

Therapiezieländerung in der neurologischen Frührehabilitation – eine medizinische und rechtliche Betrachtung

D. A. Nowak^{1,2}, C. D. Scheibl¹, P. F. Schelling³, T. Bein⁴

¹ VITREA Klinik Kipfenberg

² Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Marburg

³ Ulsenheimer Rechtsanwälte, München

⁴ Facharzt für Anästhesiologie, Regensburg

Zusammenfassung

Änderungen des Therapieziels, eine palliative Behandlung und die Begleitung Sterbender und deren Angehöriger sind essentieller Bestandteil der neurologischen Frührehabilitation. Diese Situationen stellen für die behandelnden Ärzte, aber auch für das nicht ärztliche Behandlungsteam, eine ethisch-moralische, kommunikative und rechtliche Herausforderung dar. Die vorliegende Arbeit schlägt eine

aus medizinisch und juristischer Sicht standardisierte und nachvollziehbar dokumentierte Vorgehensweise bei Therapiezieländerungen in der neurologischen Frührehabilitation vor. Die Vorgehensweise soll den Prinzipien des Respekts vor Autonomie, Nutzen, Vermeiden von Schaden und Gerechtigkeit für den betroffenen Patienten entsprechen.

Schlüsselwörter: Neurologische Frührehabilitation, Therapiebegrenzung, Therapieabbruch, Palliation

Einleitung

Die neurologische Frührehabilitation (Phase B der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) schließt sich unmittelbar an die medizinische Akutbehandlung an und ist definiert als „Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten“ werden müssen [2]. Patienten mit schweren und schwersten neurologischen Erkrankungen werden in dieser Phase der neurologischen Rehabilitation behandelt, deren Ziele die Fortführung der in der Akutphase begonnenen Diagnostik und Therapie, die Erarbeitung von Rehabilitationsfähigkeit und mitunter auch die Klärung des Rehabilitationspotentials umfasst. Die Komplexität der Behandlung der meist multimorbiden Patienten im Grenzbereich zwischen akutmedizinisch und rehabilitativer Zielsetzung erfordert ein hohes Maß an Spezialisierung der behandelnden Einrichtungen.

In Deutschland stehen etwa 5.000 Behandlungsplätze für die neurologische Frührehabilitation zur Verfügung, davon etwa 1.000 für die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung [12, 20].

Vergleichende Untersuchungen zwischen 2002 und 2014 konnten zeigen, dass die in der neurologischen Frührehabilitation behandelten Patienten über die Jahre älter, häufiger beatmet und wesentlich kürzer in der Akutklinik behandelt worden waren, bevor sie in die neurologische Frührehabilitation zur Aufnahme gelangten [5, 14–16]. Zudem stieg die Sterblichkeit in der neurologischen Frührehabilitation von 2002 bis 2014 deutlich

an [17]. Gegenwärtig wird die Sterblichkeit von Patienten in der neurologischen Frührehabilitation mit 10–15% angegeben [15, 20]. Im Langzeitverlauf weisen vor allem Patienten, die mit einer Trachealkanüle versorgt und/oder beatmet aus der neurologischen Frührehabilitation entlassen werden, eine ungünstige Überlebenschance auf [17]. Ein Jahr nach Entlassung aus der neurologischen Frührehabilitation leben noch 50% der tracheotomiert entlassenen Patienten und lediglich noch 25% der beatmet entlassenen Patienten.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass in der neurologischen Frührehabilitation schwer- und schwerstkranken Patienten behandelt werden, deren kurativ/rehabilitative Prognose ungünstig sein kann. Vor diesem Hintergrund kommt dem Patientenwillen und der auf dem Patientenwillen aufbauenden, im Behandlungsteam abgestimmten Zielsetzung der neurologischen Rehabilitation eine große Bedeutung zu. Der Gesetzgeber hat eindeutig formuliert, dass die Grundlage jeder ärztlich medizinischen Behandlung grundsätzlich der Wille des Patienten ist. Die Zielsetzung in der neurologischen Frührehabilitation ist anfangs meist kurativ/rehabilitativ, sie kann aber aufgrund der Erkrankungsschwere und Multimorbidität des Patienten – mit häufigen akutmedizinischen Komplikationen – während der Behandlung von kurativ/rehabilitativ zu palliativ (und umgekehrt, bzw. zurück) variieren [1, 15].

Änderungen des Therapieziels, eine palliative Behandlung und die Begleitung Sterbender und deren Angehöriger sind essentieller Bestandteil der neurologischen Frührehabilitation. Diese Situationen stellen für die behandelnden Ärzte, aber auch das nicht

ärztliche Behandlungsteam, eine ethisch-moralische, kommunikative und rechtliche Herausforderung dar. Die vorliegende Arbeit schlägt eine aus medizinisch und juristischer Sicht standardisierte und nachvollziehbar dokumentierte Vorgehensweise bei Therapiezieländerungen in der neurologischen Frührehabilitation vor. Die Vorgehensweise entspricht den Prinzipien des Respekts vor Autonomie, Nutzen, Vermeiden von Schaden und Gerechtigkeit für den betroffenen Patienten.

Begriffsdefinitionen

Um ein einheitliches und für alle Beteiligten (aber auch Außenstehende) transparentes und nachvollziehbares Vorgehen während einer Therapiezieländerung in der neurologischen Frührehabilitation zu ermöglichen, sollte eine „einheitliche Sprache“ gesprochen werden. Deshalb erfolgt zunächst eine Definition vor allem aus juristischer Betrachtung relevanter Begrifflichkeiten.

Aktive/Direkte Sterbehilfe: Darunter versteht man die Tötung eines Menschen im Sinne einer „unmittelbar auf Lebensverkürzung abzielenden Handlung“ (vgl. BGH, NJW 2010, 2963, 2965). Direkte Sterbehilfe ist strafbar als Totschlag (§ 212 StGB) oder ggfs. Mord (§ 211 StGB), und zwar unabhängig vom Gesundheitszustand des Patienten, also auch bei infauster Prognose. Eine Strafbarkeit ist selbst dann gegeben, wenn der Patient eine solche Handlung ausdrücklich wünscht oder verlangt, dann allerdings „nur“ wegen Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB.

Indirekte Sterbehilfe: Eine solche beinhaltet ärztliche und pflegerische Maßnahmen (in der Regel eine indizierte medikamentöse Therapie (wie z. B. mit Midazolam als Anxiolytikum, Morphin als Analgetikum), durch die Symptome wie z. B. Schmerzen, Luftnot, Angst oder Unruhe gelindert werden, bei der die Nebenwirkungen jedoch zu einer Lebensverkürzung führen können. Hierbei wird also ein möglicher vorzeitiger Todeseintritt als Nebenfolge der indizierten (palliativen) Maßnahme in Kauf genommen. Unter der Voraussetzung, dass (1) das Grundleiden nach ärztlicher Überzeugung irreversibel ist, (2) es bereits einen tödlichen Verlauf angenommen hat und (3) der Tod (ohnehin) in kurzer Zeit eintreten wird (vgl. BGH, NJW 292010, 2967, Rdn. 31) ist eine solche „Hilfe beim Sterben“¹ erlaubt bzw. straflos.

Gerechtfertigter Therapieabbruch (passive Sterbehilfe/„Sterbenlassen“): Einsolcher liegt beim Unterlassen, Begrenzen und Beenden einer (begonnenen) lebensverlängernden medizinischen Behandlung vor (wie z. B. bei der Beendigung der invasiven Beatmung, Katecholamintherapie, Antibiose, Ernährungstherapie oder Dialyse), sofern dies dem Patientenwillen entspricht (straflose „Hilfe zum Sterben“²).

