

Anaesthetist
<https://doi.org/10.1007/s00101-021-01052-0>
Angenommen: 16. September 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Wissenschaftliche Leitung

T. Fuchs-Buder, Nancy
A.R. Heller, Augsburg
M. Rehm, München
M. Weigand, Heidelberg
A. Zarbock, Münster



CME

Zertifizierte Fortbildung

Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin

Christina Schumann¹ · Stephanie Wiege²

¹ Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

² Medizinrecht und Strafrecht, Kanzlei Ulsenheimer Friederich, München, Deutschland

Zusammenfassung

Akutmediziner werden in zunehmendem Maß mit hochbetagten, multimorbiden oder onkologischen Patienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium konfrontiert. Dabei stehen oft die Frage nach dem Patientenwillen und die Angst vor einer Übertherapie im Raum. Ein wachsender Anteil der deutschen Bevölkerung verfügt mittlerweile über eine Patientenverfügung. Jedoch herrscht unter Ärzten weiterhin Unsicherheit im Umgang mit Vorausverfügungen. Fehlinterpretationen können jedoch gravierende zivil-, straf- und berufsrechtliche Folgen nach sich ziehen. So kommt beispielsweise eine Patientenverfügung nicht einem generellen Verzicht auf kurative Maßnahmen gleich. Neben dem Erhalt des Lebens gehören auch die Begleitung und Behandlung Sterbender zu den ärztlichen Aufgaben in der Akutmedizin.

Schlüsselwörter

Gesundheitsversorgung · Sterbebegleitung · Sterbehilfe · Patientenverfügung · Behandlungsablehnung

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden Sie im CME-Fragebogen am Ende des Beitrags.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags

- kennen Sie die juristischen Hintergründe von Vorausverfügungen (z. B. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht).
- wissen Sie, inwieweit Patienten bzw. Betreuer indizierte Maßnahmen ablehnen dürfen.
- kennen Sie praktische Aspekte und Herangehensweisen zur Therapielimitierung in der Akutmedizin.
- können Sie aktive, passive und indirekte Sterbehilfe abgrenzen.

Von den Autorinnen gibt es zusätzlich den Fortbildungsbeitrag „Arzthaftung und Strafrecht in der Akutmedizin“ (<https://doi.org/10.1007/s00101-021-01053-z>). Der Artikel steht Ihnen im Rahmen Ihres Abonnements der Zeitschrift auf www.springermedizin.de kostenfrei zur Verfügung. Bitte geben Sie dort den Titel in das Suchfeld ein.

Die Autoren haben zu gleichen Teilen zum Manuskript beigetragen.

Hintergrund

Der demografische Wandel spiegelt sich auch in der Akutmedizin wider: Während 1991 noch 15 % der deutschen Gesamtbevölkerung 65 Jahre und älter waren, sind es mittlerweile 22 % [1]. Mit steigendem Alter nehmen chronische Organerkrankungen und Malignome sowie Demenz und Pflegebedürftigkeit zu, insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres [2]. In zunehmendem Ausmaß werden Akutmediziner mit hochbetagten, multimorbiden oder onkologischen Patienten in fortgeschrittenem Tumorstadium konfrontiert. Beispielsweise ermöglichen neuartige onkologische Therapieansätze Heilung oder langfristiges Überleben mit guter Lebensqualität in Krankheitsstadien, die früher als infaust galten [3].

Die Errungenschaften der modernen Medizin verändern **Krankheitswahrnehmung** und **Anspruchsdenken** von Patienten und deren Angehörigen [4, 5]. Aufgrund neuer therapeutischer Optionen wird die **Prognoseeinschätzung** ebenfalls diffiziler. Hinzu kommt der Effekt der **Verdrängung** von Krankheit und Tod.

Mittlerweile können etwa 28 % aller Bundesbürger eine Patientenverfügung vorweisen [6]. Diese enthält jedoch in der Mehrzahl der Fälle standardisierte Formulierungen, die oftmals (noch) nicht auf die aktuelle akutmedizinische Situation zutreffen. Somit obliegt es in Notfallsituationen häufig dem behandelnden Arzt, ein Gleichgewicht zwischen **Übertherapie** und schuldhaftem **Unterlassen** zu finden. Daher ist es essenziell, beim Umgang mit Vorausverfügungen (z. B. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) sowie bei der Definition und Umsetzung von **Therapiezielen** die juristischen Hintergründe zu berücksichtigen. Bei der Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase sind außerdem die aktuellen straf- und berufsrechtlichen Grundlagen von Sterbehilfe und Sterbebegleitung zu beachten.

Indikation

Jegliche medizinische Maßnahme bedarf zunächst einer Indikation. Insbesondere in der Notfallmedizin muss die Indikationsstellung oftmals unter Zeitdruck erfolgen. Informationen über die medizinische Vorgeschichte des Erkrankten können somit teilweise erst nach begonnener Behandlung (z. B. Herz-Lungen-Wiederbelebung) eingeholt werden. Hier gilt zunächst der Grundsatz: „in dubio pro vita“. Dennoch bleibt die Indikationsstellung nach § 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) eine urärztliche Aufgabe. Besteht keine Indikation, kann auch keine Behandlung eingefordert werden. Von **Nihilismus** sollte am Notfallort jedoch ohne genaue Kenntnis der medizinischen Vorgeschichte unbedingt Abstand genommen werden („Stirbt doch sowieso.“). Auch bei Patienten mit lebenslimitierender Grunderkrankung (z. B. metastasiertes Mammakarzinom) kann die Lebenserwartung noch mehrere Jahre betragen. Daher sind auch hier Maßnahmen, die dem Patienten ein beschwerdefreies Leben mit Teilhabe am Alltag ermöglichen, grundsätzlich indiziert (z. B. Stent-Implantation nach Herzinfarkt). Insbesondere ist das **Patientenalter**, für sich genommen, kein Ausschlusskriterium für die Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen. Auch im hohen Lebensalter können lebenserhaltende Maßnahmen indiziert sein (s. Fallbeispiel 1). Bei der Indikationsstellung sollte in

Indications, consent and treatment limitation in emergency medicine

Physicians in acute and emergency medicine are increasingly confronted by geriatric, multimorbid or oncology patients with advanced stages of disease. Lacking further information or specification about the patient's will may result in overtreatment. An increasing part of the German population has advance directives; however, there is still uncertainty among physicians when dealing with advance directives and health care proxies. Misinterpretation may entail civil and criminal consequences or may lead to a withdrawal of the license to practice. Advance directives for instance are not equivalent to a general waiving of treatment and therapy. Besides life support, terminal care and its legal aspects must also be considered in acute medicine.

