk (Do Not Resuscitate) bezeichnet den Verzicht auf kardiopulmonale Reanimationsmaßnahmen und beinhaltet unterschiedliche therapieeinschränkende Maßnahmen im Rahmen medizinisch relevanter Entscheidungen am Lebensende. Zu Beginn erfolgen eine Klärung inhaltsrelevanter Begriffe sowie rechtlich und ethische Grundlagen von Therapiebegrenzungen. Anschließend wird die Frage erörtert, wie diese auf einer Intensivstation umgesetzt werden können. Als Hauptanliegen vorliegender Arbeit soll die Wahrung und Umsetzung des Patientenwillens als Basis patientenorientierter Behandlungsentscheidungen hervorgehoben und nachvollzogen werden. Dazu zählen auch die Implikation der Patientenverfügung sowie der Vorsorgevollmacht. Im Abschluss werden palliativmedizinischer Aspekte auf die Intensivstation übertragen, die für eine würdevolle und angemessene Sterbebegleitung unerlässlich sind und auch auf einer Intensivstation ein friedvolles Sterben erlauben.

Einleitung

„Ein Sterbender ist ein Patient, bei dem lebensverlängernde Maßnahmen keinen Sinn mehr haben und unterbleiben sollen, weil sie bei nach Stand des Wissens aussichtsloser Grunderkrankung für den Patienten keine Hilfe mehr bedeuten, sondern nur noch das Leiden verlängern und den unvermeidlichen Eintritt des Todes verhindern wollen. Sterben ist also die Phase zwischen Abbruch der Behandlung aufgrund infauster (negativer) Prognose und dem Eintritt des Todes. In dieser Phase sollten nur mehr palliative Komfort-Maßnahmen gesetzt werden“ (Körtner, 2004).

Die ethische, rechtliche sowie medizinische Auseinandersetzung mit dem Thema des menschenwürdigen Sterbens wird sowohl fachübergreifend wie auch in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert. Der Ökumenische Rat der Kirchen veröffentlichte im Jänner 2000 eine „Erklärung zum Menschenwürdigen Sterben“, in der Stellung zum besonderen Hilfs-, und Schutzbedürfnis Sterbender bezogen wird.

Aus der zugrundeliegenden Angst vor der Missachtung der „unveräußerlichen und unteilbaren Würde eines jeden Menschen“ (Ökumene, 2000, Punkt 3) im persönlichen Sterbeprozess, der Angst vor Leiden, Schmerzen oder mangelnder medizinischer und pflegerischer Hilfe, der Angst, im Sterben alleine gelassen zu werden oder seinen Angehörigen zur Last zu fallen, wird darin das Recht auf Selbstbestimmung des Menschen hinsichtlich seiner medizinischen Behandlung hervorgehoben. Aus dem Bedürfnis nach einem respektvollen Umgang am Lebensende, um nicht einen unnötig verlängerten Sterbeprozess erleiden zu müssen, wird in der Erklärung eine neue Kultur der Solidarität mit dem Sterbenden postuliert.

Durch die Möglichkeit der intensivmedizinischen Behandlung gelang es, die Mortalität von schwerkranken Patientinnen und Patienten um das Vierfache zu reduzieren (Scheffold et al., 2009). Das Sterben auf Intensivstationen galt als „irregulär“ und war der Anschauung nach einem ärztlichen Versagen gleichzusetzen (Druml, 2010). Die Intensivmedizin erfuhr in den letzten Jahrzehnten jedoch einen Paradigmenwechsel, indem Maximalbehandlung, in jedem Fall und um jeden Preis, sich zu einer Medizin entwickelte, die individuelle Bedürfnisse und notwendige Begrenzungen akzeptiert und integriert: Sterben darf auch auf Intensivstationen nach Maßgabe unterschiedlicher Bedingungen, im Rahmen einer würdigen Sterbebegleitung zugelassen werden.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Therapiebegrenzung auf Intensivstationen. Wo kurative Medizin an ihre Grenzen stößt, indem Heilung als Behandlungskonzept nicht mehr erreicht werden kann, und eine „*ethisch an sich gebotene Lebensverlängerung in eine Sterbensverlängerung umschlägt*“ (Körtner, 2002), gilt es, das Behandlungsziel zu ändern, mit dem Bestreben, dem Sterbenden und Angehörigen eine würdevolle Begleitung im Sinne eines physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Beistandes anzubieten. Leiden zu lindern und zusätzliches Leiden verhindern, stehen dann im Mittelpunkt der medizinischen Behandlung und Pflege eines Sterbenden bis zum Todeseintritt.

Medizinisch relevante Entscheidungen am Lebensende, welche einen Therapieverzicht oder -abbruch im Bestehen eines unausweichlichen Todeseintritts als „sinnvoll“ erscheinen lassen, stellen das gesamte Betreuungsteam

einer Intensivstation, den Patienten sowie die Angehörigen vor große strukturelle und ethische Herausforderungen. Der DNR Vermerk gilt diesbezüglich als ein in der Praxis handhabbares Mittel, Therapiebegrenzungen umzusetzen. Auf der Grundlage langjähriger Tätigkeit als Intensivkrankenschwester einer chirurgischen Intensiveinheit war es der Autorin vorliegender Arbeit möglich, Erfahrung im Umgang mit dem Sterben schwerkranker Menschen und deren Umfeld zu erlangen, Intensivpflege als anspruchsvolle, zum Großteil zufriedenstellende aber nicht immer widerspruchsfreie Beziehungsarbeit zu erleben. Die Intention vorliegender Arbeit liegt in der Recherche relevanter Begriffe, ethischer Prinzipien und Organisationsstrukturen rund um die Begrenzung intensivmedizinischer Maßnahmen.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Welche Grundlagen bilden die Voraussetzung für einen DNR Vermerk?
- Wie kann Therapiebegrenzung auf Intensivstationen umgesetzt werden?

2 Material und Methoden

Die Literatursuche wurde mittels elektronischer Recherche in den Datenbanken Pubmed, Cinahl und Cochrane Library sowie in den Katalogen der Medizinischen Universität Graz und der Karl Franzens Universität Graz vorgenommen. Relevante Textquellen mit überwiegender Veröffentlichung ab 2003, ergaben sich auch per Handsuche und Schneeballprinzip verwendeter Literaturverzeichnisse. Ergänzende Erklärungen wurden zusätzlich über entsprechende Internetquellen gefunden.

Folgende Schlüsselwörter dienten als Basis der Literatursuche: DNR Order, Intensivstation, medizinische Entscheidung am Lebensende, Ethik, futility, Therapiebegrenzung, Therapieabbruch. Vorliegende Bachelorarbeit wurde durchgehend im Harvard Style zitiert und aufgrund der besseren Lesbarkeit nicht fortlaufend geschlechterspezifisch differenziert, gilt jedoch im Sinne der Gleichbehandlung beider Geschlechter.

3 Ergebnisse/ Resultate

3.1 Relevante Begriffe hinsichtlich Therapiebegrenzung

Im Rahmen seiner professionellen Verantwortung obliegt dem Arzt die Letztentscheidung über die Wahl der vorliegenden Behandlungsmöglichkeiten, etwas zu tun oder aber auch alternativ etwas zu unterlassen. Um Missverständnisse vorzubeugen sollten Entscheidungsoptionen hinsichtlich einer Therapiebeschränkung bereits im Vorfeld einer sorgsam Prüfung und Begriffserklärung unterzogen werden (Wallner, 2011). Zusammenfassend ergaben sich aus der Literaturrecherche folgende zentrale Begriffe, die als Basis und der Klärung relevanter Termini im Bereich Therapiebegrenzung dienen (Sprung et al., 2003; Konsensus-Arbeitskreis, 2004; Schmidt, 2009; Lippert et. al., 2010; Wallner, 2011; Lipp, Brauer, 2013):

3.1.1 CPR („Cardiopulmonary resuscitation“):

CPR bezeichnet die Wiederbelebung von Herzrhythmus und Atmung durch Herzdruckmassage, Intubation und Beatmung („basic life support“, BLS) oder Defibrillation und medikamentöse Therapie („Advanced life support“, ALS).

3.1.2 Code– Status:

Dieser gibt Auskunft, wie im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes vorgegangen wird. Hierbei wird unterschieden zwischen:

„Full code“: alle möglichen Maßnahmen der CPR im Sinn von BLS und ALS werden durchgeführt. Im Zweifelsfall ist von einem „Full code“ auszugehen.

„Partial code“: auf definierte Maßnahmen der CPR wird verzichtet (zB. Intubation), andere werden ergriffen (zB. Defibrillation).

Die Gespräche über den Code-Status sollten laut Wallner (2011) falls möglich, zeitgerecht stattfinden, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten, der Patientin für die Ermittlung des tatsächlichen Patientenwillens zu ermöglichen; die alleinige Bezugnahme auf den mutmaßlichen Patientenwillen stellt einen sehr unsicheren Legitimationsgrund für eine CPR dar.

3.1.3 Therapieverzicht („Withhold“)

Auch primärer Therapieverzicht: ein Patient wird wegen einer ausweglosen Prognose trotz einer lebensbedrohlichen Vitalstörung nicht mehr auf die Intensivstation aufgenommen; die intensivmedizinische Therapie wird nicht begonnen.