Therapiezieländerung: Hierunter ist der Verzicht auf oder die Beendigung von Maßnahmen zu verstehen, welche darauf abzielen, das Leben zu verlängern. Diese Maßnahmen können z. B. intensivmedizinische Maßnahmen (z. B. Reanimation und Beatmung), der Einsatz von Antibiotika, Blutprodukten, parenteraler Ernährung oder (i. v.) Flüssigkeitgabe sein. Hierunter

fallen nicht Entscheidungen zum Einsatz von Maßnahmen zur Kontrolle krankheitsbedingter Symptome im Sinne der palliativen Versorgung. *Gründe für eine Therapiezieländerung:* Eine medizinische Maßnahme ist nur gerechtfertigt, wenn sie (1) indiziert ist (also geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen), (2) das Nutzen-Schadensverhältnis vertretbar ist und (3) eine Einwilligung hierin vorliegt. Die Indikation stellt die rationale Grundlage aller ärztlichen Maßnahmen dar. Sie ist als die fachlich begründete Überzeugung definiert, dass eine Maßnahme geeignet ist, mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit ein angestrebtes Therapieziel zu erreichen [10]. Eine nicht indizierte Diagnostik und Therapie darf nicht angeboten und durchgeführt werden. Die Gründe für das Fehlen der Indikation müssen verständlich und ausführlich mit allen Beteiligten besprochen werden. Komplikationen, Multimorbidität und/oder weitere Patientenfaktoren oder auch der aktuell geäußerte oder der mutmaßliche Patientenwille können eine wiederholte Therapiezielfindung notwendig machen. Dabei kann es zu Beschränkungen mit Blick auf einzelne Maßnahmen kommen (Therapiebegrenzung), oder zur generellen Abkehr von einem kurativen/rehabilitativen hin zu einem palliativen Behandlungsziel (Therapiezieländerung). Das Unterlassen eindeutig nicht indizierter Maßnahmen (z. B. die Nicht-Durchführung einer Reanimation in medizinisch aussichtsloser Situation) bedarf keiner Einwilligung durch den Patienten oder seiner gesetzlichen Vertreter.

Einwilligungs- bzw. Einsichtsfähigkeit: Einwilligungsfähigkeit umfasst die natürliche Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit. Diese Fähigkeit besitzt, wer die Bedeutung und Tragweite der konkret erforderlichen medizinischen Behandlung zu ermessen vermag und seinen Willen danach bestimmen kann. Jede Person, deren Einwilligungsfähigkeit zu vermuten ist oder festgestellt wurde, trifft die sie betreffenden Einwilligungsentscheidungen eigenständig. Eine Person ist nicht einwilligungsfähig, wenn sie entscheidungsrelevante Sachverhalte nicht verstehen kann, Folgen und Risiken von Handlungsalternativen nicht erfassen und bewerten kann, nicht in der Lage ist, Handlungsalternativen abzuwägen („das Für und Wider abzuwägen“), keinen Willensentschluss fassen oder einen Willensentschluss

nicht ausreichend kommunizieren kann. Die Verantwortung für die Evaluation und sorgfältige Dokumentation der Einsichtsfähigkeit obliegt dem behandlungsverantwortlichen Arzt. Im Zweifelsfall sollte der psychiatrische Konsildienst hinzugezogen werden.

Einwilligungsunfähigkeit: Nicht einwilligungs- bzw. einsichtsfähig sind Personen, die nicht imstande sind, entscheidungsrelevante Sachverhalte, Folgen und Risiken der konkret geplanten/erforderlichen medizinischen Maßnahme(n) zu verstehen, zu ihrer gegenwärtig individuellen Situation in Beziehung zu setzen, das Für und Wider abzuwägen und daraus eine autonome Entscheidung abzuleiten.

Der erklärte Patientenwille ist der mündlich oder schriftlich (durch eine Vorausverfügung wie Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, s. u.) zum Ausdruck gebrachte Wille eines einwilligungsfähigen Patienten. Wenn ein Patient einsichtsfähig ist, entfalten die nachfolgend behandelten Vorausverfügungen keine Geltung.

Vorausverfügungen:

► **Patientenverfügung** (§ 1827 BGB): Die Patientenverfügung ist eine schriftlich verfasste und eigenhändig unterschriebene Willensäußerung einer volljährigen und entscheidungsfähigen Person mit der diese für den Fall einer (späteren) Einwilligungsunfähigkeit festlegt, ob sie in noch nicht unmittelbar bevorstehenden Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen einwilligt oder sie untersagt (§ 1827 Abs. 1, S. 1 BGB)³. Sofern diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, hat ein bereits bestellter gesetzlicher Vertreter (Vorsorgebevollmächtigter/Ehegattennotvertreter/gesetzlicher Betreuer), aber auch Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte, dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1827 Abs. 1, S. 2 BGB). Eine Patientenverfügung entfaltet hier unmittelbare Bindungswirkung, die Bestellung eines gesetzlichen Vertreters ist nicht zwingend erforderlich.

³ Eine Aktualisierung oder regelmäßige Erneuerung seiner Patientenverfügung durch den Patienten ist nicht zwingend erforderlich (vgl. Grüneberg, Kommentar zum BGB, 83. Aufl., Rdn. 8 zu § 1827). Auch eine schon vor vielen Jahren errichtete Patientenverfügung hat deshalb grundsätzlich Gültigkeit.

¹ Vgl. Ulsenheimer/Gaede, Arztstrafrecht in der Praxis. 2021; 6. Aufl., Rdn. 744

² Vgl. Ulsenheimer/Gaede, a.a.O.

► **Vorsorgevollmacht** (§1820, Abs. 2, Nr. 1 BGB): Dabei handelt es sich um ein schriftliches Dokument, in dem der zum Zeitpunkt der Errichtung einsichtsfähige Patient eine oder mehrere Vertrauenspersonen dazu bevollmächtigt, seine Vertretung (ggfs. auch die rechtsgeschäftliche) zu übernehmen für den Fall, dass er seine Aufgaben nicht mehr selbst regeln kann. Den Umfang der Vollmacht legt der Vollmachtgeber fest; geregelt werden können neben den Bereichen der Vermögensvorsorge auch die Gesundheitsfürsorge und Pflegebedürftigkeit. Dies gilt auch für Entscheidungen betreffend die Durchführung einer (intensivmedizinischen) Behandlung, den Verzicht hierauf oder den Behandlungsabbruch (vgl. § 1820 Abs. 2, Nr. 1 i. V. m. § 1829, Abs. 1 und 2 BGB). Sofern die Festlegungen des Patienten in seiner Vorsorgevollmacht auf seine aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, ist der Vorsorgebevollmächtigte hieran gebunden und muss dem Willen des Vollmachtgebers Ausdruck und Geltung verschaffen (vgl. § 1827 Abs. 1, S. 2 i. V. m. § 1827, Abs. 6 BGB). Die (zusätzliche) Bestellung eines Betreuers ist nicht zwingend erforderlich.⁴

(Gesetzliche) Vertreter des Patienten

- Für eine volljährige Person, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit/Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr regeln kann, kann das Betreuungsgericht gem. § 814 BGB einen Betreuer bestellen (idealerweise einen nahen Angehörigen, ggfs. aber auch einen Berufsbetreuer). Nimmt dieser seine Aufgaben offenkundig nicht ordnungsgemäß wahr, ist eine Antrag auf Betreuerwechsel an das Betreuungsgericht zu stellen (vgl. §§ 1868 Abs. 1, 1869 BGB).
- Eine volljährige und einsichtsfähige Person kann eine andere (i. d. R. eine ihr nahestehende) Person zur Wahrnehmung ihrer Belange in gesundheitlichen Belangen bevollmächtigen (Vorsorgebevollmächtigter).
- Ehegatte/Lebenspartner: Die Ehegattennotvertretung (§ 1358 BGB) stellt eine vorübergehende „Notlösung“ für medizinische Notfälle dar. Ist der Patient nicht mehr in der Lage, für sich selbst in gesundheitlichen Angelegenheiten Entscheidungen zu treffen, kann sein Ehepartner oder sein eingetragener Lebenspartner diese Entscheidungen vorübergehend (über einen Zeitraum von längstens 6 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wegfalls der Einsichtsfähigkeit) treffen. Eine Ehegattennotvertretung scheidet aus, wenn (1) eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht errichtet ist, (2) bereits ein Betreuer bestellt ist, (3) die Eheleu-

te oder Lebenspartner bereits in Trennung leben oder (4) bekannt ist, dass der Patient nicht entsprechend vertreten werden möchte. Um das Ehegattennotvertretungsrecht auszuüben, benötigt der vertretende Ehe- oder Lebenspartner eine spezielle ärztliche Bescheinigung zum Nachweis.