Keywords

Health care · Terminal care · Euthanasia · Advance directive · Treatment refusal

jedem Fall sorgsam vorgegangen werden. Das Unterlassen einer indizierten lebensrettenden Maßnahme kann nach §§ 222, 13 des Strafgesetzbuches (StGB) als *fahrlässige Tötung durch Unterlassen* oder seltener, bei Unterstellung einer vorsätzlichen Handlung, nach §§ 212, 13 StGB als *Totschlag durch Unterlassen* geahndet werden.

Cave. Das Unterlassen indizierter lebenserhaltender Maßnahmen kann strafrechtlich verfolgt werden.

Lediglich im Fall einer klaren und detaillierten Vorausverfügung, wie beispielsweise der Ablehnung einer Reanimation bei fehlender Aussicht auf eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes, muss von entsprechenden Bemühungen Abstand genommen werden.

Aus dem Gespräch mit Angehörigen oder Pflegenden und der Sichtung medizinischer Vorbefunde können sich Hinweise auf den **Patientenwillen** ergeben, die im weiteren Verlauf zum Abbruch der zunächst eingeleiteten Maßnahmen führen können. Im Angehörigengespräch sollte behutsam vorgegangen werden. Insbesondere bei alten oder multimorbiden Patienten sollte nicht das *Gefühl der Untätigkeit* erweckt werden [7, 8]. Laien sollten zudem in Akutsituationen nicht zu Ja-/Nein-Entscheidungen gedrängt werden. Vielmehr bietet es sich an, einen medizinisch indizierten **Behandlungsvorschlag** zu unterbreiten und zu erörtern, ob dieser dem Willen des Patienten entspricht (z. B. „Ich rate von Intubation und Beatmung ab, da die Aussicht auf Heilung sehr gering ist.“).

Sollte sich ein Patient bereits im **Sterbeprozess** befinden, soll der Tod nicht hinausgezögert werden [9]. Lebensrettende Maßnahmen sind in diesem Fall nicht indiziert. Fehlt die Indikation zu weiteren Behandlungsmaßnahmen, sind diese ärztlicherseits nicht geschuldet und können weder vom Patienten noch von den Berechtigten, die anstelle des Patienten zur Entscheidung berufen sind, verlangt werden.

Einwilligung

Nach der Indikationsstellung durch den behandelnden Arzt ist vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme die Einwilligung des

Eine alleinlebende und selbstversorgende 90-jährige Patientin wird in den Morgenstunden in einer Blutlache, vor ihrem Bett liegend, komatös (Glasgow Coma Scale [GCS] 8 Punkte) vorgefunden. Sie weist eine große blutende Wunde an der Schläfe auf. Es liegen eine allgemein gefasste Patientenverfügung sowie eine Vorsorgevollmacht zugunsten der Kinder vor.

Bei Eintreffen im Schockraum wird eine Körpertemperatur von 30 °C gemessen. Aufgrund der Verdachtsdiagnose einer Hirnblutung erfolgt die Schutzintubation. Im Rahmen der Narkoseeinleitung tritt eine massive Kreislaufinstabilität ein, die eine prolongierte Stabilisierung mit Volumenzufuhr und hochdosierter Verabreichung von Vasopressoren und Katecholaminen erforderlich macht. Ein drohender Herz-Kreislauf-Stillstand kann nur durch mehrfache Bolusgaben Adrenalin verhindert werden.

In der bildgebenden Untersuchung können eine zerebrale Blutung oder Ischämie sowie innere Verletzungen von Thorax, Abdomen und Becken ausgeschlossen werden. Es liegt lediglich eine Humerusfraktur vor.

Laborchemisch zeigen sich neben einer acidotischen Stoffwechsellage eine milde Hyperkaliämie sowie eine transfusionspflichtige Anämie, die sich lediglich durch Hämodilution und den Blutverlust aus der Kopfplatzwunde erklären lässt.

Im aufklärenden Gespräch mit dem bevollmächtigten Sohn wird das weitere Vorgehen erläutert. Auf der Intensivstation wird die Patientin extern gewärmt. Außerdem werden Natriumbikarbonat verabreicht und 2 Erythrozytenkonzentrate transfundiert. Die Katecholamine können sukzessive ausgeschlichen werden.

Nach einigen Stunden erlangt die Patientin die Normaltemperatur und reagiert auf ihre Umwelt. Sie wird am nächsten Tag extubiert und weist kein neurologisches Defizit auf. Nach komplikationsloser operativer Versorgung der Humerusfraktur wird sie in die Kurzzeitpflege entlassen.

Patienten einzuholen (§ 630d BGB und § 228 StGB). Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung des hierzu **Berechtigten** einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 S. 1 BGB die Maßnahme gestattet oder untersagt.

Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem **mutmaßlichen Willen** des Patienten entspricht (§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB). Zu diesem Zweck sollen, sofern der Zeitdruck es zulässt, weitere *Angehörige und nahestehende Personen* (z. B. Ehepartner oder Kinder) befragt werden (§ 1901b Abs. 2 BGB). Hierbei ist beachten, dass Ehepartner oder volljährige Kinder nicht allein aufgrund ihrer Angehörigenstellung berechtigt sind, Entscheidungen für den einwilligungsunfähigen Patienten zu treffen. Ziel ihrer Befragung ist es vielmehr, den wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten anhand seiner Äußerungen in der Vergangenheit, seiner Lebenserfahrung und seiner Wertevorstellungen zu ermitteln [10]. Ist hierfür keine Zeit, die Maßnahme vital indiziert und unaufschiebbar, ist diese, gestützt auf den Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung und/oder des Notstands, vorzunehmen. Im Zweifel ist nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ zu handeln [11].

Merke. Im Zweifel gilt der Grundsatz „in dubio pro vitam“.