3.1.4 DNE („Do not escalate“):

Auch sekundärer Therapieverzicht: im Sinne einer Therapielimitierung kurativer Behandlungsmaßnahmen bezeichnet „DNE“ ein eingeschränktes Ausmaß an Organunterstützung. Die Therapie wird nicht gesteigert und zusätzliche Maßnahmen werden nicht begonnen. Bestehende Maßnahmen werden fortgesetzt oder reduziert, aber nicht intensiviert. (beispielsweise Ventilation, Medikation).

3.1.5 DNR/ DNAR („Do not resuscitate“/ „Do not attempt resuscitation“):

Im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes wird auf alle Maßnahmen der CPR verzichtet. Der Verzicht umfasst Herzmassage (manuelle Thoraxkompression), Defibrillation, künstliche Beatmung (manuell oder maschinell), endotracheale Intubation oder alternative Atemwegszugänge wie beispielsweise Larynxmaske, sowie medikamentöse Therapie zur Behandlung eines Herz- Kreislaufstillstandes (Ethikkomitee am LKH Universitätsklinikum Graz, 2009). Der Patient erhält jedoch weiterhin die volle Behandlung, insbesondere die Schmerztherapie und Sedierung, wenn sie erforderlich und indiziert sind und nach einer Entscheidungsfindung die Lebensqualität verbessern. Andernfalls sind der Abbruch oder die Unterlassung spezifischer Behandlungen detailliert zu benennen.

Aufgrund der klaren Definition wird am LKH Univ. Klinikum Graz die Verwendung des Begriffs DNR empfohlen.

3.1.6 AND („Allow natural death“):

Der Terminus AND dient als alternative Bezeichnung zum DNR Vermerk unter dem Aspekt eines Terminologiewechsels: weg vom negativ konnotierten Begriff „Do not (!) resuscitate“, der eher einen aktiven Rückzug, ein „Verlassen“ oder „Aufgeben“ suggeriert, hin zu einem empathischeren Begriff des „Gewährenlassen“, im Sinne eines „Zulassen“ eines natürlichen Sterbeprozesses.

3.1.7 Therapieabbruch („Withdrawal“):

Es werden jene intensivmedizinischen Maßnahmen uneingeschränkt abgebrochen, die hinsichtlich eines konkreten Krankheitsverlaufs aussichtslos sind. Dies bezieht sich auf die Beatmung, Katecholamin- und/ oder Vasopressorentherapie (Wirkstoffe zur Kreislaufstabilisierung), Antibiotikatherapie oder den extrakorporalen Organersatz wie zum Beispiel das Dialyseverfahren.

3.1.8 Medical Futility: („Aussichtslosigkeit, Nutzlosigkeit“):

Der Terminus “Medical Futility“ im Zusammenhang mit Behandlungsbegrenzung am Lebensende, wurde ursprünglich Ende der 80iger aus den USA übernommen. „Futility“ als Begründung und Voraussetzung für die Beurteilung des Therapienutzens, stützt eine Behandlungsbegrenzung, wenn eine Indikation für weitere lebenserhaltende Maßnahmen fehlt. Als „futil“ oder „vergeblich“ wird eine Maßnahme erachtet, wenn diese objektiv- gesundheitsbezogen betrachtet, trotz Maximaltherapie ungeeignet ist, das Leben zu verlängern und keinen physiologischen Effekt auf den Körper hat. Subjektiv- patientenbezogen stellt die Maßnahme keinen „Benefit“ (Nutzen) für den betroffenen Erkrankten in Aussicht (Lipp, 2013).

Als Voraussetzung zur Beurteilung des Therapienutzens gilt eine *„genaue Kenntnis des vorliegenden Krankheitsbildes, das Wissen um aktuelle Therapieoptionen und prognostisch relevante Einflussgrößen“* (Scheffold et al., 2009, S. 124). Demnach gilt eine Therapie als nutzlos, wenn das angestrebte Behandlungsziel nur unter inakzeptabler Lebensqualität erreicht werden kann oder der Patient sich bereits im unvermeidlichen Sterbeprozess befindet. Die Einschätzung über eine therapeutische Nutzlosigkeit sollte sich entsprechend des Selbstbestimmungsprinzips, an den vorrangigen Bewertungen des Patienten orientieren. Lipp (2013) fordert daher einen offenen Dialog im gesamten Behandlungskontext, um ein gemeinsam definiertes Therapieziel mit bestmöglichem Konsens zu erreichen.

Manchmal wird eine Therapie aus moralischen, kulturellen oder emotionalen Gründen trotz ersichtlicher Aussichtslosigkeit durchgeführt (Jox et al., 2008), wie beispielsweise trotz fortgeschrittener Demenz aufrechterhaltener enteralen Ernährung des Patienten mittels PEG Sonde. Hierbei wird im Sinne einer patientenorientierten Therapie eine ernstzunehmende Hinterfragung aller Beweggründe von Seiten aller betroffenen Entscheidungsteilnehmer gefordert.

3.1.9 Therapieziel

Im Positionspapier der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin stellt das Therapieziel einen wesentlichen Bestandteil einer Arzt-Patientenbeziehung dar, insbesondere im Zusammenhang mit zweifelhaften Prognosen in der Intensivmedizin (Janssens et al., 2013). Schon bei der Zuweisung auf der Intensivstation sollte ein erreichbares Ziel für eine individuelle Therapieplanung existieren. Dabei empfehlen die Autoren ein schemenhaftes Vorgehen: Als erster Schritt steht das Therapieziel „Lebenserhaltung“ durch Aufrechterhaltung und Sicherung der Vitalfunktionen im Vordergrund. Um ein gesamtheitliches Bild vom Patienten/von der Patientin zu gewinnen, werden des weiteren neben Anamnese und medizinischen Diagnosen, individuelle Faktoren wie zum Beispiel bekannte Behandlungspräferenzen, persönliche Werthaltungen, religiöse Einstellung und Alter erhoben. Diese Faktoren führen bei zweifelhafter Prognose meist zu unterschiedlichen Therapiezielen im Behandlungsteam. Nach einer interdisziplinären Klärung sollten die erarbeiteten Ziele am Patienten oder entsprechendem Stellvertreter als Entscheidungsgrundlage herangetragen und besprochen werden, genau wie etwaige Uneinigkeiten. Die Entscheidung über das wünschenswerte Therapieziel trifft der Patient oder der Stellvertreter, da ein realisierbares Therapieziel im Einklang mit dem aktuellen, vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen des Patienten/ der Patientin stehen sollte (Jox et al., 2008). Der Entscheidungsprozess setzt eine verständliche und empathische Kommunikation aller Betroffenen voraus. Organisatorische und strukturelle Bedingungen bieten hierfür einen erforderlichen Rahmen (Janssens et al., 2013):

- Klare Formulierung der Ziele (zb Akzeptanz der fehlenden Heilungschance)
- Präzise Erklärung der Handlungen (zB Abstellung der Dialyse)
- Moralische Einschätzung aller Betroffenen
- Transparenz der Entscheidungen
- Begründung und Dokumentation der Entscheidung
- Regelmäßige Überprüfung des Behandlungsverlaufs.

Diese strukturierte Vorgangsweise mit Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen zur wechselseitigen Information über den Verlauf der Behandlung und der speziellen Situation des Patienten/ der Patientin, sollte so früh

wie möglich geplant werden. Eine Klärung und Diskussion widersprüchlicher Standpunkte innerhalb des multiprofessionellen Teams einer Intensivstation ist besonders bei unklaren oder belastenden Situationen hilfreich für eine zufriedenstellende Entscheidungsfindung. Kommt es zu keinem oder divergierendem Entschluss, wird eine Ethik- Fallberatung, zum Beispiel im Rahmen eines klinischen Ethikkomitees, empfohlen. Diese darf jedoch nur eine beratende Funktion ausüben und keine Entscheidung übernehmen.

3.1.10 Therapiezieländerung

Die Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011, II) stellt in ihren Grundsätzen fest:

„Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht“.

Ist es nicht mehr möglich, das primäre Ziel der Intensivtherapie, eine lebensbedrohlichen Situation zu überwinden, um für den Patienten/ der Patientin eine neue, verbesserte Lebensperspektive zu erreichen, oder ergeben sich relevante medizinische Veränderungen, muss eine Änderung des Therapieziels vorgenommen werden. Diese umfasst nach die Entscheidung, die bisherige Therapie in Abwägung der medizinischen Indikation, der Prognose und des Patientenwillens nicht auf eine bloße Lebensverlängerung, sondern auf eine möglichst gute Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit eines unumgänglichen Sterbeprozesses auszurichten. (Nauck und Jaspers, 2012, In: Salomon, 2012).

Dazu zählen die Autoren einerseits die *Einschränkung* einer begonnenen Therapie: ein zeitbegrenzter Therapieerhalt bei kritischer Prognose und geringen Überlebenschancen ermöglicht den Betroffenen sowie dessen Angehörigen Zeit zu gewinnen, die kritische Situation ohne Überlebenschance zu realisieren und zu akzeptieren.

Der *Therapieabbruch* andererseits stoppt bei infauster (negativer) Prognose eine das Sterben nur verlängernde medizinische Behandlung. Eine konsequente Symptomkontrolle (meist im Rahmen der Analgosedierung) und Leidensverhinderung begleiten die Therapiezieländerung als oberste Prämissen.

3.2 Rechtliche Grundlage der ärztlichen Behandlung

Um die Behandlungsbegrenzung auch im Sinne der rechtlichen Legitimität zu beleuchten, erfolgt im folgenden Kapitel eine zusammenfassende Reflexion der gesetzlichen Bedingungen gemäß der Autoren Lipp (2013), Janssens et al. (2013), Jox et al. (2008), sowie von Gesetzestexten entsprechend der aktuellen deutschen und österreichischen Gesetzgrundlagen.