Betreuungsgericht: Die Betreuung des Patienten kann – falls erforderlich (s. u.) – beim Betreuungsgericht des Amtsgerichts des Wohnortes des Patienten (vgl. § 272 Abs. 1, Nr. 2 FamFG) oder bei dem für die behandelnde Frührehabilitationseinrichtung örtlich zuständigen (Vgl. § 272 Abs. 1, Nr. 3 FamFG) Amtsgericht/Betreuungsgericht durch Antrag auf „Einrichtung einer rechtlichen Betreuung“ angeregt bzw. beantragt werden. In Eilfällen (Akutsituationen) kann das Betreuungsgericht nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses durch einstweilige Anordnung einen vorläufigen Betreuer bestellen (vgl. § 300 FamFG). Das Betreuungsgericht ist außerdem anzurufen, wenn es zwischen den Ärzten und den gesetzlichen Vertretern Dissens bezüglich des Patientenwillens gibt (s. u.).

Kenntnis von Vorausverfügungen bzw. einer

Betreuung: Jeder Patient bzw. seine Angehörigen sollen bei Aufnahme sowohl durch Pflegekräfte als auch durch die Ärzte nach der Existenz einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, nach einer evtl. eingerichteten Betreuung oder einer bereits bestehenden Ehegattennotvertretung gefragt und zur Vorlage der entsprechenden Dokumente aufgefordert werden. Das Ergebnis der Abfrage wird wie untenstehend dokumentiert.

Bei Patienten ohne entsprechende Vorausverfügungen oder Vollmachten sollen solche klinikseits angeregt werden.

Der mutmaßliche Patientenwille: Dieser ist in Situationen relevant, in denen die Einwilligung eines Patienten in eine Maßnahme, die im Interesse des Patienten dringend erforderlich ist, aufgrund vorübergehender Einwilligungsunfähigkeit nicht oder nicht rechtzeitig eingeholt werden kann und keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorliegt oder die dort getroffenen Feststellungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Mit Hilfe aller zur Verfügung stehenden Indizien, wie z.B. früheren Äußerungen, ethischen und religiösen Wertvorstellungen oder sonstige Wertvorstellungen des Patienten, haben der (ggfs. noch zu bestellende) gesetzliche Betreuer bzw. der (falls vorhanden) Vorsorgebevollmächtigte – ggfs. durch Befragung von (weiteren) Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen (§ 1828 Abs. 2 BGB) – zu ergründen, ob der Patient in die Durchführung der konkreten Maßnahme (auch unter Berücksichtigung der Perspektiven) einwilligen oder diese ablehnen würde (vgl. § 1827, Abs. 2 und Abs. 6 BGB). Entsprechendes gilt für die Ehegattennotvertretung (vgl. § 1358, Abs. 1, Nr. 2 BGB). Ist der mutmaßliche Wille nicht zu ermitteln, hat der Lebensschutz Vorrang („in dubio pro vita“).

Ethische Fallberatung: Eine ethische Fallberatung ist eine durch ausgebildete Moderatoren mit ethischer Expertise geführte Fallbesprechung. Die an der Behandlung des Patienten Beteiligten erhalten Unterstützung bei der ethischen Entscheidungsfindung. Das Ziel einer solchen Fallberatung ist es, durch eine methodisch strukturierte Vorgehensweise die Entscheidungsfindung in ethischen Konfliktsituationen zu unterstützen und sorgfältig zu dokumentieren. Die ethische Fallberatung ist ein geeignetes Instrument, um im gemeinsamen Dialog eine Übereinkunft zwischen den Verantwortlichen zu erzielen.

	Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht	Betreuung eingerichtet	Ehegattennotvertretung
Vorhanden	O Ja O Nein	O Ja O Nein	O Ja O Nein	O Ja O Nein
Vorliegend in der Akte	O Ja O Nein	O Ja O Nein	O Ja O Nein	O Ja O Nein Erstelldatum: _____ Gültig bis: _____ (längstens 6 Monate ab Erstellung)
Entspricht die vorliegende Verfügung dem aktuellen Patientenwillen	O Ja O Nein	O Ja O Nein	O Ja O Nein	O Ja O Nein
Kontaktdaten Vorsorgebevollmächtigter/gesetzlicher Betreuer/Ehegattennotvertreter				
Bemerkungen				

⁴ vgl. Grüneberg, a.a.O., Rdn. 9.

Mögliche Gründe für eine Therapiezieländerung

Gründe für eine Therapiezieländerung sind: (1) das Fehlen oder der Wegfall der medizinischen Indikation, (2) die (Weiter-)Behandlung entspricht nicht dem ausdrücklichen (unmittelbaren oder vorausverfügten) Willen des Patienten oder (3) die (Weiter-)Behandlung entspricht nicht dem (vom gesetzlichen Vertreter⁵ ermittelten) mutmaßlichen Willen des Patienten.

Es fehlt an der medizinischen Indikation, wenn die Maßnahme keinen medizinischen Nutzen für den Patienten hat oder durch die medizinische Maßnahme kein vorab mit dem Patienten abgestimmtes Therapieziel erreicht werden kann. Befindet sich der Patient im Sterben, so entfallen alle medizinischen Maßnahmen, die nicht der Linderung von Symptomen dienen. Eine zweifelsfrei nicht (mehr) indizierte Therapie soll nicht angeboten und durchgeführt werden. Dies gilt auch für diagnostische Maßnahmen ohne medizinische Konsequenzen.

In einigen Therapiesituationen kann die Indikation allerdings unklar sein, z. B. dann, wenn das Therapieziel möglicherweise erreichbar ist, der Arzt und Patient den Nutzen einerseits und die Belastung/das Schadensrisiko unterschiedlich gewichten. In diesen Fällen ist die Entscheidung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter zu erörtern. Wenn der einsichtsfähige und informierte Patient im Wissen um das ungünstige Nutzen-/Schadensverhältnis gleichwohl die Therapie dezidiert und autonom wünscht, muss diesem Wunsch entsprochen werden, da es keine ärztliche Vernunftthoheit gibt.

Einwilligungsfähige Patienten können nach sorgfältiger Aufklärung und einem Gespräch über das Ausmaß der gewünschten Therapiebegrenzung die angebotenen Therapieoptionen eigenständig und ohne zusätzliche Voraussetzungen ablehnen. Dies erfolgt am besten auf der Grundlage von klinikinternen „Standards“, z. B. auf dem Bogen „Dokumentation Therapiebegrenzung“ der Sektion Ethik der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) [11]. In diesem Fall ist darauf zu achten, dass der Patient die Lage, die Argumente für und gegen eine Änderung der Therapie sowie die aus seiner Entscheidung folgenden Konsequenzen – auch für spätere Entscheidungen – intellektuell, aber auch sprachlich versteht.

Wer klärt auf? Das Gespräch über eine im Raum stehende Therapiezieländerung sollte von einem erfahrenen Facharzt, idealerweise vom behandlungsführenden (Ober-)Arzt geführt werden. Eine Delegation an den Teamjüngsten sollte nicht stattfinden. Eine Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter (z. B. Pflegekräfte) ist unzulässig.

Mangelnde Sprachkenntnisse des Patienten: Ist der Patient der deutschen Sprache nicht (ausreichend) mächtig, muss zum Aufklärungsgespräch eine sprach-

kundige Person zur Übersetzung herangezogen werden, idealerweise ein (vereidigter) Dolmetscher. Angehörige sind mit der Situation oft überfordert und eignen sich deshalb nur bedingt als Sprachmittler. Der Dolmetscher unterzeichnet in der Aufklärungsdokumentation und bestätigt, dass er wahrheitsgemäß und gewissenhaft übersetzt hat.