Sollten planbare Therapieentscheidungen zu treffen sein (z. B. Tracheotomie im Rahmen der Intensivbehandlung), empfiehlt sich die frühzeitige Einschaltung des **Betreuungsgerichtes**, sofern keine antizipierte Einwilligung des Patienten vorliegt und auch kein

Infobox 1

Einwilligung bei minderjährigen Patienten

Kinder unter 14 Jahren werden regelmäßig nicht als einwilligungsfähig angesehen; für sie sind die (Personen-)Sorgeberechtigten zur Entscheidung berufen. Grundsätzlich darf jeder der Sorgeberechtigten den jeweils anderen ermächtigen, für ihn mitzuentcheiden. Bei Routinefällen und der Behandlung leichter Erkrankungen und Verletzungen darf sich der Arzt i. Allg. ungefragt auf eine solche Ermächtigung des erschienenen Sorgeberechtigten verlassen. Bei Eingriffen schwerer Art mit nichtunbedeutenden Risiken muss sich der Behandler vergewissern, ob der erschienene Sorgeberechtigte die Ermächtigung des anderen hat. Bei großen Operationen mit schwierigen, weitreichenden Entscheidungen und erheblichen Risiken muss sich der Arzt nach Auffassung des Bundesgerichtshofs Gewissheit über das Einverständnis aller Sorgeberechtigten verschaffen [12]. In der zumeist zeitkritischen Notfallmedizin kann im Fall unaufschiebbarer Maßnahmen mit vitaler Indikation eine Nachfrage zunächst unterbleiben, da davon auszugehen ist, dass diese dem Kindeswohl entsprechen. Hinsichtlich *minderjähriger Patienten zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr* herrscht Uneinigkeit darüber, wer zur Entscheidung über die Vornahme medizinischer Behandlungsmaßnahmen berufen ist. Während die juristische Literatur dem Minderjährigen, soweit dieser einsichtsfähig ist, diese Entscheidung überlässt, räumt der Bundesgerichtshof dem Personensorgerecht der Sorgeberechtigten den Vorrang ein, gibt dem Minderjährigen indes ein Vetorecht. Angesichts dieser Problematik ist der Arzt gut beraten, soweit möglich, sowohl den minderjährigen Patienten als auch seine Sorgeberechtigten aufzuklären und von allen die Einwilligung einzuholen [13].

Berechtigter für den Patienten entscheiden kann. Gleiches gilt, wenn derjenige, der anstelle des Patienten zur Entscheidung über die Durchführung einer medizinischen Maßnahme berufen ist, nicht erreichbar oder aufgrund eigener Krankheit oder anderer Einschränkungen nicht in der Lage ist, seine Aufgaben wahrzunehmen. Das Betreuungsgericht sollte ebenfalls involviert werden, falls mehrere Berechtigte keinen Konsens bezüglich der Auslegung und Umsetzung des Patientenwillens erzielen.

Verweigerung indizierter Maßnahmen

Jeder einwilligungsfähige Patient hat das Recht, indizierte Maßnahmen abzulehnen. Somit kann ein Patient beispielsweise die lebensrettende Amputation einer Extremität ablehnen und dadurch das Versterben an einer Blutvergiftung in Kauf nehmen. Es besteht keine „Vernunftthoheit“ des Arztes. Im Gegenteil steht jedem Menschen ein **„Recht auf Unvernunft“** zu [14]. Allerdings ist der behandelnde Arzt verpflichtet, sich nachdrücklich um die Zustimmung des einwilligungsfähigen Patienten zu bemühen und ihn in angemessener, aber nachdrücklicher Weise über die möglichen *gesundheitlichen Konsequenzen* aufzuklären [15]. Diese **(Risiko-)Aufklärung** sollte unter dem Beisein von Zeugen erfolgen und gewissenhaft dokumentiert werden. Das Gespräch sollte ohne eine mögliche Einflussnahme Dritter durchgeführt werden, um den tatsächlichen Patientenwillen in Erfahrung zu bringen [15]. Zwar kann der Patient nach § 630e Abs. 3 BGB auf eine Aufklärung ganz oder teilweise ausdrücklich verzichten; ein „Blankoverzicht“ auf Aufklärung ist im Fall der Ablehnung einer indizierten Behandlung indes nicht möglich [14]. Auch im Notfall sollte die Aufklärung, sofern es die Situation zulässt, so gründlich wie mög-

Infobox 2

„Blankoverzicht“ auf Aufklärung

Prinzipiell ist eine Aufklärung entbehrlich, sofern eine medizinische Maßnahme „unaufschiebbar“ ist oder der Patient „auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat“ (§ 630e Abs. 3 BGB). Ein „Blankoverzicht“ ist jedoch nicht möglich. Willigt der Patient in eine Maßnahme ein, kann er zwar auf eine detaillierte Aufklärung über etwaige Risiken des Eingriffs und den weiteren Verlauf verzichten, muss jedoch grundsätzlich über Notwendigkeit, Art und die Tatsache, dass der Eingriff nicht völlig risikofrei ist, unterrichtet sein. Eine grundsätzliche Aufklärung über das „schwerste in Betracht kommende Risiko“ ist somit unumgänglich [16]. Besonders bei der *Ablehnung einer indizierten Maßnahme* darf auf keinen Fall auf eine gründliche Aufklärung verzichtet werden: Der Patient muss die mit der Ablehnung indizierter Maßnahmen verbundenen Konsequenzen kennen [17]. Gleiches gilt für den anstelle des Patienten zur Einwilligung *Berechtigten*, zumal im juristischen Schrifttum die Meinung vertreten wird, dass es dem Berechtigten überhaupt nicht möglich sein soll, auf die Aufklärung über den Eingriff in die Rechtsgüter des Patienten zu verzichten [18, 19].

lich erfolgen und dokumentiert werden. Dasselbe gilt ebenso im Fall einer Behandlungsablehnung durch Berechtigte.

Merke. Dem Patienten steht ein „Recht auf Unvernunft zu“, jedoch muss eine entsprechende Risikoaufklärung vorgenommen werden.