Als rechtliche Grundlage jeder ärztlichen Behandlung nach § 603a BGB (Bürgerliches Gesetzbuch Deutschland) gilt nach Lipp (2013) ein abgeschlossener Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient. Darin wird die Tätigkeit des Arztes zum Zweck der Behandlung des Patienten benannt und Ziele und Grenzen des ärztlichen Auftrages festgelegt. Jede medizinische Maßnahme muss aus ärztlicher Sicht indiziert sein *und* der Patient nach gehöriger Aufklärung in die Maßnahmen eingewilligt haben (§630d Abs.1S. 1 BGB), was sich aus der fachlichen Kompetenz des Arztes und aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten legitimiert. Die ärztliche Aufklärung über Nutzen und Risiko einer medizinischen Maßnahme dient als Entscheidungsgrundlage für den Patienten.

Eine zulässige Behandlungsmaßnahme basiert also auf zwei grundlegenden Voraussetzungen:

3.2.1 Die medizinische Indikation

3.2.2 Einwilligungserklärung/ Informed Consent

3.2.1 Die medizinische Indikation stellt laut Janssens (2013) eine fachlich begründete Einschätzung dar, ein definiertes Therapieziel durch eine geeignete Therapiemaßnahme wahrscheinlich zu erreichen. Die Durchführung entspricht einer Nutzen-Risiko-Abwägung. Übersteigt der erwartete Nutzen das Risiko, ist der Arzt gemäß des Behandlungsvertrages verpflichtet, eine Behandlung anzubieten. Fehlt die Indikation, kann der Arzt die Maßnahme verweigern. Bei Kontraindikation, muss er die Behandlungsmaßnahme in jedem Fall ablehnen.

Die Indikation hängt vom individuellen Ziel der Behandlung ab, welches vom Arzt, dem Patienten beziehungsweise dessen Patientenvertreter vereinbart wird.

3.2.2 Die Einwilligungserklärung (Informed Consent) ist ein Verfahren, bei dem der Patient/ die Patientin nach eingehender Aufklärung eine freie und selbstbestimmte Entscheidung über die Einwilligung einer Maßnahme treffen kann. Die Annahme oder Ablehnung einer medizinischen Behandlung obliegt nach §630dAbs.1S.1BGB dem Patienten und dient der Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts. Ist der Patient geschäfts- und einwilligungsfähig, kann er selbständig entscheiden. Der einwilligungsfähige Patient ist in der Lage, auf Grundlage einer vorausgehenden verständlichen medizinischen Aufklärung, die „Natur und die Konsequenzen seiner Erkrankung beziehungsweise Verletzung zu verstehen und die Vor- und Nachteile möglicher Therapien abzuschätzen und zu bewerten“ (Arbeitsgruppe Erlangen, 2004).

- Ist der Patient jedoch zur selbständigen Willensäußerung nicht fähig, kann dieser sein bestehendes Recht auf Selbstbestimmung mittels eines Patientenvertreters wahren.

- Bei Nichtvorhandensein oder Unerreichbarkeit eines Patientenvertreters in einer konkreten Situation, aber bei Verfügbarkeit einer wirksamen und anwendbaren Patientenverfügung, darf der Arzt den Patienten gemäß der Patientenverfügung behandeln.

- Fehlt ein Patientenvertreter oder eine wirksame und anwendbare Patientenverfügung, obliegt es bei ausreichender Zeit dem Arzt, die Bestellung eines Betreuers (Sachwalters) beim Betreuungsgericht vorzunehmen.

- Im dringenden Notfall ist der Arzt jedoch angehalten, ohne Zustimmung eines Betreuers zu handeln. *„Bei fehlender Zeit, darf und muss der Arzt den Patienten auf der Grundlage einer Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677ff.BGB) und, soweit es um den Eingriff in die körperliche Integrität geht, aufgrund einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten behandeln (§ 630d Abs.1 S4 BGB)“*, (Lipp, 2013., S. 123). Dies entspricht auch § 12 des österreichischen PatVG (2006), wonach der Arzt im Notfall von der Suche nach einer bestehenden Patientenverfügung entbunden wird.

Eine Vorsorgevollmacht beziehungsweise Patientenverfügung stellen anschließend adäquate Instrumente dar, persönliche Prioritäten in Bezug auf medizinische Behandlungs- und/ oder Betreuungswünsche kundzutun.

Die Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht (Jox et al., 2008; ABGB §§ 284 f-h; BGB, § 1904 Abs.5), legitimiert eine oder mehrere Vertrauenspersonen als rechtlich bindende Vertretungsbevollmächtigten einer Person, im Falle deren Geschäfts-/ Äußerungs-/ oder Einwilligungsunfähigkeit. Die Vorsorgevollmacht kann schon vor Verlust der Unfähigkeit vom Vollmachtgeber höchstpersönlich bestimmt werden. Der Vollmachtgeber legt somit im Vorhinein fest, wer im Bedarfsfall an seiner Stelle entscheidet. Diese Vertrauensperson schließt nach adäquater Aufklärung des Arztes, anstelle des Patienten, den Behandlungsvertrag mit dem Arzt und nimmt gegenüber dem Arzt die Rechte des Patienten wahr; zusätzlich ist der Patientenvertreter befähigt, notwendige Einwilligungen zu medizinischen Maßnahmen im Sinne des Patienten zu erteilen, und ist bei allen Handlungen im gesamten Behandlungsprozess an den mutmaßlichen beziehungsweise erklärten Willen des Patienten gebunden. (§ 1901a BGB).

Wird für diese Funktion keine Vertrauensperson namhaft gemacht, muss vom Vormundschaftsgericht ein Betreuer (Sachwalter) bei Wegfall der Urteils- und Einwilligungsfähigkeit bestellt werden (Betreuungsverfügung nach §§ 1896ff.BGB9), sollte nicht die gesetzliche Vertretungsbefugnis der nächsten Angehörigen in Kraft treten können.

Ohne diese Vorsorgevollmacht darf die Maßnahme nur im Falle von Todesgefahr oder schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens bei Aufschub des medizinischen Eingriffes, vollzogen werden.

Die Vollmacht muss laut geltendem Recht schriftlich abgefasst und vom Vollmachtgeber unterschrieben werden. Sie kann als Einzel- oder Generalvollmacht in persönlichen, vermögensrechtlichen Angelegenheiten oder gesundheitlichen Belangen erteilt werden, und gilt bis auf Widerruf zeitlich unbegrenzt.

Ein Bevollmächtigter ist dem gerichtlich bestellten Sachwalter gleichgestellt.

Der Vollmachtgeber ist bei vorausgesetzter Geschäftsfähigkeit jederzeit und formlos berechtigt, die Vollmacht zu widerrufen, da sie auf Basis von Vertrauen und guter Kenntnis der Person vereinbart wird und bei möglichem Missbrauch ihren Sinn verliert. Gegengleich dazu steht dem Bevollmächtigten jederzeit zu, die Aufgabe abzulehnen. In diesem Falle ist ein Betreuer gerichtlich zu bestimmen.

Die Vollmacht kann im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) notariell oder mittels eines Rechtsanwaltes registriert werden, um im Vorsorgefall aufgefunden zu werden.

Die Errichtung der Vorsorgevollmacht ist in drei Varianten möglich:

- Eigenhändig geschrieben und unterschrieben
- Die Errichtung erfolgt mittels Notar, Rechtsanwalt oder vor Gericht
- Der Vollmachtgeber füllt ein Formular aus, inklusive der Unterschrift von drei Zeugen.

Notwendiger Inhalt einer Vorsorgevollmacht:

- Name, Geburtsdatum, Adresse der Vertrauensperson(en)
- Aufgabenbereiche der Vertrauensperson(en)
- Zeitpunkt der Wirksamkeit und Gültigkeitsdauer
- Individuelle Wünsche und Vorstellungen über die persönliche Zukunft.
- Eventuell Bankenvollmachten für die Verfügungsgewalt von Konten.

Die Kosten betragen laut aktueller Einschätzung des österreichischen Bundeskanzleramtes (2013) ca. 500 Euro, zuzüglich Umsatzsteuer und Barauslagen.

Die Patientenverfügung

Das österreichische Patientenverfügungsgesetz definiert die Patientenverfügung als *„Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteil- oder äußerungsfähig ist“* (PatVG, Mai 2006, § 2. 1).

Die Patientenverfügung muss schriftlich verfasst, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend höchstpersönlich errichtet werden und dem freien Willen des Patienten entsprechen. Der Patient darf sich jedoch nicht über das in Österreich bestehende rechtliche Euthanasieverbot hinwegsetzen, und den Arzt zur „aktiven Sterbehilfe“ veranlassen. Die Patientenverfügung kann vom Patient jederzeit (formlos) widerrufen werden.

Das österreichische Gesetz unterscheidet zwischen der verbindlichen (§§ 4-7 PatVG) und der beachtlichen (§§ 8-9 PatVG) Form der Niederschrift.

Um als verbindlich zu gelten, muss die Patientenverfügung diversen formalen Auflagen entsprechen, und gilt auch dann verbindlich, wenn die abgelehnten Maßnahmen trotz bestehender Indikation nicht der Vorstellung der in die Behandlung eingebundenen Personen entsprechen.