Der Wille des Patienten ist im Behandlungsverlauf regelmäßig zu überprüfen. Der aktuelle Wille des einwilligungsfähigen Patienten hat stets Vorrang gegenüber etwaigen Voraussetzungen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung).

Bei einwilligungsunfähigen Patienten, die ihren Willen in einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht niedergelegt haben, muss der behandelnde Arzt prüfen, ob die Feststellungen auf die gegenwärtige konkrete Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, müssen der gesetzliche Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte entsprechend dem niedergelegten Patientenwillen handeln.

Liegt keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor oder treffen die dortigen Feststellungen nicht auf die konkret eingetretene Lebens- und Behandlungssituation zu, muss der (ggfs. noch zu bestellende) gesetzliche Betreuer, der Vorsorgebevollmächtigte oder Ehegattennotvertreter die Behandlungswünsche bzw. den mutmaßlichen Willen des Patienten auf der Grundlage seiner individuellen Wertvorstellungen, Einstellungen und Haltungen feststellen und dem mutmaßlichen Willen Geltung verschaffen (also für den Patienten in eine ärztliche Maßnahme einwilligen oder sie untersagen). Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ist zwingend der Eindruck zu vermeiden, dass der gesetzliche Vertreter allein über die Durchführung oder Unterlassung einer ärztlich-medizinischen Behandlung zu entscheiden hat. Der gesetzliche Vertreter (Vorsorgebevollmächtigte/Ehegattennotvertreter/gesetzliche Betreuer) ist meist medizinischer Laie ohne ausreichende Entscheidungskompetenz in medizinischen Fragen. Die Beurteilung des Für oder Wider einer medizinischen Behandlung obliegt grundsätzlich dem behandelnden Arzt. Der gesetzliche Vertreter wird durch ärztliche Informationsgespräche in den Entscheidungsprozess mit eingebunden, in dem dann die individuellen Vor- und Einstellungen des Patienten erforscht und der mutmaßliche Patientenwille ermittelt wird. Dieser Prozess erfolgt in der neurologischen Frührehabilitation (meist) ohne Zeitdruck in mehreren Gesprächen zwischen dem behandelnden Arzt und dem gesetzlichen Vertreter. Dadurch können Missverständnisse vermieden, Unklarheiten ausgeräumt und in der Regel einvernehmliche Entscheidungen zwischen behandelndem Arzt und gesetzlichem Vertreter getroffen werden.

Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers in eine medizinische Behandlung muss vom Betreuungsgericht genehmigt werden, wenn die Behandlung medizinisch indiziert ist

⁵ Insbesondere vom gesetzlichen Betreuer/Ehegattennotvertreter/Vorsorgebevollmächtigten

und die Gefahr besteht, dass der Patient bei Nichtdurchführung oder Abbruch der Behandlung stirbt oder einen schweren andauernden Gesundheitsschaden erleidet (vgl. § 1829 Abs. 2 BGB). Die Genehmigung ist durch das Betreuungsgericht zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Ablehnung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des betreuten Patienten entspricht (vgl. § 1829, Abs. 3 BGB). Diese Anforderungen gelten auch für einen Vorsorgebevollmächtigten (vgl. § 1829, Abs. 5 BGB).

Die Genehmigung des Betreuungsgerichts zur Durchführung einer medizinischen Behandlung ist nicht notwendig, wenn zwischen dem Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuer und dem behandelnden Arzt Einvernehmen besteht, dass die Einwilligung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem festgestellten Willen des Patienten entsprechen (§ 1829, Abs. 4 BGB). Eine Genehmigung des Betreuungsgerichts ist also nur in Konflikt- und Zweifelsfällen erforderlich, nämlich wenn der Arzt und Vorsorgebevollmächtigte/Ehegattennotvertreter/gesetzliche Betreuer unterschiedliche Auffassungen haben, mehrere gesetzliche Vertreter uneinig sind oder der konkrete Patientenwille unklar ist. **Abbildung 1** beschreibt den Prozess der Ermittlung des Patientenwillens als Grundlage zur Festlegung und Dokumentation einer Therapiezieländerung.

Therapiezieländerung und Reevaluation

Die Therapiezielfindung erfolgt immer auf Grundlage des Patientenwillens (siehe oben) gemeinsam mit dem Patienten und/oder seinem gesetzlichen Vertreter (Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigter/Ehegattennotvertreter). Bei Aufnahme des Patienten in die neurologische Rehabilitation ist davon auszugehen, dass aus Sicht des zuweisenden Arztes ein erreichbares Therapieziel definiert werden kann, bestenfalls ist dieses im ärztlichen Verlegungsbericht benannt. Aufgrund der Schwere der neurologischen Erkrankung und/oder der begleitend bestehenden Multimorbidität des Patienten kann die Rehabilitationsprognose bei Aufnahme in die neurologische Frührehabilitation aber (noch) unklar sein. Nach den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation kann die neurologische Frührehabilitation zunächst auch der Klärung des Rehabilitationspotentials bzw. der Erarbeitung von Rehabilitationsfähigkeit dienen [2]. Ein solcher zeitlich begrenzter „Rehabilitationsversuch“ umfasst in der Regel 6 bis 8 Wochen, sollte mit dem Patienten und/oder seinem gesetzlichen Vertreter vereinbart und mit den konkret zu erreichenden Teilhabe- und Fähigkeitszielen dokumentiert werden.

Bei Aufnahme des Patienten auf die Intensivstation oder eine Station zur Beatmungsentwöhnung (sog. „Weaning-Zentrum“ [19]) in der neurologischen Frührehabilitation ist das Therapieziel zunächst die „Lebenserhaltung“ durch Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen. Im weiteren Behandlungsverlauf wird sich der

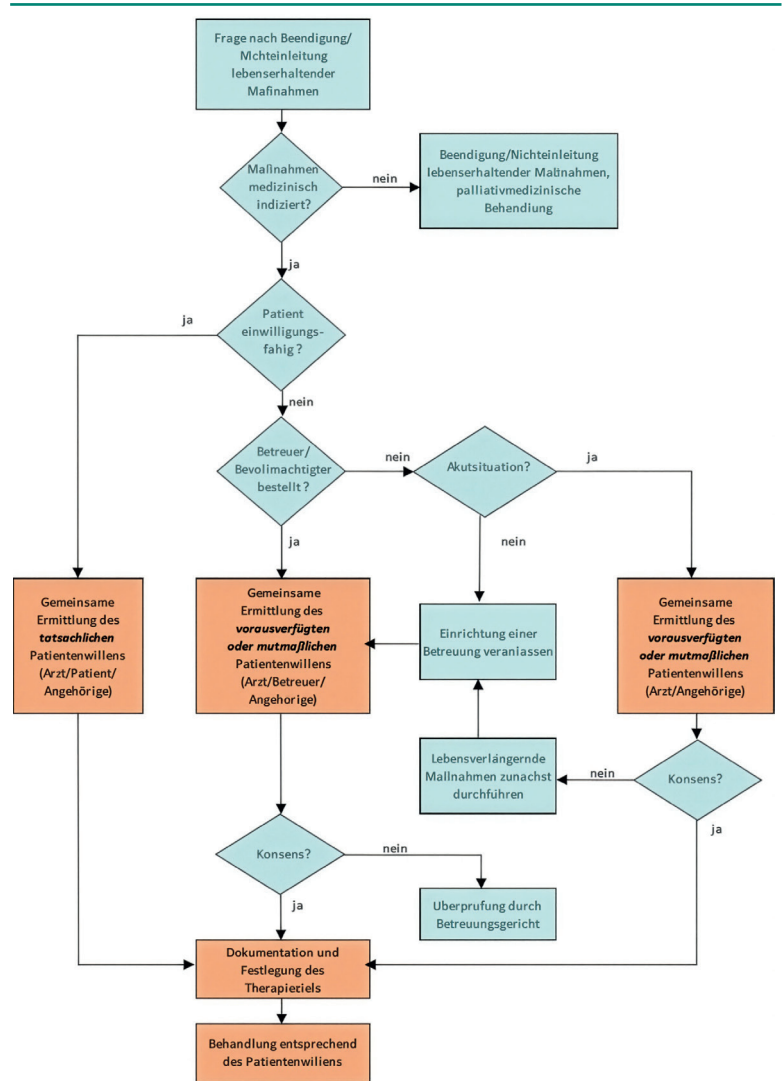


Abb. 1: Algorithmus zur Ermittlung des Patientenwillens bei Therapiezieländerungen, modifiziert nach Jox et al., 2008 [7]