Ist aufgrund des Zustands des Patienten, etwa wegen Bewusstlosigkeit, nicht eindeutig eruierbar, ob seine im Vorfeld kommunizierte Behandlungsablehnung auch in der konkreten Situation Bestand hat, sollte sich der Behandler im Zweifel von dem Grundsatz „in dubio pro vita“ leiten lassen und in einer zeitkritischen Situation die lebensrettende Maßnahme durchführen.

Vorausverfügungen: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

In der präklinischen und innerklinischen Akutmedizin werden Ärzte regelhaft mit Patientenverfügungen konfrontiert. Bei Eintreffen am Ort des Geschehens wird der hinzugerufene Arzt nicht selten mit dem Verweis, dass „der Patient eine Patientenverfügung habe“, in Empfang genommen.

Es ist jedoch ein hartnäckiger Trugschluss, dass das Vorliegen einer Vorausverfügung einem generellen Therapieverzicht gleichkommt.

Grundsätzlich haben einwilligungsfähige Volljährige das Recht, für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit infolge einer Erkrankung oder fortschreitenden Alters Vorsorge zu treffen. Gemäß § 1901a BGB hat jeder einwilligungsfähige Volljährige das Recht, für die Zeit seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festzulegen, ob er in bestimmte medizinische Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen oder sie untersagen möchte. Eine Patientenverfügung kommt ausschließlich dann zum Zuge, wenn in der konkreten Situation Behandlungsmaßnahmen und -ziele mit dem Patienten nicht mehr erörtert werden können. **Jede aktuelle Entscheidung eines einwilligungsfähigen Patienten macht die Festlegungen in der Patientenverfügung obsolet.**

Infobox 3

Ablehnung indizierter Maßnahmen bei minderjährigen Patienten

Im Fall von *Minderjährigen* entscheiden *alle* (Personen-)Sorgeberechtigten für das Kind (**Infobox 1**). Sollten diese lebenserhaltende Maßnahmen in einer Notfallsituation verweigern (z. B. Bluttransfusion), widerspricht dies dem Kindeswohl, daher darf sich der Arzt über den Willen der Eltern hinwegsetzen [20]. Ist eine Maßnahme vital indiziert, sind ihre Erfolgchancen groß und ist ihre Gefährlichkeit aus allein maßgeblicher Sicht ex ante gering, ist die Verweigerung seitens der Sorgeberechtigten ein Fehlgebrauch des Sorgerechts und daher unbeachtlich [21]. In einer solchen Situation sollte – soweit zeitlich möglich – das Familiengericht angerufen werden, damit es die Maßnahmen treffen kann, die zur Abwendung der Gefahr für das Wohl des Kindes erforderlich sind, etwa die Ersetzung der fehlenden Einwilligung der Sorgeberechtigten (§ 1666 BGB).

Eine Patientenverfügung muss schriftlich verfasst und durch Namensunterschrift eigenhändig oder mit einem von einem Notar beglaubigten Handzeichen unterzeichnet werden. Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden (§ 1901a Abs. 1 S. 3 BGB). Vorgefertigte Formulare können Verwendung finden; nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist die Patientenverfügung jedoch nur dann wirksam, wenn ihr konkrete Entscheidungen des Patienten in die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können (Beschlüsse des Bundesgerichtshofes: [22, 23, 24]). So ist etwa die Äußerung „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen oder „nicht an Schläuchen hängen zu wollen“ [4], für sich genommen, keine wirksame, da nicht hinreichend konkretisierte Behandlungsentscheidung. Die geforderte **Konkretisierung** kann im Einzelfall durch die *Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen* oder die *Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten* oder Behandlungssituationen erfolgen (Beschlüsse des Bundesgerichtshofes: [22, 23, 24]). Dies bedarf der sorgfältigen Prüfung und bedeutet, dass sich der hinzugerufene Arzt nicht nur mit der Krankheitsgeschichte des Patienten, sondern auch mit den persönlichen Wertvorstellungen und religiösen Anschauungen als Ergänzung und Auslegungshilfe der Patientenverfügung auseinandersetzen muss. Insbesondere in der Notfallmedizin kann es bis zum Abschluss der Prüfung erforderlich sein, zunächst zeitkritische lebensrettende Maßnahmen einzuleiten.

Liegt eine wirksame, auf die konkrete Situation passende Patientenverfügung vor, ist eine Einwilligung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten in die Maßnahme, die dem betreuungsgerichtlichen Genehmigungserfordernis unterliefe, nicht erforderlich, da der Patient diese Entscheidung selbst in einer alle Beteiligten bindenden Weise getroffen hat. Alleinige Aufgabe des Betreuers bzw. Berechtigten ist es nach § 1901a Abs. 1 S. 2 BGB, dafür Sorge zu tragen, dass dem in der Patientenverfügung niedergelegten Willen des Betroffenen Geltung verschafft wird. Bestehen Zweifel an der Bindungswirkung der Patientenverfügung, sollte – soweit dies in der konkreten Situation möglich ist – das Betreuungsgericht angerufen werden.

Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen in einer Patientenverfügung nicht auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer bzw. Bevollmächtigter

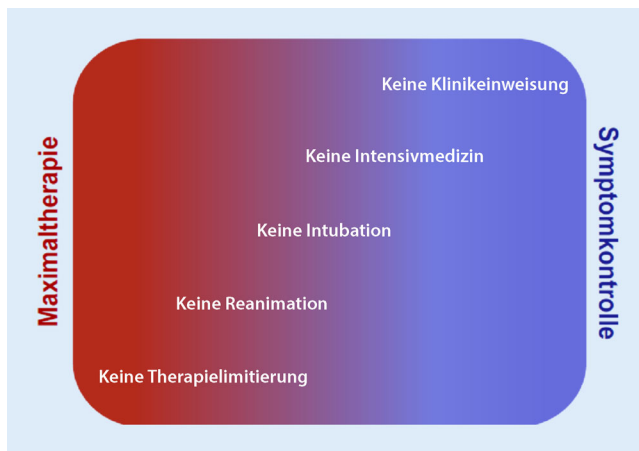


Abb. 1 ▲ Therapieziele und Behandlungsverfahren. (In Anlehnung an Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus planen [28])

tigte die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt (§ 1901a Abs. 2 S. 1 BGB). Es ist Aufgabe des behandelnden Arztes zu prüfen, welche medizinischen Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand des Patienten indiziert sind (§ 1901b Abs. 1 S. 1 BGB). Bei fehlender Indikation können allerdings weder Betreuer bzw. Bevollmächtigter noch Angehörige die Vornahme von Behandlungsmaßnahmen fordern. Besteht die Indikation, hat der Arzt diese mit dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten unter Berücksichtigung des Patientenwillen zu erörtern (§ 1901b Abs. 1 S. 2 BGB). **Es bleibt jedoch Aufgabe des Betreuers bzw. Bevollmächtigten, in eigener Verantwortung zu prüfen, ob das Behandlungsangebot dem Willen des Patienten entspricht (§ 1901a Abs. 2 BGB).**