Formale Grundlagen einer verbindlichen Patientenverfügung:

- Aufklärung durch den Arzt als medizinische Beratungsgrundlage
- Errichtung vor einem Notar, Rechtsanwalt oder einem rechtskundigen Patientenvertreter für die rechtskundige Aufklärung
- Erneuerung der Verfügung nach fünf Jahren für eine erneute Reflexion.
Bei jeder nachträglichen Änderung beginnt die Frist erneut zu laufen.
- Dokumentation und Unterschrift des Arztes und des rechtlichen Beraters.
- Für die Errichtung ist mit Kosten bis zu 500 Euro zu rechnen (Schaden et al., 2010).

Entspricht eine Patientenverfügung nicht den formellen Voraussetzungen, beispielsweise in Ermangelung einer notariell beglaubigten vorausgehenden Beratung, so ist sie als „beachtlich“ einzustufen.

Eine beachtliche Patientenverfügung dient als Orientierungshilfe für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens, an der der Arzt und andere Beteiligte rechtlich jedoch nicht gebunden sind. Vorrangig geht es hierbei aber um das Wahrnehmen und Entsprechen der speziellen Wünsche eines Menschen an seinem Lebensende; als Orientierung über den mutmaßlichen Patientenwillen in Notfällen oder auch als Hilfestellung für medizinische Entscheidungen hinsichtlich Therapieziele infauster Diagnosestellungen.

Untersuchungen des Wiener Instituts für Ethik und Recht in der Medizin zufolge (Körtner, 2009), lassen sich Patienten, die eine verbindliche Patientenverfügung errichten, in drei Gruppen eingliedern: die erste Gruppe erwägt darin eine „Absicherung“, ist gut informiert, mit klaren Vorstellungen. Die zweite Gruppe verwendet die Verfügung als „Abwehrinstrument“, basierend auf schlechten Erfahrungen mit Ärzten. Der dritte und größte Anteil betrifft Personen, die sich die

Verfügung als „Instrument zum schönen Sterben“, in der Hoffnung auf einen humanen Tod zunutze machen. Entsprechend dieser Untersuchung haben knapp vier Prozent der Bevölkerung eine Verfügung errichtet, ein Drittel davon in der verbindlichen Form. Der Hauptanteil ist zwischen 60 und 69 Jahren alt. 71 Prozent der Befragten unter 30 Jahren haben sich noch gar nicht mit dem Thema befasst. Insgesamt stößt das Gesetz aus bürgerlicher Sicht aber zum Großteil auf deutliche Zustimmung.

Nach Körtner (2009) wird die Patientenverfügung aus ärztlicher Sicht als zusätzlicher bürokratischer Akt erlebt, über den sich einige vorstellen könnten, sich darüber hinwegzusetzen. Andere aus dieser Gruppe empfinden sie als Eingriff in ihre Entscheidungskompetenz und fachlichem Wissen. Die zweite Gruppe der Ärzte erachten den Aspekt der Lebensqualität als vordergründig und stellen sich positiv zur Patientenverfügung. Insgesamt herrscht jedoch im ärztlichen Alltag noch immer Unsicherheit in Bezug auf Unterscheidung und Umgang mit dem neuen Instrument, speziell die Dokumentation und somit Nachweisbarkeit der Verfügung bereitet Probleme. Register werden von den befragten Ärzten aus Zeitmangel und Überlastung nicht regelmäßig abgefragt. Eine Umfrage unter Ärzten aller Intensivstationen in Österreich (Schaden et al., 2010) ergab als wichtigstes Ergebnis eine niedere Anzahl von Erfahrungen mit Patientenverfügungen. Ein Drittel der Befragten hatte keine Erfahrung, 10 Prozent waren mit mehr als zehn Verfügungen in den vergangenen zwei Jahren betraut.

Die Mitteilung über die Existenz einer Richtlinie erfolgte zu 77 Prozent über die Patienten selbst oder über die Angehörigen und/ oder zu 23 Prozent über aktive Arztsuche. Reanimation und Beatmung zählten zu den hauptsächlich abgelehnten Therapien, eine adäquate Schmerztherapie als häufigster Wunsch.

Konflikte ergaben sich aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen ethischer Werte. Beide Studien fordern eine verstärkte Inanspruchnahme dieser Form von Patientenrecht auf Mitbestimmung, vor allem aber eine funktionierende Kommunikation zwischen Ärzten, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, die sich nicht durch ein schriftliches Dokument ersetzen lassen.

3.3 Ethik in der Intensivmedizin

Nach Lippert (2010) gründen ärztliche Entscheidungen zum Schutz Sterbender und Schwerkranker auf geltenden juristischen, medizinischen und ethischen Empfehlungen und Vorschriften. Medizinisch relevante Entscheidungen werden also neben wissenschaftlich fundierten Grundlagen auch auf Basis von gesellschaftlichen Moralvorstellungen und individuellen menschlichen Werthaltungen getroffen. Der Patient selbst entscheidet aufgrund persönlicher Präferenzen, die anhand des tatsächlichen Patientenwillens als Entscheidungsgrundlage respektiert werden sollten. Gerade deshalb erscheint im Angesicht von Tod und Sterben eine ethische Reflexion über das weitere Vorgehen der medizinisch-technischen Behandlung unumgänglich, da diese auch die Gefahr eines nicht freiwilligen, fremdbestimmten Todes durch ärztliche Maßnahmen birgt.

Daher bedarf es wichtiger prinzipieller Überlegungen, um schwerwiegende voreilige, i Fehleentschlüsse zu vermeiden und reflexives Handeln zu ermöglichen. Ethik erhält also praktische Relevanz und stellt einen wichtigen Bestandteil für angemessene Entscheidungen am Lebensende dar.

Ethische Reflexionen sollten von professionellen Helfern schon im Vorfeld und im jeweiligen Kontext getroffen werden, damit in Notfallsituationen innerhalb kürzester Zeit verantwortungsvoll entschieden und gehandelt werden kann. Die Bewertung dieser Situationen zählt laut Druml (2010) zu den schwierigsten intensivmedizinischen Entscheidungen, da sie hohe Empathie erfordert und nur gesamtheitlich und abhängig vom institutionellen Rahmen getroffen werden kann. Menschliche Medizin braucht daher neben der naturwissenschaftlichen Betrachtung notwendigerweise auch die Reflexion des „guten Handelns“, dessen Methodik sich im Spezialfach der Medizinethik finden lässt.

„Medizinethik lässt sich auf praktische Problemfelder der Medizin ein und versucht, mithilfe moralphilosophischer Methoden medizinische Situationen so zu ergründen, dass Entscheidungen möglich werden, die im Einklang mit wohlbegründeten ethischen Grundprinzipien stehen und die gleichzeitig der Komplexität der klinischen Praxis gerecht werden. So stellt die besondere Berücksichtigung und Gewichtung

der praktischen Situationslagen ein besonderes Spezifikum der Medizinethik dar.“
(Maio, In: Salomon, 2012, S 1).

Beauchamp und Childress formulieren vier grundlegende Prinzipien der Medizinethik, die der Klärung medizinischer Problemsituationen behilflich sein können (Beauchamp und Childress, 2001):

3.3.1 Das Prinzip der Autonomie, Respekt vor der Selbstbestimmung

3.3.2 Das Prinzip des Nichtschadens, „non-maleficence“

3.3.3 Das Prinzip der Fürsorge, „beneficence“, Wohltun, Hilfepflicht

3.3.4 Das Prinzip der Gerechtigkeit

3.3.1 Das Prinzip der Autonomie beruht auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, unter Achtung seiner Würde und basierend auf dessen eigenen moralischen Autorität, jede medizinische Behandlung anzunehmen oder abzulehnen. Dies setzt eine angemessene ärztliche Aufklärung und freie Entscheidungsmöglichkeiten voraus, um nicht veralteten, paternalistischen (im Sinne autoritären und bevormundenden) Denkweisen vergangener Jahrzehnte ausgeliefert sein zu müssen. Nur eine umfassende Betrachtungsweise der individuellen Lebenswelt kann die Bedürfnisse des Patienten/ der Patientin sowie der Angehörigen respektieren.

3.3.2 Das Prinzip der Schadensvermeidung umfasst die Vermeidung jedes (weiteren) Schadens am Patienten. Maio (2012, In: Salomon, 2012, S.7) interpretiert das Nicht- Schadensprinzip im Sinne einer „*negativen Unterlassungspflicht*“ oder „*Anerkennungspflicht*“ als moralisch stark bindende Pflicht. Dies treffe besonders dort zu, wo es in Abwägung der Lebensqualität eines Schwerkranken eine Therapiezieländerung beschlossen und in der Folge auf einzelne medizinische Maßnahmen verzichtet wird.

3.3.3 Das Prinzip der Fürsorge reiht der gleiche Autor demgegenüber als „*positive Tugendpflicht*“ ein, der in der Regel eher eine schwächere moralische Kraft zugesprochen wird, außer diese besitzt wie im Falle der Verpflichtung zur Ersten Hilfe, rechtlich bindenden Charakter.

Die Verpflichtung zur Fürsorge impliziert Gutes zu tun im Interesse des betroffenen Patienten. Dieses Prinzip wird im Rahmen der „Komfort-“ beziehungsweise „Palliativpflege“ weitergeführt, eine besondere Form der pflegerischen Versorgung am Lebensende schwerkranker Patienten. Unheilbar kranke Menschen oder Sterbende bedürfen der fürsorglichen Solidarität der Gesellschaft und der Zuwendung von Mitmenschen, weil sie hilflos und verletzlich sind. Die Fürsorge von medizinischen Helfern, staatlichen Gesundheitseinrichtungen, Angehörigen und Freunden sollte die Betroffenen im Rahmen des Möglichen vor Schmerzen, Angst und Verzweiflung bewahren, um den Schutz ihrer Rechte zu garantieren und ein würdevolles Sterben zu erlauben. Der Auftrag der Leidminderung ist ein wichtiges Element ärztlicher Fürsorge am Lebensende (Nationaler Ethikrat, 2006).