behandelnde Arzt in Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam, bestehend aus Ärzten, Pflegefachkräften und Therapeuten, ein umfassendes Bild des Patienten machen. Neben der medizinisch-fachlichen Einschätzung werden auch und vor allem patientenbezogene, individuelle Faktoren berücksichtigt. Der Patientenwille ist dabei stets „Leitschiene“ jeglicher Behandlungsentscheidung. Die Therapieziele können in der neurologischen Frührehabilitation, die sich der Behandlung schwerst- und schwerkranker Patienten widmet [1, 17], in ihrer Tendenz eher kurativ oder eher palliativ ausgerichtet sein. Dabei bedeutet „palliative Behandlung“ mitnichten, dass keine rehabilitativen Behandlungsziele mehr erreichbar sind. Der Begriff „palliativ“ sollte nicht mit „Sterbebegleitung“ oder dem „Lebensende“ gleichgesetzt werden. Die Therapieziele müssen mit dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter kommuniziert und vereinbart werden. Die Therapieziele sollen glaubhaft erreicht werden können. Der Arzt muss akzeptieren, dass der Patient nicht jedes medizinisch erreichbare Ziel

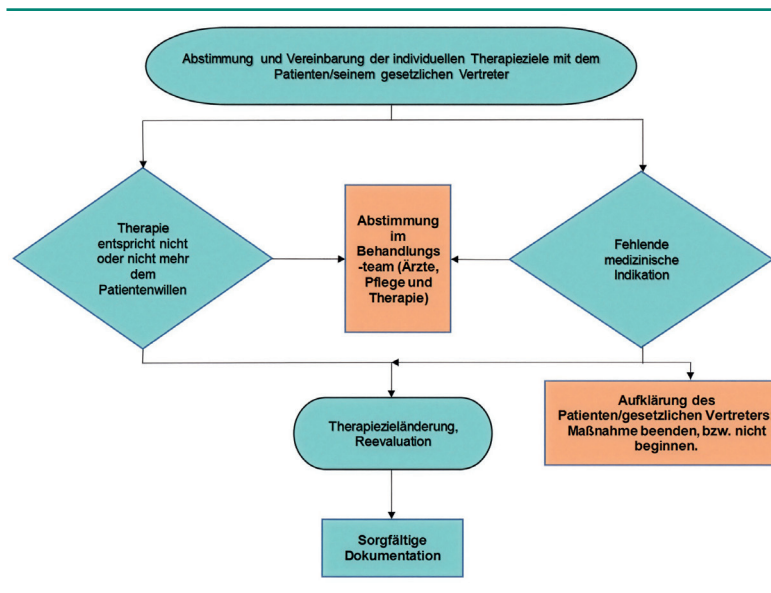


Abb. 2: Überprüfung des Therapieziels

	Verantwortlich ¹	Einzubeziehen ²
Festsetzung des Therapieziels	Ärzt:innen + Patient:innen	Team, Angehörige
Indikationsstellung	Ärzt:innen	Team
Aufklärung	Ärzt:innen	Team, Angehörige
Einwilligung	Patient:innen	Angehörige
Durchführung der Maßnahme	Ärzt:innen + Patient:innen	Team, Angehörige
Überprüfung	Ärzt:innen + Patient:innen	Team, Angehörige

¹ Bei begründeten Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit der Patient:innen ist zusätzlich eine (ggf. gesetzl.) bevollmächtigte stellvertretende Person hinzuzuziehen. Diese Person hat die Aufgabe, die Patient:innen im Prozess der Entscheidungsfindung zu unterstützen und bei Bedarf zu vertreten.
² Sofern medizinisch sinnvoll und von den Patient:innen gewünscht.

Abb. 3: Verantwortlichkeiten im Prozess der Festlegung und Überprüfung des Therapieziels. Abbildung entnommen aus [9]

auch für sich selbst realisieren möchte. Die angestrebten Therapieziele werden dokumentiert und im Behandlungsverlauf regelmäßig überprüft, siehe dazu **Abbildung 2**. Die Verantwortlichkeiten innerhalb des Prozesses der Therapiezielfindung und -änderung ergeben sich aus **Abbildung 3**.

Dokumentation einer Therapiezieländerung

Eine Therapiezieländerung in der neurologischen Frührehabilitation kann bedeuten, dass von zunächst kurativ/rehabilitativen Therapiezielen auf eine palliative Zielsetzung und Begleitung des Patienten gewechselt wird. Insbesondere in Situationen, wenn nach mehrwöchiger Therapie innerhalb des Behandlungsteams absehbar

wird, dass der Patient keine funktionellen Verbesserungen seines neurologischen Syndroms erreicht und etwa im Zustand der nicht responsiven Wachheit oder einem Locked-in-Syndrom zu verbleiben droht. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird innerhalb des Behandlungsteams nicht selten die Frage der „Sinnhaftigkeit“ einer fortgesetzten Therapie aufgeworfen und der behandelnde Arzt beauftragt, den Patientenwillen zu erforschen.

Aus unserer Sicht sollte der Patientenwille, gerade bei schwer- und schwerstbetroffenen Patienten, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, nach ausreichend langer „Kennenlernphase“ von 2–3 Wochen ermittelt werden. Dies nicht im Sinne einer raschen Therapiebegrenzung oder gar eines Therapieabbruchs (ausdrücklich gewarnt sei vor einer sog. „self fulfilling prophecy“ bei unverhältnismäßig zu frühzeitig ungünstiger Prognoseeinschätzung!), sondern um dem Behandlersteam die Grundeinstellungen und persönlichen Lebensperspektiven des Patienten deutlich zu machen und die weiteren Therapien daran ausrichten zu können. Liegt eine schriftlich vom Patienten formulierte Patientenverfügung vor, so stimmen die dort (standardmäßig) formulierten medizinischen Situationen häufig nicht mit der gegenwärtigen konkreten medizinischen Situation des Patienten überein. Dennoch liefert eine Patientenverfügung wichtige Hinweise zu den Einstellungen und Vorstellung des Patienten. Umgekehrt ist aufgrund der nicht selten vielzähligen interkurrenten Akuterkrankungen der Patienten in der neurologischen Frührehabilitation auch der Wechsel von einer palliativen Begleitung mit Therapiebegrenzung zu einer wieder kurativen/rehabilitativen Therapie möglich. Dies geschieht im Behandlungsverlauf mitunter wechselseitig auch mehrfach. Palliative Therapiezieländerungen stehen somit keinesfalls im Widerspruch zum Konzept der neurologischen Frührehabilitation.

Eine Therapiezieländerung ist mit den spezifischen Gründen der Nichterreichbarkeit der vereinbarten medizinischen Behandlungsziele im kurativ/rehabilitativen Bereich vor dem Hintergrund des ermittelten konkreten Patientenwillens zu dokumentieren. Liegt keine Patientenverfügung vor, in der der Patient genau für die bestehende klinische Situation und den daraus abzuleitenden Perspektiven eine Therapiebegrenzung „anordnet“, muss beim nicht entscheidungsfähigen Patienten auf dessen mutmaßlichen Willen abgestellt werden. Dieser ist entweder von einem Vorsorgebevollmächtigten, Ehegattennotvertreter oder einem gesetzlichen Betreuer zu erforschen. In der Praxis gängige ärztliche Formulierungen, wie etwa „wir empfehlen eine Therapiezieländerung“ oder „dem Betreuer wurde eine Therapiezieländerung zur palliativen Behandlung vorgeschlagen“ sind vor diesem Hintergrund missverständlich, forensisch riskant und deshalb zu vermeiden.