Die Einwilligung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten in eine erfolgsversprechende risikobehaftete ärztliche Maßnahme bzw. die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten in eine medizinisch und vital indizierte Maßnahme bedarf grundsätzlich der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). Eine solche ist nur dann entbehrlich, wenn zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht. **Für den Bevollmächtigten gilt allerdings die Einschränkung, dass er nur in solche Maßnahmen einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen kann, wenn die Vollmacht diese Maßnahme ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist (§ 1904 Abs. 5 BGB).**

Der Bevollmächtigte ist dem Betreuer grundsätzlich rechtlich gleichgestellt. Mit der Vorsorgevollmacht kann jede volljährige Person für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit für bestimmte Bereiche wie etwa für gesundheitliche Angelegenheiten eine oder auch mehrere Personen seines Vertrauens bevollmächtigen. Dabei muss es sich nicht zwingend um den nächsten Angehörigen (z. B. Ehepartner oder Kind) handeln. Der Bevollmächtigte wird in diesem Bereich zum Vertreter des Patienten, was zur Folge hat, dass für die Bereiche, für die Vorsorgevollmacht erteilt

Die Einsatzmeldung an einem Freitagabend für Notarzteinsetzfahrzeug und Rettungswagen lautet „Dyspnoe“. Die Patientin ist 62 Jahre alt und sitzt auf dem Sofa. Man merkt ihr die massive Atemanstrengung und Panik aufs Deutlichste an. Außerdem fallen sofort Maskengesicht, Tabaksbeutelmund und atrophische Endlieder im Sinne einer weit fortgeschrittenen systemischen Sklerodermie auf. Auf Nachfrage bestätigt der anwesende Ehemann die Verdachtsdiagnose und berichtet, dass seine Ehefrau unter Lungenfibrose leide. Zunächst erhält die Patientin Sauerstoff und nach Anlage eines Venenzugangs Morphin zur Kontrolle der Atemnot. Danach wird die Fremdanamnese fortgesetzt. Es lässt sich in Erfahrung bringen, dass die Patientin vor einer Woche aufgrund fehlender kurativer Optionen aus der Universitätsklinik entlassen wurde. Ihr wurde die Aufnahme auf eine Palliativstation angeboten, die sie abgelehnt habe. Anschließend habe sie sich in der örtlichen Klinik aufgrund einer pulmonalen Infektion erneut in stationäre Behandlung begeben, sich jedoch am Vortag gegen ärztlichen Rat unter oral fortgesetzter Antibiotikabehandlung entlassen. Es liegt keine Patientenverfügung vor. Der Ehemann berichtet, dass seine Frau in den letzten Tagen häufiger den Tod thematisiert und zunehmend unter Atemnot gelitten habe. Mit dem Ehemann wird das weitere Vorgehen besprochen und eine stationäre Aufnahme zur Palliation empfohlen. Während des Gesprächs kommt es zum Atemstillstand. Aufgrund der infausten Prognose ist eine Beatmung nicht indiziert. Die Patientin verstirbt friedlich.

worden ist, kein gerichtliches Betreuungsverfahren durchgeführt werden muss.

Praktische Aspekte von Therapiebegrenzung und -abbruch

Nach Festlegung der Therapieziele muss insbesondere im ambulanten Setting die Umsetzung mit dem Patienten, seinen Angehörigen und ggf. weiteren mitwirkenden Personen (z. B. Pflegekräften) besprochen werden. Wann immer möglich, sollte eine telefonische Konsultation mit dem Hausarzt erfolgen.

Nicht immer ist ein *Verbleib in der Häuslichkeit* umsetzbar. Wenn eine *Klinikeinweisung* zur weiteren Behandlung erfolgt, bietet sich bereits im präklinischen Setting die Möglichkeit, weitere Schritte antizipierend zu besprechen. In Anlehnung an das Konzept „Behandlung im Voraus planen“ (BVP, **Abb. 1**) kann mit der Absprache eines Stufenplans für die weitere Behandlung begonnen werden [4, 25, 26]. Im Fall einer Pneumonie können beispielsweise zwar Sauerstoffgabe und Antibiotika gewünscht sein, jedoch keine Behandlung auf der Intensivstation. Durch vorhergehende Erörterung bevorstehender Maßnahmen und Erfragung des antizipierten Willens kann daher eine Übertherapie vermieden werden. Eine stichhaltige Dokumentation der Absprachen (z. B. „keine Reanimation“ [„do not resuscitate“, DNR] und „keine Intubation“ [„do not intubate“, DNI]) sowie die Weitergabe von Patientenverfügung, Vollmachten und Kontaktdaten an die weiterbehandelnden Kollegen sind essenziell. Verstirbt der Patient im Beisein des Notarztes, ist in den meisten deutschen Bundesländern die Erstellung einer **vorläufigen Todesbescheinigung** ausreichend [27]. Sofern keine Hinweise auf einen nichtnatürlichen Tod vorliegen, können Hausarzt oder ärztlicher Bereitschaftsdienst im Verlauf die Leichenschau und Ausstellung der endgültigen Todesbescheinigung übernehmen.