Eine hierarchische Zuordnung der beiden letztgenannten Prinzipien kann mit der persönlichen Wertvorstellung der entscheidenden Personen in Konflikt geraten; letztendlich sollte aber die Perspektive des Patienten als Entscheidungsgrundlage ausschlaggebend sein, was dieser als Hilfe empfindet oder als Belastung einstuft.

3.3.4 Das Prinzip der Gerechtigkeit impliziert nach Lippert et al. (2010) Entscheidungen, wer welche Behandlung erhält und das Anliegen, verfügbare Ressourcen des Gesundheitswesens für alle die Vorteile daraus erzielen, gleichermaßen zur Verfügung zu stehen. Gerechte medizinische Entscheidungen am Lebensende bedürfen Fairness, Transparenz und Konsistenz (Wallner, 2010). Ihre Organisation erfordert demnach –*Fairness*, hinsichtlich einer adäquaten Beteiligung aller Betroffenen, –*Transparenz* im Hinblick auf klare Nachvollziehbarkeit aller Schritte und Argumente und –*Konsistenz* im Sinne von aufeinander abgestimmten Einzelentscheidungen.

Gerade im klinischen Alltag kommt es durch die Komplexität der Fälle immer wieder zu einer Kollision der einzelnen Prinzipien. Sicherzustellen ist hierbei immer eine umfassende Erwägung aller Umstände unter Einbeziehung der Freiwilligkeit, Verstehbarkeit und Authentizität aller relevanten Informationen. Dieser Prozess erfordert klare Kommunikationsstrukturen.

Das in der heutigen Intensivmedizin favorisierte Modell des „Shared decision-making“, (Charles et al., 1997, zitiert In: Wallner, 2010) versucht im Rahmen eines verantwortungsvollen Entscheidungsprozesses diese vier ethischen

Orientierungspunkte in einem anwendbaren Modell für medizinische Entscheidungen am Lebensende zu konkretisieren und umfasst unterschiedliche Verhaltensweisen:

- Beziehung aufbauen: Empathie zeigen, den persönlichen Kontakt suchen, Vertrauen entgegenbringen.
- Emotionen, Wünsche und Informationen ausdrücken und ergründen.
- Nach Informationen, Unterstützung und Rat suchen.
- Vermitteln und Kompromisse eingehen.
- Im Interesse des Patienten handeln, Verantwortung übernehmen.

Ein zentrales Anliegen im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung besteht in der Ermutigung zum adäquaten Ausdruck individueller Präferenzen und Bedürfnisse aller Teilnehmer. Um eine gemeinsame Entscheidungsfindung verwirklichen zu können, sollte die Anteilnahme aller Beteiligten am Prozess gleichermaßen verteilt sein, obgleich professionellen Helfern in der Regel durch ihre fachliche Kompetenz oftmals die Führungsrolle zukommt. Demgegenüber müssen aber auch dem Patienten wie dem Angehörigen bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende eine eher passive Rolle zugestanden werden, sollte es aus welchen Gründen auch immer deren Wunsch entsprechen.

Auf Grundlage vorausgegangener Überlegungen wird ersichtlich, dass in der Praxis Diskrepanzen und Unsicherheiten in der Umsetzung des Patientenwillens bestehen. Ein geeignetes und gebräuchliches Instrument, vorhandene „Lücken“ (Schmidt, 2009) aufzufüllen, stellt eine DNR Anordnung dar, die im Folgenden erläutert werden soll.

3.4 Die DNR- Anordnung

Eine DNR- Anordnung stellt nach Schmidt (2009) eine Weisung an medizinisches Personal dar, Maßnahmen der Wiederbelebung zu unterlassen, insbesondere den Verzicht auf kardiopulmonale Reanimationsmaßnahmen.

Sterben findet im klinischen Bereich häufig auf Intensivstationen statt; medizinische Entscheidungen am Lebensende werden dementsprechend auf die Intensivstation delegiert (Konsensuspapier, 2004). Geeignete Empfehlungen über den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung werden auch im deutschsprachigen Raum angeboten. Sie stellen keine verbindlichen Richtlinien dar, divergierende Rechtsauffassungen sind nicht auszuschließen und sollen im klinischen Alltag als Orientierungshilfe dienen. Um eine Fehleinschätzung der Prognose und somit des weiteren Behandlungskonzeptes zu vermeiden, wird ein strukturiertes Vorgehen und regelmäßige Hinterfragung medizinischer Entscheidungen am Lebensende empfohlen.

Zusammenfassend ergeben sich aus der Literaturrecherche folgende Empfehlungen hinsichtlich der DNR Anordnung auf Intensivstationen (Klinisches Ethikkomitee am Universitätsklinikum Erlangen, 2004, Konsensuspapier der Intensivmedizin der Gesellschaften Österreichs, 2004, Ethikkomitee am LKH-Universitätsklinikum Graz, 2009, Klinisches Ethikkomitee der SLK Kliniken Heilbronn, Schmidt, 2009):

3.4.1 Die DNR-Anordnung dient nach gründlichen ethischen Reflexionen, als Handlungsgrundlage für ärztliche Entscheidungen im Notfall und nützt der Umsetzung des mutmaßlichen beziehungsweise tatsächlichen Patientenwillens. Die Invasivität der Behandlung wird begrenzt, nutzlose und belastende medizinischen Interventionen sollen vermieden werden.

3.4.2 DNR- Anordnungen werden nur im Zusammenhang eines aktuell vorliegenden Anlasses getroffen, wenn im Rahmen der Erkrankung die Wahrscheinlichkeit eines Herzkreislaufstillstandes möglich wird. Schmidt (2009) empfiehlt, eine DNR-Anordnung frühestens 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten zu treffen, um genügend Zeit („*rechtzeitig, aber nicht verfrüht*“) für die Einsichtnahme der Patientengeschichte zu haben.

Eine DNR- Anordnung wird grundsätzlich aus zwei Gründen gerechtfertigt: einerseits entspricht sie dem Wunsch des einwilligungsfähigen Patienten (Patientenwille); andererseits erklärt sie sich in Abwägung der gegenwärtigen gesundheitlichen Situation des Patienten, Maßnahmen auf Grund medizinischer

Aussichtslosigkeit (futility) zu reduzieren oder abzusetzen, weil das therapeutische Ziel nicht erreicht werden kann (fehlende Indikation). Eine sichere negative Indikation benötigt nicht die Zustimmung des Patienten oder Bevollmächtigten für die Durchführung einer DNR- Anordnung (Wallner, 2011). Der Autor befasst sich auch mit den Grauzonen einer fraglichen Indikation, in dem Fall, wenn der Patient nach erfolgreicher CPR höchstwahrscheinlich fortwährend von intensivmedizinischer Behandlung abhängig bliebe, oder sich der schlechte Allgemeinzustand danach nicht wieder verbessern würde. Als hilfreich für die Entscheidungsfindung erweisen sich hierbei die Fragen nach dem Ziel einer CPR, dem klinischen Outcome angesichts der Gesamtsituation und ob das Ziel durch dieses Ergebnis erreicht werden kann.

Die Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs erstellten folgende Leitsätze zum Behandlungsverzicht auf Intensivstationen (Konsensuspapier, 2004, S. 764):

- *Eine nicht mehr begründbare Therapie ist ethisch nicht vertretbar und kann eine Körperverletzung darstellen, sofern dadurch irreversible Abläufe nur verlängert werden.* Eine Beendigung der Beatmung beispielsweise, wenn diese den Sterbeprozess verlängern würde, stellt keine aktiv das Leben verkürzende Maßnahme („aktive Euthanasie“) dar, sondern die Nicht-Durchführung oder Nicht-Weiterführung einer nicht oder nicht mehr gerechtfertigten medizinischen Maßnahme.

- *Alle Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch.* Der Sinn einer Behandlung definiert sich über den Nutzen (keine Leidensverlängerung) für den Patienten; unabhängig ob der Nutzen primär nicht vorhanden (zB. Intubation- Therapieverzicht) ist oder in weiterer Folge wegfällt (zB. Beendigung der Beatmung- Therapiebeschränkung oder -abbruch): die Behandlung unterliegt derselben ethischen und medizinischen Beurteilung (keine mechanische Beatmung).

- *Die geplante Aufnahme an einer Intensivstation ist an das Vorhandensein einer potentiell positiven Prognose für das Weiterleben gebunden.* Hier hinein fällt auch die fehlende Begründung der Verlegung eines Patienten auf die Intensivstation, dem nicht mehr geholfen werden kann. Eine Verlegung zum Sterben ist medizinisch fragwürdig, und entspricht nicht dem ethischen Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit.

Eine vollständige und zweifelsfreie Objektivierung des Entscheidungsprozesses ist jedoch im klinischen Alltag nicht erzielbar.

- *Die Frage nach den Zielen intensivmedizinischer Maßnahmen und deren Erreichbarkeit ist im Behandlungsprozess stets neu zu überprüfen.* Häufig ist der zunehmende irreversible Verlust an lebenswichtigen Organfunktionen erst im Nicht-mehr-Ansprechen der intensivmedizinischen Therapie erkennbar, und begründet damit die Verpflichtung zur regelmäßigen Evaluation der intensivmedizinischen Maßnahmen.