Eine palliative Therapiezieländerung bedeutet nicht zwangsläufig einen Therapieabbruch, der unmittelbar zum Tod führt. Ein palliatives Konzept zielt vor allem auf

eine individualisierte symptomlindernde Therapie. Bei schwerstbetroffenen Patienten in der neurologischen Frührehabilitation umfasst diese u. a. die Behandlung von Schmerzen, Angst, vegetativer Symptomatik, Spastik, Myoklonien und von epileptischen Anfällen [23]. Auf der anderen Seite ist der neurologischen Frührehabilitation der Verzicht auf eine Beatmungstherapie, die Beendigung einer bereits begonnenen Beatmungstherapie und die terminale Entfernung der Trachealkanüle ethisch und rechtlich unbedenklich, wenn dies dem fundiert ermittelten und dokumentierten Willen des Patienten entspricht (sog. „Sterben Zulassen“) [13].

BEISPIEL

Über den auf Grundlage des Patientenwillens am DATUM vereinbarten Zeitraum von X Wochen wurde das Patientenziel der Entwöhnung von der invasiven Beatmung nicht erreicht. Auch das vereinbarte Ziel einer alltagsrelevanten Besserung der körperlichen Defizite und größtmöglicher Selbstständigkeit im Alltag (Körperpflege, Ankleiden, Mobilität, Flüssigkeit- und Nahrungszufuhr sowie Haushaltsführung) wurde nicht erreicht. Der Patient ist im 24-Stunden-Ansatz auf komplette Unterstützung durch pflegerisches und therapeutisches Fachpersonal angewiesen. In dieser Situation will der Patient nach glaubhaften Angaben des Ehegattennotvertreters/Vorsorgebevollmächtigten/gesetzlichen Betreuers nicht dauerhaft leben (der Patient will „kein Pflegefall“ sein bzw. kann einen höhergradigen Verlust seiner Autonomie nicht akzeptieren).

Aus fachlich medizinischer Sicht besteht keine realistische Prognose, dass sich der klinisch-neurologische Zustand des Patienten durch fortgesetzte kurative/rehabilitative Maßnahmen bessert, um die vom Patienten geforderten Ziele zu erreichen. Die fachlich-medizinische Prognose wurde in einer interdisziplinären ethischen Fallberatung aller mit dem Patienten arbeitenden Berufsgruppen (Benennung der Teilnehmer mit Namen!) in einer ethischen Fallberatung am DATUM erarbeitet. Das Ergebnis der interdisziplinären ethischen Fallberatung vom DATUM ist wie folgt:

Auf Grundlage des mutmaßlichen/gegenüber dem Ehegattennotvertreter/Vorsorgebevollmächtigten/gesetzlichen Betreuer glaubhaft in der Vergangenheit geäußerten Patientenwillens wurde mit dem Ehegattennotvertreter/Bevollmächtigten/dem Betreuer Therapiebegrenzungen/ein Therapieabbruch vereinbart. Siehe dazu die standardisierte Dokumentation Therapiebegrenzung [10] (Abb. 4).

Dem Ehegattennotvertreter/Vorsorgebevollmächtigten/gesetzlichen Betreuer wurde eine ausreichende Bedenkzeit ermöglicht/ein weiteres Gespräch für abschließende Fragen vereinbart/ein abschließendes Gespräch nach erfolgter Information weiterer Angehöriger/der Familie vereinbart.

Die Vorbereitung der Therapiezieländerung soll im Team mit ausreichender Bedenkzeit, sofern keine akute Notfallsituation ein sofortiges Handeln zwingend erfordert, erfolgen. Die Entscheidung zur Therapiezieländerung mit Therapiebegrenzung/Therapieabbruch ist eine ärztliche, die im interdisziplinären Team getroffen wird. Der Patient und/oder sein gesetzlicher Vertreter sind Laien, die eine solche medizinische Entscheidung nicht treffen können. Dies ist bei der einfühlsam empathischen Vermittlung des Ergebnisses der interdisziplinären ethischen Fallberatung immer zu bedenken. Der Eindruck, dass der Patient und/oder sein gesetzlicher Vertreter eine Entscheidung allein zu treffen hat, ist zwingend zu vermeiden.


Bei einer Therapiezieländerung von kurativ/rehabilitativen zu palliativen Behandlungsinhalten ist zwingend die Überprüfung sämtlicher diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen durchzuführen und zu dokumentieren. Eine zusätzliche Belastung für den Patienten durch medizinisch nicht notwendige Maßnahmen soll vermieden werden. Unter Therapiebegrenzung können folgende Vorgehensweisen fallen:

- p Verzicht auf kurative Maßnahmen
- p Verzicht auf Ausweitung bestehender kurativer Maßnahmen
- p Reduzierung bestehender kurativer Maßnahmen
- p Absetzen bestehender kurativer Maßnahmen
- p Beendigung sämtlicher lebenserhaltender Maßnahmen (Therapieabbruch)

Nochmals sei darauf hingewiesen, dass „palliative“ Behandlung nicht bedeutet, dass keine kurativ/rehabilitativen Behandlungsziele erreichbar sind. Der Begriff „palliativ“ sollte keinesfalls mit „Sterbebegleitung“ oder dem „Lebensende“ gleichgesetzt werden. Die Therapiezielbegrenzung ist möglichst standardisiert zu dokumentieren. Ein auch in der neurologischen Frührehabilitation bewährter Standard zur Dokumentation einer Therapiebegrenzung wurde von der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin erarbeitet [10], **Abbildung 4**.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Therapiebegrenzung regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen ist. Aus unserer Sicht sollte spätestens bei einem Wechsel des Behandlungsteams (Verlegung des Patienten auf eine andere Station, z. B. von der Intensivstation auf die Intermediate Care Station oder Frührehabilitationsstation) die geltenden Therapiebegrenzungen gemeinsam mit dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter überprüft werden. Dies kann mit Datum und Unterschrift des behandelnden Arztes auf dem Standardformular „Dokumentation Therapiebegrenzung“ der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin erfolgen [10]. Nach Autorisierung des Formulars mittels Unterschrift gibt der behandelnde Arzt das Formular an die behandelnde Pflegekraft zur Kenntnisnahme und Unterschrift

Dokumentation Therapiebegrenzung



Datum:

Gültig maximal bis:

(Gültigkeit erlischt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus)

Patientenetikett

❶ Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt*:

<p>Reanimation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> Defibrillation / Kardioversion <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Assist Devices <p>Beatmung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Invasiv <input type="checkbox"/> Nicht-invasiv (Maskenbeatmung) <input type="checkbox"/> Intensivierung der Beatmung <input type="checkbox"/> Lungenersatzverfahren (z.B. ECMO) <p><input type="checkbox"/> Verlegung Intensiv/IMC/andere Klinik</p>	<p>Künstliche Ernährung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enteral (Sondenkost) <input type="checkbox"/> Parenteral <p>Andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antiinfektive Therapie (z. B. Antibiotika) <input type="checkbox"/> Andere Medikamente (unter Besonderheiten benennen) <input type="checkbox"/> Blutprodukte <input type="checkbox"/> Nierenersatzverfahren (z.B. Dialyse) <input type="checkbox"/> Operative / diagnostische Maßnahmen <input type="checkbox"/> Passagerer Schrittmacher <input type="checkbox"/> Weitere: _____
---	---

Besonderheiten:

❷ Grund für die Begrenzung der Maßnahmen

- Medizinische Indikation nicht gegeben**
(Therapie führt wegen schlechter Gesamtprognose nicht zum Erreichen des angestrebten Therapieziels oder Sterbephase hat begonnen)
- Therapiebegrenzung auf Grund des Patientenwillens**
(Aussage kann von Patient/in jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden)

Erläuterung zum Patientenwillen:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patient/in kann eigene Situation erfassen und die Folgen der Therapiebegrenzung verstehen <input type="checkbox"/> Patientenwille wurde durch Betreuer oder Bevollmächtigten zur Geltung gebracht 	<p>Patientenwille gesichert auf Basis von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Behandlungswünschen <input type="checkbox"/> Mutmaßlichem Patientenwillen
---	--

Besonderheiten:

Informationsgespräch erfolgte am: _____

am: _____ am: _____ am: _____	<input type="checkbox"/> mit Patient/in <input type="checkbox"/> mit Betreuer/ Vorsorge-Bevollmächtigtem <input type="checkbox"/> mit Pflegekraft <input type="checkbox"/> mit Angehörigen u. sonstigen Vertrauenspersonen, nämlich: _____
-------------------------------------	--

❸ Autorisierung

[Unterschrift Ärztin/Arzt Name in Druckbuchstaben]

[Zur Kenntnis genommen Unterschrift der/des Pflegenden Name in Druckbuchstaben]

*Die Therapiebegrenzung gilt nur für die oben genannten Maßnahmen. Basisbetreuung sowie palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen werden dadurch nicht eingeschränkt.