Sterbehilfe und Sterbebegleitung

In der letzten Lebensphase können für den Patienten quälende Symptomexazerbationen auftreten. Für das familiäre und pflegerische Umfeld ist das Mitansetzen des Leidens schwer zu ertragen und stellt eine erhebliche psychosoziale Belastung dar. Oft stellt der Rettungsdienst die letzte Anlaufstelle für Angehörige dar, sofern nicht bereits eine ambulante palliativmedizinische Betreuung implementiert ist. Zu den häufigsten Symptomen zählen Schmerzen, Atemnot, Blutungen, Übelkeit, Erbrechen und Delirium [7, 8]. Eine gezielte Symptomkontrolle kann ambulant erfolgen. In manchen Fällen lässt sich jedoch der Wunsch nach dem Verbleib in der Häuslichkeit nicht realisieren, und es muss eine stationäre Aufnahme zur Palliation erfolgen. Die **Sterbebegleitung zählt zu den ärztlichen Pflichten**. So besagt die ärztliche (Muster-)Berufsordnung (MBO), dass es Aufgabe des Arztes ist, „Schmerzen zu lindern (und) Sterbenden Beistand zu leisten“ (§ 1 MBO [29]). Ferner wird ausgeführt, dass Töten auf Verlangen im Sinne von „**aktiver Sterbehilfe**“ untersagt ist (§ 16 MBO [29]).

Erlaubt hingegen ist Therapiebegrenzung oder -abbruch, früher „**passive Sterbehilfe**“ genannt: Sofern eine Therapiemaßnahme nicht (mehr) indiziert ist oder dem Patientenwillen widerspricht, ist sie zu unterlassen. Es ist unerheblich, ob eine Maßnahme dabei gar nicht erst begonnen wird, oder eine begonnene Maßnahme – auch durch aktives Zutun – beendet wird (z. B. Extubation oder Abschalten des Respirators). Im Rahmen der Sterbebegleitung kann die Kontrolle quälender Symptome eine Lebensverkürzung herbeiführen (s. Fallbeispiel 2). In diesem Fall spricht man von „**indirekter Sterbehilfe**“, nachdem die Maßnahme nicht auf eine Lebensverkürzung, sondern auf eine effektive Symptomkontrolle abzielte. Somit ist eine Opioidgabe zur Erleichterung von Schmerzen oder Atemnot indiziert, auch wenn dabei eine „**lebensverkürzende Nebenwirkung**“ in Kauf genommen wird [30].

Merke. Entspricht eine Behandlung nicht dem Patientenwillen ist sie zu unterlassen oder zu beenden.

Fazit für die Praxis

- Voraussetzungen sind bindend, sofern sie sich eindeutig auf die vorliegende klinische Situation anwenden lassen. Eine Patientenverfügung kommt jedoch keinem generellen Verzicht auf eine kurative Therapie gleich.
- Angehörige und nahestehende Personen können bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens helfen. Hierbei ist zu beachten, dass Ehepartner oder volljährige Kinder nicht allein aufgrund ihrer Angehörigenstellung berechtigt sind, Entscheidungen für den einwilligungsunfähigen Patienten zu treffen. Sie können aber als Betreuer bestellt oder als Vorsorgebevollmächtigte beauftragt werden.
- Bei der Festlegung von Therapiezielen sollten Limitierungen (z. B. „do not resuscitate“, DNR) vereinbart und schriftlich fixiert werden. Dabei ist die Einbeziehung weiterbehandelnder Kollegen essenziell. Eine Klinikeinweisung mit kurativen Absichten kann beispielsweise unter Ausschluss einer intensivmedizinischen Behandlung erfolgen.

- Auch die Begleitung Sterbender gehört zu den akutmedizinischen Aufgaben. Dazu zählt u. a. das Beenden nicht mehr indizierter Maßnahmen (passive Sterbehilfe).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christina Schumann

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Augsburg

Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland

christina.schumann@uk-augsburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. C. Schumann: A. Finanzielle Interessen: C. Schumann gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Fachärztin für Anästhesie, Zusatzbezeichnungen: Intensiv- und Notfallmedizin, seit Oktober 2020 angestellt an der Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Augsburg, freiberufliche Notarztstätigkeit | Mitgliedschaften: BDA, MB. S. Wiege: A. Finanzielle Interessen: S. Wiege gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: angestellte Rechtsanwältin, Kanzlei Ulsenheimer Friederich PartGmbH | Mitgliedschaften: Arbeitsgemeinschaft Strafrecht im DAV, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht DAV, Münchener Anwaltverein, Interdisziplinäre Studiengesellschaft e. V. (ISG, Beirat), Kommentatorin in Breyer, Endler (Hrsg), *AnwaltFormulare Strafrecht*.

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html>. Zugegriffen: 6. Dez. 2020
2. Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin
3. Knorrenschild JR (2020) Onkologische Systemtherapie bei Palliativpatienten: Beendigung oder Fortführung? *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 55:27–40
4. Feddersen B, Petri S, Marckmann G, Topka H (2018) Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen in der Notfallmedizin. *Notfmed up2date* 13:23–36
5. Sefrin P, Kerner T, Dörger V (2019) Verzicht auf Einleitung oder Abbruch einer Reanimation in der Präklinik. *Notarzt* 35:16–22
6. de Heer G, Saugel B, Sensen B, Rübsteck C, Pinnschmidt HO, Kluge S (2017) Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten bei Intensivpatienten. *Dtsch Arztebl* 114:363–370
7. Roessler M, Eulitz N (2018) Notarzt und Palliativmedizin. *Anasth Intensivmed* 59:430–438
8. Roessler M, Eulitz N (2018) Palliativmedizin im Notarzteinsatz. *Anästhesist* 67:366–374
9. Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl* 108:346–348