- *Sobald einem lebensbedrohten Patienten intensivmedizinisch nicht mehr geholfen werden kann, hat die Sorge darum, dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, oberste Priorität.* Eine würdevolle Sterbebegleitung für den sterbenden Patienten sowie dessen Angehörigen sollte strukturell gewährleistet werden.

3.4.3 Die Entscheidung zu einer DNR-Anordnung sollte unter Einbeziehung des in die medizinische Behandlung und Pflege involvierten interdisziplinären Intensivteams, des Patienten oder dessen rechtliche Vertretung sowie unter Einbeziehung der Angehörigen erfolgen. Für eine größtmögliche Akzeptanz ist ein einheitlicher Konsens anzustreben. Angehörige haben nach österreichischem Recht keine Rechtstellung bezüglich der Behandlungsentscheidungen (Konsensuspapier, 2004) und sollte ihnen aufgrund der emotionalen Belastung auch nicht zugemutet werden. Ein ruhiger Raum zur Aufklärung und wechselseitigem Einholen der Informationen über den Patienten und der Behandlungsstrategie abseits der Hektik und des Lärms einer Intensivstation, sollte für ein gut vorbereitetes Gespräch vorhanden sein.

3.4.4 Die Anordnung, prognostische Beurteilung und Einschätzung der Intensivtherapie obliegt einem für diese Notfallsituation erfahrenem Arzt, in der Regel dem stationsführenden Facharzt oder zuständigen Intensivmediziner. Die Verantwortung darf nicht delegiert werden. Kommt es zu keiner Einigung, besteht die Möglichkeit, ein Ethikkomitee mit einzubeziehen, das sowohl von dem Behandlungsteam wie auch vom Patienten und den Angehörigen angefordert werden kann (Janssens et al., 2013). Dieses kann nur beratend, nicht entscheidend wirken und bei unterschiedlichen ethischen Problemsituationen vermittelnd eingreifen. Die

Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs (2004) empfehlen die Einschaltung von Ethikkommissionen in Spitälern aufgrund fehlenden Einblicks und Erfahrung der individuellen Sachlagen *nicht*, verweisen aber auf die Expertisen externer, erfahrener Konsiliar- Intensivmediziner.

Bei bestehendem Dissens zwischen Arzt und Patientenstellvertreter, hat das Vormundschaftsgericht Entscheidungsgewalt (Scheffold et al. 2008).

3.4.5 Die formale Ausführung einer DNR- Anordnung ist an eine schriftliche Dokumentation, gemäß KAKuG §10 Abs 1 Z 2, in der Krankengeschichte (decursus morbi) gebunden. Die Dokumentation der DNR-Anordnung erfordert einen einfachen und klaren Inhalt, der auch unter Zeitdruck schnell erkennen lässt, wer die Anordnung getroffen hat und in die Entscheidung involviert wurde. Standardisierte Anordnungsbögen mit präzisen und knappen Angaben erleichtern die Kommunikation im Team. (Beispiel siehe Anhang).

Der Dekurs in der Krankengeschichte sollte am Beispiel des Ethikkomitees am LKH Graz (2009) folgende Punkte beinhalten:

- *Medizinische Diagnose und Einschätzung der Prognose des Patienten*
- *Beurteilung der aktuellen Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten*
- *Informationen über Aufklärungsgespräche mit dem Patienten*
- *Informationen über Aufklärungsgespräche mit den Angehörigen im Falle nicht gegebener Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten*
- *Kopien der Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht (falls vorliegend)*
- *Gründe, warum eine kardiopulmonale Wiederbelebung unangemessen ist*
- *Ärztliche Legitimation (Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift)*
- *Für die schriftliche Dokumentation ist der zuständige Fach/ Oberarzt verantwortlich*
- *Deutlicher Vermerk der DNR Entscheidung in der Fieberkurve/ im Cadex (DNR, Datum, lesbare Unterschrift)*
- *Mündliche Übergabe im Rahmen der Übergabevisiten*
- *Reevaluation alle 24 Stunden durch den zuständigen Fach-/ Oberarzt, inklusive deren Dokumentation in der Fieberkurve/ Dokumentation*

- *Die sonstige medizinische und pflegerische Betreuung eines Patienten erfolgt unabhängig von der Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (Ethikkomitee Erlangen, 2004).*

3.4.6 Der DNR Vermerk ist von begrenzter Gültigkeit. Damit ist eine Anpassung an geänderte Rahmenbedingungen möglich und notwendig. Bei einer Verbesserung der Prognose ist eine Neubewertung durchzuführen und die ursprüngliche DNR-Anordnung zu verwerfen. Bei Zweifel bezüglich der Gültigkeit oder Authentizität der Anordnung ist der Empfänger der Anordnung nicht an diese gebunden. Der zuständige Oberarzt sowie der Patient beziehungsweise dessen gesetzliche Vertretung haben das Recht, ihre Entscheidung jederzeit zu widerrufen.

3.5 Therapiebegrenzung auf der Intensivstation

Therapiebegrenzungen auf Intensivstationen erfolgen auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Kontext. Entsprechend einer Erhebung in 17 europäischen Ländern im Rahmen der Ethicus Studie auf 37 europäischen Intensivstationen, verstarben von 31417 europäischen Intensivpatienten 4248 Patienten, das entspricht 13,5 Prozent. Bei 3086 Patienten (72,6 Prozent) ging dem Tod eine Therapielimitierung voraus (Sprung et al., 2003). Einflussfaktoren waren Alter, Krankenvorgeschichte, Anzahl der Intensivaufenthaltstage, Region und Religion. Besonders in Bezug auf die ärztliche religiöse Überzeugung und kulturellen Gegebenheiten, ergaben sich aufgrund der Heterogenität Differenzen hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen von Therapiebegrenzungen (Sprung et al., 2003; Vincent et al., 2004). Südeuropa (Griechenland, Israel, Italien, Portugal, Spanien und Türkei) wies demzufolge, weniger häufige Therapieabbrüche als Nordeuropa (Dänemark, Finnland, Irland, Niederlande, Schweden, Großbritannien) auf.

Ein primärer Therapieverzicht impliziert, dass aufgrund einer aussichtslosen Prognose der Patient nicht an die Intensivstation aufgenommen wird und somit von vornherein keiner intensivmedizinischen Therapie unterzogen wird.

Ein sekundärer Therapieverzicht beinhaltet eine Therapiebegrenzung in der laufenden intensivmedizinischen Behandlung hinsichtlich des Ausmaßes an organunterstützenden Maßnahmen (Konsensuspapier, 2004, S. 766).

Dazu zählen beispielsweise der Verzicht auf weitere Antibiotikagabe oder die Einschränkung von Katecholaminen.

Ein Therapieabbruch bedeutet die uneingeschränkte Beendigung aussichtsloser intensivmedizinischer Maßnahmen wie einerseits das Nicht- Durchführen von Intubation, Reanimation, Beatmung, Beendigung von kreislaufunterstützenden Wirkstoffen wie Katecholamin- und Vasopressorentherapie und extrakorporalen Organersatz wie die Dialyse; zum anderen die Beendigung der Beatmung (Umstellung auf 0,2 l Fio₂, kein PEEP, Diskonnektion vom Respirator, Extubation), der Ernährung (enteral/ parenteral) oder jeglicher Flüssigkeitszufuhr.

Hinsichtlich der Bewertung aller eingeschränkten oder abgesetzten medizinischer Maßnahmen sind diese als gleichwertig einzustufen, da sie als „medizinisch aussichtslos, nicht mehr begründbar“ („Überleben alleine ist nicht ausreichend“, Vincent et al., 2004, S.116) eingereicht werden.

Gemäß der Untersuchung von Meyer- Zehnder et al. (2007) stützt sich die Entscheidung zur Therapiebegrenzung auf die Prognosesicherheit: bei sicherer infauster oder äußerst schlechter Prognose erfolgt diese schneller und unterschiedliche Therapien werden gleichzeitig gestoppt. Bei unklarer Prognose wird langsamer fortgefahren: zuerst erfolgt die Ablehnung einer CPR, anschließend eine Beschränkung von Vasoaktiva und Antibiotika, dann die Einschränkung der Beatmungsmodi und die Beendigung einzelner Medikamente. Die künstliche Ernährung (enteral, parenteral) wird verzögert gestoppt bei Aufrechterhaltung der Flüssigkeitszufuhr. Parallel zur Therapiebegrenzung wurden auch neue Therapien begonnen.

Cook et al. (2003) fand in einer Untersuchung über den Abbruch der mechanischen Beatmung an fünfzehn internationalen Intensivstationen heraus, dass nicht das Alter oder die Schwere der Krankheit und Organfunktionsstörung einen Rückzug von der Beatmungstherapie beeinflusste, sondern dieser von der Ablehnung des Patienten, der ärztlichen Einschätzung einer schlechten Prognose, der Überlebenschancen und der Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Beeinträchtigung, sowie von der Verwendung von kreislaufunterstützenden Medikamenten abhing. Auch eine Entwöhnung des intubiert und beatmeten Intensivpatienten vom Respirator als eine letzte Möglichkeit, Kontaktaufnahme mit dessen Angehörigen aufzunehmen, wird im Sinne einer patientenorientierten

Intensivtherapie akzeptiert. Selbst ein kurzfristiges Aufrechterhalten der intensivmedizinischen Maßnahmen bei Anreise der Angehörigen im Angesicht eines sterbenden Patienten erscheinen gerechtfertigt im Sinne eines friedvollen Abschiednehmens im Beisein der Vertrauenspersonen (Konsensuspapier, 2004). Die Rahmenbedingungen einer Intensivstation sollten eine Sterbekultur erlauben und ein individuelles, ganzheitliches Behandlungskonzept auch unter besonderen Umständen zulassen. Ob und wieweit Schnittpunkte bei scheinbar unterschiedlichen Therapieansätzen möglich sind, sollen im Anschluss erörtert werden.