Abb. 4: Dokumentation einer Therapiebegrenzung nach Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [10], Download möglich unter <https://www.divi.de/publikationen/alle-publikationen/sektionen/ethik>

weiter. Hiermit wird sichergestellt, dass die behandelnde Pflegekraft von der Therapiebegrenzung im Sinne des Patienten Kenntnis erhält, diese umsetzt und im Schichtdienst an die nachbehandelnde Pflegekraft weitervermittelt. Auf eine sorgfältige Patientenübergabe innerhalb des Pflegeteams ist zu achten. Die Existenz einer Therapiebegrenzung sollte in der individuellen Patientenkurve/den Behandlungsunterlagen kenntlich gemacht werden.

Der behandelnde Oberarzt dokumentiert im ärztlichen Verlauf ausführlich die Gespräche mit dem Patienten, seinem Vorsorgebevollmächtigten, Ehegattennotvertreter oder seinem gesetzlichen Betreuer zur Ermittlung des Patientenwillens, zur Therapiezieländerung, zur Therapiebegrenzung oder zum Therapieabbruch. Der ermittelte Patientenwille, die sorgfältige medizinisch im Behandlungsteam ermittelte eingeschränkte/negative/inaufste kurativ/rehabilitative Prognose, die

dadurch bedingte Unerreichbarkeit der individuellen Behandlungsziele des Patienten und die sich daraus abgeleitete Therapiebegrenzung (konkret welche kurativen Maßnahmen sollen auf Grundlage des Patientenwillens nicht erfolgen/sind medizinisch nicht indiziert?) sind zu dokumentieren. Zur Dokumentation der Therapiebegrenzung eignet sich der Standard „Therapiebegrenzung“ der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [10]. Es ist darauf zu achten, dass das Formular peinlich genau ausgefüllt wird. Dies gilt insbesondere für die Passage unter der Überschrift „Informationsgespräch erfolgt“, da damit nochmals die medizinischen und rechtlichen Grundlagen für eine Therapiezieländerung sowie die transparente Einbindung der Pflege in diesen Schritt nachvollziehbar niedergelegt werden.

Die dem Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuer erteilte Information über die klinische Situation des Patienten und dessen Perspektiven muss aus der Dokumentation zwanglos ableitbar sein. Der fachlich medizinische Sachverhalt muss sorgfältig mit der prognostischen Einschätzung dokumentiert sein (Welche konkrete Erkrankung mit negativer/infauster Prognose liegt vor? Welche konkreten Therapieziele können auf der Grundlage des mutmaßlichen/glaubhaft gegenüber dem Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuer geäußerten/in der Patientenverfügung schriftlich fixierten Patientenwillens nicht erreicht werden?)

Gleiches gilt für die Kommunikation des mutmaßlichen Willens des Patienten gegenüber dem Behandlungsteam.

Eine Therapiezieländerung ist nicht das Ergebnis eines demokratischen Abstimmungsprozesses, sondern kann von dem verantwortlichen Arzt in Ausübung seiner Therapiefreiheit entschieden werden. Allerdings sollte die Entscheidung aus forensischen Gründen (schon zum Selbstschutz!) unbedingt im Behandlungsteam transparent kommuniziert und abgestimmt werden, um die Verantwortung auf mehrere Schultern zu verteilen und dem forensisch gefährlichen Anschein, die Entscheidung wäre von einem Arzt bewusst alleine, heimlich bzw. hinter dem Rücken der Kollegen getroffen worden, von vornherein entgegenzuwirken.⁶

Die nach Ermittlung des Patientenwillens einmal erteilte Zustimmung des Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuers unter-

liegt zwar zeitlich keinem Verfallsdatum. Ändert sich allerdings im weiteren Verlauf die Grundlage für eine Therapiezieländerung, z.B. weil neue Befunde erhoben werden, welche zu einer veränderten Einschätzung der klinischen Situation oder der Prognose führen, muss reevaluiert werden, ob eine bereits einmal erteilte „Zustimmung“ des Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuers in die Palliation inhaltlich noch gilt, oder ob ein weiteres Gespräch erforderlich wird mit dem Ziel, den bereits einmal ermittelten mutmaßlichen Willen zu aktualisieren.

Unmittelbar vor Umsetzung der Therapiezieländerung sollen die Gründe für die Entscheidung nochmals im Einzelnen dokumentiert werden. Dass die hier aufgeführten Befunde exakt und richtig sein müssen, versteht sich von selbst. Insofern wird hier meist eine nochmalige genaue Durchsicht der Behandlungsdokumentation erforderlich sein, vor allem bei längeren medizinischen Aufenthalten und komplexen Krankengeschichten. Mit Einträgen nur nach Erinnerung, nach Gefühl oder gar „ins Blaue hinein“ (im Sinne einer bloßen unsicheren Arbeitsdiagnose) wird der Pflicht zur sorgfältigen Prüfung der medizinischen Grundlagen nicht genüge getan.⁷

Falls symptomlindernde Medikamente verordnet werden sollen, auch wenn diese die Lebenszeit verkürzen, ist die Indikation (z.B. Linderung von Angst, Luftnot, Schmerzen, Unruhe/Agitation) unter Verweis auf die durch die Medikation bedingte Möglichkeit der Lebenszeitverkürzung dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter mitzuteilen und dies und das Einverständnis des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters zu dokumentieren.

Ein Therapieabbruch erfordert auch aus juristischen/strafrechtlichen Gründen ein besonderes Vorgehen. An die an der Indikationsstellung, Kommunikation und Dokumentation eines Behandlungsabbruchs Beteiligten werden grundlegende Anforderungen gestellt. Die Grundsätze wurden durch einen Beschluss des Bundesgerichtshofs präzisiert (BGH 10.11.2010, Az.2 StR 320/10): „...enthalten ... Absicherungen, die den Beteiligten ... Rechts- und Verhaltenssicherheit bieten sollen ... Und die bei der Bestimmung der Grenze einer möglichen Rechtfertigung von kausalen lebensbeendenden Maßnahmen auch für das Strafrecht Wirkung entfalten.“ Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs stellt den von der Verfassung gebotenen Schutz des menschlichen Lebens in den Fokus, der strenge Beweisanforderungen bei einem Behandlungsabbruch erfordert.

⁶ Die erfolgte Abstimmung mit den Kollegen, z.B. im Rahmen einer Visite oder Teambesprechung, muss aus beweisrechtlichen Gründen wiederum exakt dokumentiert werden, und zwar so, dass der Zeitpunkt und die Teilnehmer namentlich nachvollziehbar sind. Formulierungen wie z.B. „im Team besprochen“ sind unzureichend, da hier der Zeitpunkt der Abstimmung, deren Ergebnis und die Teilnehmer an der Besprechung/Visite in einem etwaigen späteren Ermittlungsverfahren oder Strafprozess erfahrungsgemäß nicht mehr zu ermitteln sind und damit etwaiges Entlastungspotenzial für den verantwortlichen Arzt verloren geht.