10. Kern BR (2020) Aufklärung und Einwilligung in der präklinischen Notfallmedizin. Notarzt 36:192–197
11. Ulsenheimer G (2021) Arztstrafrecht in der Praxis, 6. Aufl. (Rn. 453)
12. Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 28. Juni 1988 VI ZR 288/87
13. Berg D, Ulsenheimer K, Bauer H, Broglie MG, Zwißler B (2013) medizin.recht, S 205
14. Schelling P, Gaibler T (2012) Aufklärungspflicht und Einwilligungsfähigkeit: Regeln für diffizile Konstellationen. Dtsch Arztebl 109:476–478
15. Ulsenheimer G (2021) Arztstrafrecht in der Praxis, 6. Aufl. (Rn. 409 m.w.N)
16. Ulsenheimer K (2005) Die Entwicklung der Rechtsprechung zur Stärkung der Patientenrechte. 28. Deutscher Krankenhaustag, Düsseldorf, 18. Nov. 2005 (Vortrag)
17. Ulsenheimer G (2021) Arztstrafrecht in der Praxis, 6. Aufl. (Rn. 479)
18. Deutscher Bundestag (2012) Drucksache 17/10488, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (15.08.2012)
19. Palandt (2021) Bürgerliches Gesetzbuch Bd. 8. C.H. Beck, (§630e Rn. 12)
20. Schelling P (2016) Im Visier des Staatsanwalts: Juristische Fallstricke in der Notfallmedizin. Anästhesist 11:812–821
21. Ulsenheimer G (2021) Arztstrafrecht in der Praxis, 6. Aufl. (Rn 417)
22. Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 6. Juni 2016 XII ZB 61/16
23. Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 8. Febr. 2017 XII ZB 604/15
24. Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 14. Nov. 2018 XII ZB 107/18
25. Petri S, Zwißler B, in der Schmitten J, Feddersen B (2020) Behandlung im Voraus planen – Weiterentwicklung der Patientenverfügung. Anästhesist 69:78–88
26. Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus planen (2018) BVP-Patientenverfügung – Notfallbogen. <https://www.div-bvp.de/implementieren/#BVP-Dokumentation>. Zugegriffen: 1. Juni 2020
27. Burkhard M (2003) Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung: Kompetente Durchführung trotz unterschiedlicher Gesetzgebung der Länder. Dtsch Arztebl 100:3161–3179
28. Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus planen (2018) Ärztliche Anordnung für den Notfall. <http://www.div-bvp.de>. Zugegriffen: 15. Sep. 2020
29. Bundesärztekammer (2021) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
30. Bundesärztekammer (2017) Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. Dtsch Arztebl 114:334–336



Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-der-anaesthesist

? Ein 80-jähriger Patient wird seit 10 Tagen aufgrund einer schweren Pneumonie invasiv beatmet. Nun ist eine Tracheotomie geplant. Es liegt eine Patientenverfügung vor, allerdings treffen die Festlegungen darin nicht auf die konkrete Behandlungssituation zu. Eine Vorsorgevollmacht liegt nicht vor. Der Patient ist verheiratet und hat 2 Töchter. Wie ist in diesem Fall juristisch korrekt zu verfahren?

- Die Ehefrau des Patienten darf in die Tracheotomie einwilligen.
- Das Betreuungsgericht muss, soweit zeitlich möglich, eingeschaltet werden.
- Die Tracheotomie darf durchgeführt werden, wenn beide Töchter und die Ehefrau einwilligen.
- Ehefrau und Töchter dürfen den Eingriff im Sinne des Patienten ablehnen.
- Die Tracheotomie darf ohne Einwilligung durchgeführt werden, da sie medizinisch indiziert ist.

? Was ist hinsichtlich der Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten zu beachten?

- Es sollte ein Verwandter ersten Grades sein.
- Es muss ein Verwandter ersten oder zweiten Grades sein.
- Der Bevollmächtigte muss mit dem Vollmachtgeber verwandt sein.
- Der Bevollmächtigte ist gemäß Patientenrechtgesetz einem Betreuer gleichgestellt.

- Die Bestellung zum Bevollmächtigten hat durch ein Gericht zu erfolgen.

? Eine 34-jährige Frau verunglückt schwer mit dem Pkw. Nach notfallmäßiger Versorgung einer Beckenringfraktur und der Entlastung eines beidseitigen Pneumothorax befindet sie sich nun, invasiv beatmet, auf der Intensivstation. Aufgrund des schweren Thoraxtraumas und einer nosokomialen Pneumonie ist eine langfristige invasive Beatmung absehbar. Es stehen weitere operative Versorgung an. Die Patientin hat einen Lebensgefährten und lebt bei ihrer 73-jährigen Mutter. Der Stationsarzt kontaktiert das Betreuungsgericht. Was ist hinsichtlich dieser Konstellation aus juristischer Sicht zu beachten?

- Weil die Patientin unverheiratet und die Mutter älter als 70 Jahre ist, muss ein Berufsbetreuer bestellt werden.
- Es ist juristisch vorgegeben, dass nur eine Person die Betreuung der Patientin übernehmen darf.
- Der Lebensgefährte sollte zum Betreuer der Patientin bestellt werden; ein entsprechender Antrag ist zu stellen.
- Die Mutter sollte zum Betreuer der Patientin bestellt werden; das Einschalten des Betreuungsgerichtes ist nicht notwendig.
- Die Mutter, der Lebensgefährte oder auch beide gemeinsam können die Betreuung übernehmen.

? Aufgrund eines häuslichen Sturzes mit Rippserienfraktur und Hämatothorax erleidet eine 75-jährige Patientin eine transfusionspflichtige Anämie mit pektanginösen Beschwerden. Der Stationsarzt möchte Erythrozytenkonzentrate transfundieren. Dies lehnt die Patientin aus religiösen Gründen jedoch ab. Sie gibt an, ihr sei bewusst, dass sie dadurch Organschäden und auch das Versterben in Kauf nehme. Sowohl dem Stationsarzt als auch der Tochter der Patientin gelingt es nicht, sie von ihrer Überzeugung abzubringen. Wie ist in diesem Fall juristisch korrekt weiter zu verfahren?

- Nachdem pektanginöse Beschwerden vorliegen, muss die Transfusion auch gegen den Willen der Patientin erfolgen.
- Nachdem es sich bei Versterben um einen nichtnatürlichen Tod handeln würde, muss in diesem Fall die Transfusion generell gegen den Willen der Patientin durchgeführt werden.
- Eine medizinisch indizierte Maßnahme kann aus religiösen Gründen generell nicht verweigert werden.
- Der Stationsarzt muss nach Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit der Patientin und seiner Überzeugungsversuche eine ausführliche Risikoaufklärung vornehmen.
- Die Tochter darf gegen den Willen ihrer Mutter in die Transfusion beim Stationsarzt schriftlich einwilligen.