3.6 Palliativmedizin versus Intensivmedizin?

Nach Nauck und Jaspers (2012) entspricht Palliativmedizin einem ganzheitlichen Behandlungskonzept von Patientinnen und Patienten mit einer fortschreitenden oder unheilbaren Erkrankung. Vorrangiges Ziel besteht in einer umfassenden Schmerzlinderung und der Kontrolle von belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit, Obstipation, Schwäche oder Appetitlosigkeit im Rahmen des Krankheitsfortschrittes. Nicht nur die körperlichen, sondern auch die psychischen, sozialen und spirituellen Unterstützung der individuellen Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt der Behandlung und versuchen, dem Sterbenskranken in seiner letzten Lebensphase größtmögliche verbleibende Lebensqualität zu ermöglichen.

Das Behandlungsziel der Intensivtherapie demgegenüber beinhaltet vorrangig die Wiederherstellung lebenswichtiger Organfunktionen, die Lebensverlängerung und, falls möglich, die Wiederherstellung der Gesundheit unter hohem technischen, therapeutischen und finanziellen Aufwand. Unsichere Prognosen, unvorhersehbare Krankheitsverläufe und schnelle Entscheidungen, häufig bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken, stehen im Fokus des klinischen Intensivalltags. Und trotz des hohen technischen und medizinischen Aufwandes gelangen Intensivpatientinnen und -patienten an ihre gesundheitliche Belastbarkeit und sterben unter der Therapie (Sprung et al., 2003). Gemeinsamkeiten beider Therapieansätze erweisen sich in der Behandlung von Menschen in krankheitsbedingten Lebenskrisen und Extrembelastungen, in der Arbeit im multiprofessionellen Team.

Schwierige Therapiebedingungen unter ethischen Grenzsituationen oder die Voraussicht des nahenden Todes erscheinen als Schnittpunkte gemeinsamer Bestrebungen, denn ist das Verlassen des kurativen Behandlungsziels beschlossen, gilt es, geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben zu schaffen. Die kritische Hinterfragung der intensivtherapeutischen Begrenzung ermöglicht somit die Integration von palliativmedizinischen ,Behandlungsaspekten.

Oberste Priorität nach Therapierückzug hat eine Optimierung der lindernden (palliativen) Therapiemaßnahmen. Janssens definiert folgende Regeln für den Prozess der Therapiebegrenzung (Janssens et al., 2013):

- *Sämtliche Behandlungsmaßnahmen dienen der Symptomkontrolle, wie die Behandlung von Schmerzen, Luftnot und Übelkeit, sowie die Linderung von Angst, Unruhe und anderen psychischen, sozialen oder spirituellen Belastungen durch ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Team.*
- *Eine potentielle 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 des Patienten entspricht, und eine Lebensverkürzung nicht beabsichtigt ist.*

So habe sich laut seinen Ausführungen eine sorgsame Kultur der Sterbebegleitung an Intensivstationen entwickelt. Intensivpatienten sind in der letzten Lebensphase häufig intubiert und beatmet. Eine zufriedenstellende Symptomkontrolle ist im Rahmen der Analgosedierung meist mit der Titration (Prozess der Dosisanpassung) von Opioiden und Benzodiazepinen zu erreichen. (Nauck und Jaspers et al., 2012). Ist der Sterbeprozess akzeptiert, treten technisch-therapeutische Interventionen zugunsten von Menschlichkeit in den Hintergrund. Die Fortführung der gesamten Grundpflege und adaptierten Behandlungspflege bleibt unverändert, alle belastenden Maßnahmen sind vom Patienten fernzuhalten (Junginger, 2008).

Eine eingeschränkte Monitoralarmfunktion und eine Rückzugsmöglichkeit zur Wahrung einer würdigen Atmosphäre sterbender Patienten im Beisein der Angehörigen, bieten die räumliche Voraussetzung für ein würdevolles Abschiednehmen; nicht immer sind Einzelzimmer vorhanden, auch mobile optische Raumtrennungen erfüllen diesen Zweck, da Sorgfalt und empathische Zuwendung eher durch das Verhalten des Teams als durch räumliche Gegebenheiten von den

Kranken sowie deren Angehörigen wahrgenommen wird: Offenheit, Verständnis und Aufgeschlossenheit bilden die Basis dafür. Respekt schließt auch die Toleranz für einen adäquaten Freiraum kulturell- religiöser Bedürfnisse ein, solange die Betreuung und Behandlung anderer Patienten dadurch nicht beeinträchtigt wird.

Eine Verlegung auf eine andere Station oder auch nach Hause ist nur in Fällen einer entsprechenden Betreuungsmöglichkeit zu bedenken. Ein Abschieben von der Intensivstation aus Gründen des Bettenmangels ist nicht zu rechtfertigen (Mohr, 2012).

4 Schlussfolgerung

Die Vorstellung, das eigene Leben in Abhängigkeit von Apparaten in klinischer Atmosphäre vollenden zu müssen, erweckt Angst und Unsicherheit. Dieser Umstand erhöht das Bedürfnis, persönliche Überlegungen in Anbetracht eines möglicherweise fremdbestimmten Todes anzustellen. Die Wahrung der persönlichen Integrität erscheint anhand vorliegender Literaturrecherche hierbei oberste Priorität zu haben. Die Patientenverfügung und der DNR Vermerk stellen dazu integere Mittel der Wahl dar, Autonomie bis an das Lebensende wahren zu dürfen.

Der Therapieverzicht oder Abbruch sollte aber nicht fälschlicherweise den Eindruck erwecken, „nichts mehr zu tun“, sondern im Gegenteil, alle legalen Möglichkeiten auszunützen, um ein schmerz- und friedvolles Sterben zu ermöglichen.

Die Bewältigung von Krankheit, Leid und Tod erscheint mir im Rahmen meiner Berufserfahrung als eine der elementarsten Erfahrungen im Zuge der Arbeit am Krankenbett. Individuelle Therapieentscheidungen, deren vorrangige Auslegung am tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen, erhöhen die Möglichkeit eines würdevollen Sterbens und sollten standardisierte Behandlungsabläufe in den Hintergrund treten lassen.

Wertschätzung, Kongruenz, Empathie und Pietät als wichtige menschliche Handlungsalternativen im Kampf gegen die Dokumentationsflut und den ganz

normalen Wahnsinn eines Intensivalltags, bilden die Basis für einen Zugang zum anvertrauten Individuum des Patienten/der Patientin.

Hinhören und Wahrnehmen sind meiner Meinung nach bedeutende Schlüssel zur individuellen Persönlichkeit eines kranken Menschen, ohne die die beste Intensivtherapie wirkungslos bleiben kann.

5 Diskussion und Ausblick

Das Sterben gehört im Zuge der prognostizierten demographischen Überalterung der kommenden Jahrzehnte und der damit einhergehender Zunahme chronischer Erkrankungen zu den „regelmäßigen Versorgungsleistungen“ (Janssens, 2007) einer Intensivstation. Verteilungsgerechtigkeit, kostenorientierte Entscheidungsfaktoren und Zeitdruck stehen ethisch gerechtfertigten Erwägungen im Zeichen von Wirtschaftskrisen und Ressourcenknappheit schon heute kontrovers gegenüber. Wem sollen welche Heilverfahren zu gute kommen?

Die Frage nach der Nützlichkeit, des sinnvollen Machbaren steht dem steten diagnostischen und therapeutischen Fortschritt und einer Wissensexplosion widersprüchlich gegenüber. Ist es sinnvoll, über 80 jährige Patienten schwer belastende, immens kostenintensive und im Endeffekt wirkungslose Behandlungsmaßnahmen zukommen zu lassen? Oder doch Rationierung um jeden Preis vorziehen, ohne Rücksicht auf eventuelle Erfolgsaussichten für das einzelne Individuum? Hat ein Mensch, der Zeit seines Lebens gearbeitet und in die Sozialversicherung pünktlich eingezahlt hat, nicht das gleiche Recht adäquat behandelt zu werden, wie eine 35-jährige stark rauchende oder alkoholranke Person? Entscheidungen solcherart verlangen hohe moralische Anforderungen im Wettstreit mit ökonomischen Interessen. Kostenexplosion im Gesundheitssystem. Zurück bleibt das Individuum. Ein Thema mit zukunftsrelevanter Dringlichkeit.

Zusammenfassend ist ein vollständig zweifelsfreier Entscheidungsprozess im Intensivalltag sicher nicht immer zu erreichen. Hier erscheint die Hinwendung zu

patientenorientierten medizinischen Entscheidungen am Lebensende zielführend, allen Betroffenen Zeit und Raum für eine emotionale Bewältigung eines bevorstehenden, unausweichlichen Todes zu bieten: ein „Loslassendürfen“. Der Schwerkranke darf sein Leben getragen von angemessenem Beistand in Würde vollenden. Der Angehörige fühlt sich gestützt und als Partner wahrgenommen. Dem Intensivteam bleibt zumindest das Gefühl, die betreute Person und deren Angehörige optimal begleitet und würdevoll sterben lassen zu dürfen.