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Anerkennung in Österreich und der Schweiz: Für das Diplom-Fortbildungsprogramm (DFP) werden die von

deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013). Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation vergibt 1 Credit für die zertifizierte Fortbildung in „Der Anaesthesist“.

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med- und e.Dent-Abonnenten.

? Der Notarzt wird in ein Altenpflegeheim zu einem 81-jährigen Patienten gerufen. Vor Ort hat bereits eine Rettungswagenbesatzung vor 2 min mit der kardiopulmonalen Wiederbelebung begonnen. Es liegen nur spärliche Unterlagen zum Gesundheitsstatus des Patienten vor. Neben einem Medikamentenplan findet sich ein Entlassbrief aus der Gerontopsychiatrie. Außerdem existiert eine vor 5 Jahren erstellte Patientenverfügung. Dabei handelt es sich um einen gängigen Vordruck. Eine Vorsorgevollmacht zugunsten einer Nichte liegt vor. Welcher der folgenden Schritte sollte auf *keinen* Fall direkt als Nächstes erfolgen?

- Umgehende Einstellung der Reanimationsmaßnahmen
- Evaluation der Gesamtsituation zur Entscheidungsfindung
- Versuch, die Nichte telefonisch zu erreichen
- Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt
- Einholen weiterer Vorbefunde aus der vorbehandelnden Klinik

? Eine 78-jährige Patientin leidet an einem pulmonal und ossär metastasierten Mammakarzinom. In den vergangenen Jahren waren mehrfach Klinikaufenthalte mit intensivmedizinischer Behandlung aufgrund rezidivierender nosokomialer Pneumonien erforderlich. Gegenüber ihrer Familie gibt die Patientin nun an, nicht erneut auf der Intensivstation behandelt werden zu wollen, insbesondere möchte sie nicht mehr beatmet werden. Sie möchte die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht dahingehend überarbeiten. Was ist in dieser konkreten Situation hinsichtlich des Patientenwillens *keine* korrekte Aussage?

- Die Patientin sollte die Ablehnung einer invasiven Beatmung in ihrer Patientenverfügung hinterlegen.
- Die Patientin sollte ihre Wünsche und Wertevorstellungen ausführlich mit ihren vorsorgebevollmächtigten Angehörigen besprechen.
- Sofern eine invasive Beatmung nicht explizit in der Patientenverfügung abgelehnt

wird, darf der Vorsorgebevollmächtigte diese auch nicht ablehnen.

- Eine ärztliche Beratung bei der Überarbeitung der Patientenverfügung ist sinnvoll (z. B. durch den Hausarzt).
- Die überarbeiteten Dokumente sollten allen behandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

? Ein 69-jähriger Patient leidet seit 6 Jahren an einem ossär metastasierten Prostatakarzinom mit stärksten Schmerzen aufgrund pathologischer Wirbelkörperfrakturen. Er erwähnt mehrfach gegenüber seiner Frau, dass er nicht mehr leben möchte. Bei einem häuslichen Sturz kommt es zu einer ausgedehnten intrazerebralen Blutung mit Ventrikeleinbruch. Die vorsorgebevollmächtigte Ehefrau lehnt nun eine Trepanation ab, nachdem sie nicht dem Willen ihres Mannes entspricht. Wie ist in dieser Situation juristisch korrekt zu verfahren?

- Nur bei vorliegender Patientenverfügung kann die Durchführung der Operation durch die Ehefrau abgelehnt werden.
- Dem durch die vorsorgebevollmächtigte Ehefrau kommunizierten Patientenwillen ist zu entsprechen.
- Sofern die Trepanation medizinisch indiziert ist, darf sie nicht abgelehnt werden.
- Das Betreuungsgericht muss entscheiden, ob die Operation abgelehnt werden darf.
- Die Operation muss durchgeführt werden, nachdem es sich bei dem Sturz um einen Suizidversuch handeln könnte.

? Eine 82-jährige Patientin wird von ihrer Tochter gepflegt. Sie leidet an einer fortgeschrittenen Osteoporose und ist nahezu immobil. Seit Tagen besteht eine fieberhafte Infektion mit Auswurf. Nachts klagt sie über stärkste Atemnot und Brustschmerzen. Die Tochter verständigt den Notarzt. Es liegen eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht zugunsten der Tochter vor. In der Patientenverfügung steht, dass die Mutter „nicht an Schläuchen

hängen wolle“. Wie ist in dieser Situation juristisch korrekt zu verfahren?

- Nachdem die vorsorgebevollmächtigte Tochter den Notarzt verständigt hat, ist davon auszugehen, dass eine Therapie nach Leitlinie durch den Notarzt in dieser Situation auf jeden Fall gewünscht wird.
- Es ist davon auszugehen, dass die Patientin unter diesen Voraussetzungen jegliche Form der Behandlung ablehnt. Der Notarzt sollte daher umgehend den Einsatz abbrechen und abrücken.
- Es ist davon auszugehen, dass die Patientin eine differenzierte Form der Behandlung ablehnt. Der Notarzt kann daher nach Verabreichung von Morphin gegen Atemnot und Schmerzen rasch abrücken.
- Da es sich höchstwahrscheinlich um eine Pneumonie handelt, kann der Notarzt abrücken, nachdem er die Tochter darüber aufgeklärt hat, dass sie am Folgetag umgehend den Hausarzt kontaktieren solle.
- Nach symptomatischer Therapie sollten zunächst das Krankheitsbild und die therapeutischen Konsequenzen erläutert werden. Eine Mitnahme in die Klinik sollte angeboten werden.

? Ein Patient erhält im Hospiz Morphin gegen Atemnot. Im Rahmen dieser Symptomkontrolle kommt es zum Versterben des Patienten. Wie wird dies korrekt eingestuft?

- Aktive Sterbehilfe
- Tötung durch Unterlassen
- Tötung auf Verlangen
- Indirekte Sterbehilfe
- Assistierter Suizid

? Welche Maßnahme ist im Rahmen eines Therapieabbruchs *nicht* erlaubt?

- Abschalten von Katecholaminperfusoren
- Verabreichen einer tödlichen Opioiddosis
- Symptomkontrolle mit hochpotenten Analgetika
- Sedierung mit Benzodiazepinen
- Abschalten des Respirators