6 Literaturverzeichnis

Beauchamp TL., Childress JF. (2001): Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, Oxford.

Bone H-G. (2013): Schwierige Entscheidungen am Lebensende. Intensivmedizin update.

Bruchhausen W., Schott H.(2008): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Cook D., Ricker G., Marshall J., et al. (2003): Withdrawal of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit. N Engl J Med 2003; 349:1123-32.

Druml W. (2010): Ethische Bewertung von Entscheidungen am Lebensende von Intensivpatienten. Perspektive der heutigen Intensivmedizin. Intensivmed, 2010 47:25–28. Springer-Verlag.

Graeme M. Ricker, J.Randall Curtis (2003): Caring for the Dying in the Intensive Care Unit. In Search of Clarity, Jama, Vol. 290, 6, 2003.

Grom I.-U., Vagts D.A., Kampa U., Pfeiffer G., Schreiber-Winzig L., Wiese C.H.R.(2013): Patienten am Lebensende auf der Intensivstation. Kulturelle Aspekte der Begleitung. Anaesthesist 2013, 62:473–482, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Inthorn J: Wünsche und Befürchtungen von Patienten bei der Errichtung von Patientenverfügungen. Ergebnisse zu einer Studie zum Patientenverfügungsgesetz in Österreich. Bull Soc Sci Med 2008, 3:425-437.

Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs (2004): Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Wien Klin Wochenschr 116:763–767.

Janssens U., Graf J., (2007): Das Unfassbare verstehen: Kommunikation mit Angehörigen von sterbenden Patienten auf der Intensivstation. Intensivmed 44:325–331.

Janssens U, Burchardi N, Duttge G et al (2012): Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. DIVI 3:103–107, Anaesthesist 62: 47–52.

Jox R.J., Heßler H.-J., Borasio G.D (2008): Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Nervenarzt, 2008, 79: 729–739, Springer Medizin Verlag.

Junginger Th. (Hrsg.) (2008): Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Springer Verlag, Heidelberg.

Klinisches Ethikkomitee LKH Universitätsklinikum Graz (2009): Empfehlungen mit dem geplanten Verzicht auf cardiopulmonale Wiederbelebung („DNR-Vermerk“) am LKH-Universitätsklinikum Graz, Version 6.8.2009.

Lippert F.K., Raffay V., Georgiou M., Steen P.A., Bossaert L. (2010): Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Sektion 10 der Leitlinien zur Reanimation 2010 des European Resuscitation Council. Notfall Rettungsmed, 2010, 13:737–744.

Lipp V., Brauer D. (2013): Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht. Zentrum für Medizinrecht der Georg-August-Universität Göttingen. Palliativmed 2013; 14:121–126, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

Meyer-Zehnder B., Pargger H., Reiter-Theil S. (2007): Folgt der Ablauf von Therapiebegrenzungen auf einer Intensivstation einem Muster? Erkenntnisse aus einer systematischen Fallserie. Intensivmed 44:429–437.

Mohr M. (2009): Die Begleitung Sterbender in der Intensivmedizin. In: Salomon F (Hrsg) Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 115–122.

Nationaler Ethikrat (2006): Stellungnahme zur Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006.

Patientenverfügungs-Gesetz- PatVG (2006): 55. Bundesgesetz über Patientenverfügungen. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2006.

Petzold R., Lilie H. (Hrsg.)(2010): Zu Therapieentscheidungen am Lebensende von Intensivpatienten – eine retrospektive Analyse. Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 19.

Pott G. (2007): Ethik am Lebensende. Verlag Schattauer, Stuttgart.

Salomon F. (Hrsg.), Berger Th. (2012): Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin: konkrete Entscheidungshilfen in Grenzsituationen. aktualisiert und erweitert, Aufl. Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftl. Verlagsges.

Schaden E., Herczeg P., Hacker St., Schopper A., Krenn K. (2010): The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. BMC Medical Ethics, 2010, 11:19.

Scheffold N, Riemann U, Paoli A et al (2009): Konzept zur Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Intensivmed Notfallmed 47:124–129.

Scheffold N, Paoli A, Kleine M, et al.(2008): Empfehlung zum „Verzicht auf Wiederbelebung“. Med Klin 2008; 103: 43–6.

Schmidt F. (2009): DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied. Dtsch Arztebl Jg.106, Heft 30.

Schulz-Baldes A., Splett Th. (2006): Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik. Interdisziplinäres Kolloquium des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin für Nachwuchswissenschaftler und-wissenschaftlerinnen, Ruhr-Universität, Bochum, Ethik Med 2006, 18:195–200. Springer Medizin Verlag GmbH.

Sprung CL, Cohen S, Sjøkvist P et al (2003): End-of-life practices in European intensive care units: the ETHICUS study. JAMA 290:790–797.

Wallner J. (2010): Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Intensivmed 2010, 47:49–54, DOI 10.1007/s00390-009-0139-8.

Wallner J. (2011): Ethische Analyse und praktische Hilfestellung zum Code-Status „Do not resuscitate“- und „Allow-natural-death“-Verfügungen. Intensivmed 2011, 48:122–129, Springer-Verlag.

Links:

Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 108 S.A 346-348: http://www.sterbehilfedeuutschland.de/sbgl/files/PDF/2011_Bundesaerztekammer_Grundsätze_Sterbebegleitung.pdf.

BM für Gesundheit: Patientenverfügung: [HELP.gv.at. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung/](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung/)

Bundeskanzleramt Vorsorgevollmacht :[HELP.gv.at www.help.gv.at/Content.Node/290/Seite.2900200.html](http://www.help.gv.at/Content.Node/290/Seite.2900200.html)

Eunicke J., Forschner M., Heinze F. , Hoffmann G. , Marsch M., Rauprich O., Schüttler J., Wehler M., Wernstedt T.(2004): Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung). Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung“ des Klinischen Ethikkomitee, Universitätsklinikum Erlangen, Version 2.1 http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/index_ger.html

Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz Österreich: www.ris.bka.gv.at/

Körtner Ulrich (2002): Ethische Probleme beim Sterben an der Intensivstation, <http://www.univie.ac.at/ierm/php/Dokumente/EthischeProblemebeimSterbenanderIntensivstation.pdf> .

Körtner Ulrich (2004): Leben und Sterben lassen. Ethik am Lebensende, Teil 1, <http://science.orf.at/science/koertner/110897>.

Körtner Ulrich (2004): Leben und Sterben lassen. Ethik am Lebensende, Teil 2, <http://science.orf.at/science/koertner/110898>.

Ökumenischen Rat der Kirchen in Österreich: Erklärung des Ökumenischen Rates der Kirchen in Österreich zum Menschenwürdigen Sterben, Jänner 2000: <http://www.oekumene.at/site/presse/oerkoeerklaerungen/article/56.html>

Sachwalterschafts-Änderungsgesetz (2006): ABGB §§ 284 f-h.

Universität Wien. Zeitung der Universität Wien – online, 17.12.2009, Autonomie am Lebensende – Neue Studie zu Patientenverfügungen in Österreich:

7 Anhang

Vinzenzgruppe (2009): Dokumentation einer Code-Status-Entscheidung, In: Wallner (2011).Ethische Analyse und praktische Hilfestellung zum Code- Status. Med.Wiss. Verlagsgesellschaft, Berlin.

Patientenaufkleber



Vorgehen bei Verzicht auf cardiopulmonale Reanimation (DNR)

Normalstation	Intensiv-/Überwachungsstation
<input type="checkbox"/> Keine cardiopulmonale Reanimation, kein Herzalarm	<input type="checkbox"/> Keine cardiopulmonale Reanimation
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Begründung

Die vorformulierte Begründung ist durch Anmerkungen zu ergänzen (Diagnose, Prognose, Patientenwunsch etc.) und regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin zu überprüfen.

<input type="checkbox"/> Reanimation ist physiologisch aussichtslos, weil...
<input type="checkbox"/> Patient lehnt indizierte Reanimation ab, weil...
<input type="checkbox"/> Sinnhaftigkeit der Reanimation ist zweifelhaft, weil...

Grundlage für die Erkundung des Patientenwillens

<input type="checkbox"/> Einwilligung des Patienten nach Aufklärung	Datum
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Verbindlich <input type="checkbox"/> Beachtlich	
<input type="checkbox"/> Einwilligung des Sorgebevollmächtigten/ Sachwalters nach Aufklärung	Datum
<input type="checkbox"/> Mutmaßlicher Patientenwille (z.B. Gespräch mit Angehörigen, Vertrauenspersonen)	Datum Beteiligte

Entscheidungsprozess & Information

Datum

<input type="checkbox"/> Im Behandlungsteam besprochen
<input type="checkbox"/> Ethische Fallbesprechung durchgeführt
<input type="checkbox"/> Entscheidung an die Angehörigen/Vertrauenspersonen kommuniziert durch Dr.

Die Entscheidung über den Verzicht auf Reanimation muss ärztlich autorisiert, bei Dienstübergabe mitgeteilt, alle 24 Stunden überprüft und auf der Fieberkurve dokumentiert werden.

Datum	Name und Unterschrift des autorisierenden Arztes

Die Entscheidung zum Verzicht auf Reanimation wird widerrufen, weil...

Datum	Name und Unterschrift des autorisierenden Arztes