⁷ Solche Einträge können hier deshalb zum echten Problem werden. Der Dokumentierende sollte den Eintrag immer im Bewusstsein vornehmen, dass die von ihm für eine Therapiezieländerung aufgeführten Gründe gegebenenfalls in einem etwaigen späteren Ermittlungsverfahren oder Strafprozess von einem Sachverständigen überprüft werden können und „halten“ müssen.

Diese strengen Beweisanforderungen beinhalten:

1. Sorgfältige Prüfung der medizinischen Grundlagen und des Patientenwillens
2. Entscheidung ohne zeitlichen Druck
3. Unterstützung des Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreters/gesetzlichen Betreuers bei der Prüfung, ob die Aussagen der Patientenverfügung mit der aktuellen konkreten Situation des Patienten übereinstimmen
4. Enges Zusammenwirken von Arzt und Vorsorgebevollmächtigtem/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuer

In einem rezenten Regensburger Urteil (Az.: Ks 204 Js 22394/23) wurde bemängelt, dass der behandelnde Oberarzt nicht bzw. unzureichend diese strengen Beweisanforderungen umgesetzt habe. So habe es bei einer akuten Verschlechterung des intensivmedizinisch behandelten und beatmeten Patienten nicht ausgereicht, dass eine Therapiezieländerung für den Fall einer solchen Verschlechterung bereits wenige Tage vor dem Ereignis mit den Angehörigen besprochen worden war. Das Gericht forderte, dass im Moment der Verschlechterung vor Einleitung einer Therapiezieländerung nochmals eine ausführliche Unterredung mit den Angehörigen und gesetzlichen Betreuern hätte stattfinden müssen.

Den behandelnden Ärzten ist also dringend anzuraten, im Falle der akuten Umsetzung einer bereits vereinbarten Therapiezieländerung/eines Therapieabbruchs, die in Abstimmung mit dem Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuer an eine Bedingung (z. B. Fehlschlag eines Beatmungsentwöhnungsversuchs) geknüpft war, nochmals mit dem Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuer zur Therapiezieländerung/zum Therapieabbruch Kontakt aufzunehmen, die gegenwärtige medizinische Situation zu schildern, die medizinische Prognose zu erläutern und sich die Therapiezieländerung/den Therapieabbruch auf Grundlage des Patientenwillens bestätigen zu lassen. Konkret soll erläutert werden, dass die Bedingung zur Therapiezieländerung/zum Therapieabbruch nach ärztlicher Einschätzung nun eingetreten ist. Nur eine knappe telefonische Mitteilung, dass „der Patient im Laufe des Tages sterben wird“ ist kommunikativ verfehlt und forensisch unzureichend und gefährlich.

Beendigung einer lebenserhaltenden Beatmungsbehandlung

Der Verzicht auf oder die Beendigung einer bereits begonnenen Beatmungstherapie und die terminale Entfernung der Trachealkanüle sind „ethisch und rechtlich unbedenklich, wenn das Vorgehen dem Patientenwillen entspricht“ [13]. Der Begriff „Sterben Zulassen“ löst die frühere Bezeichnung „passive Sterbehilfe“ zuneh-

mend ab. Medikamentöse Symptomkontrolle von Angst, Luftnot oder vegetativer Entgleisung ist möglich und sinnvoll, auch wenn das mit einer Verkürzung des Sterbeprozesses einhergehen kann. Die Beendigung einer lebenserhaltenden Beatmung ist eine ärztliche Aufgabe [13, 21]. Wichtig ist die sorgfältig (rechtssicher) dokumentierte ärztliche Aufklärung des Patienten und/oder seines Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreters/gesetzlichen Betreuers. Die Verantwortung für die Durchführung liegt beim behandelnden Arzt, soll aber im gesamten Behandlungsteam gemeinsam getragen werden. Dies setzt eine sorgsame Information, wie die Entscheidung zur Beendigung der Beatmung zustande kam, auf Teamebene voraus. Die Entscheidung muss primär durch den (ggf. auch mutmaßlichen) Patientenwillen begründet sein.

Zur Beendigung der Beatmungstherapie werden verschiedene praktische Prozeduren vorgeschlagen [13, 18, 22]: (1) Das sog. „Terminale Weaning“ (compassionate or terminal weaning) mit Extubation oder Atmung am T-Stück nach schrittweiser Reduktion der Beatmung (durch Rücknahme des positiv endexpiratorischen Druckes oder der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration) [18] und (2) die „Terminale Extubation“ (compassionate or terminal extubation) mit Beendigung der Beatmung und Extubation in einem Schritt [22]. Beim Beenden der Beatmung und Extubieren in einem Schritt treten Symptome der akuten Atemnot durch Atemwegsverlegung und Atemanstrengung häufiger auf als beim „Terminalen Weaning“, so dass Opioide oder Sedativa prophylaktisch wegen zu erwartender Symptome oder erst nach Eintritt beeinträchtigender Symptome verabreicht werden müssen [21].

Von der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin wird *keinem* der beiden Verfahren zur Beendigung einer lebenserhaltenden Beatmung der Vorzug gegeben [8]. Wichtig ist, dass zur Linderung von Symptomen neben nichtmedikamentösen Maßnahmen auch Opioide (Linderung von Schmerzen und Atemnot) und Benzodiazepine (Linderung von Agitation und Angst) zum Einsatz kommen können und sollen. Die Verabreichung dieser palliativen Medikamente kann sowohl antizipatorisch (also bei aufgrund des klinischen Verlaufs erwartbaren Symptomen) als auch reaktiv (bei akutem Auftreten von Symptomen) erfolgen.

Nach den Empfehlungen der Leitlinie „Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird die konkrete „technische Durchführung“ der Beendigung einer lebenserhaltenden Beatmung wie folgt beschrieben [13]:

„Zunächst sollte die Anlage eines intravenösen Zugangs erfolgen, der in der Regel mit einem Morphium- und einem Midazolamperfusor bestückt wird. Als Alternative zum Midazolam wird klinisch auch häufig zur Sedierung Propofol eingesetzt. Es wird eine zunächst

niedrige Laufrate der verwendeten Substanzen am Perfusion eingestellt. Anschließend erfolgt eine Bolusgabe von Morphin und Midazolam (oder Propofol), bis der Patient ruhig atmet und entspannt ist oder – bei geringer oder nicht vorhandener Spontanatmungskapazität – eine tiefe Sedierung vorliegt. Anschließend erfolgt die Diskonnektion vom Beatmungsgerät.“

Diese konkrete Empfehlung der Leitlinie „Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie basiert u. a. auf den Erfahrungen mit neuromuskulären Erkrankungen, wie der amyotrophen Lateralsklerose, beschränkt sich aber nicht auf diese [13]. Dieses Vorgehen ist indiziert, wenn aufgrund des klinischen Verlaufs Symptome wie Atemnot, Angst, Unruhe, vegetative Entgleisung etc. bei Beendigung der lebenserhaltenden Beatmung erwartbar sind, unabhängig von der/den zugrundeliegenden Erkrankung(en).

Bei invasiv beatmeten Patienten sollte nach den Empfehlungen der Leitlinie „Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [13] nach der Diskonnektion vom Beatmungsgerät die Trachealkanüle in situ belassen werden. Wird bei nicht beatmeten Patienten eine terminale Entfernung der Trachealkanüle vorgenommen, kommt es oft zum Auftreten akuter Luftnot. Die Anwesenheit eines Arztes und die Bereitschaft zur sofortigen medikamentösen Symptomlinderung ist zwingend erforderlich.

Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer kann bei Sterbenden die Linderung von Leiden so im Vordergrund stehen, dass eine (möglicherweise) dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf [3]. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht. Der Einsatz von Muskelrelaxantien bei der Beendigung einer lebenserhaltenden Beatmung ist unzulässig, denn dieser entspricht der in Deutschland verbotenen sog. aktiven Sterbehilfe [21].

Die Beendigung einer lebenserhaltenden Beatmung ist eine Maßnahme mit ethischer Dimension, die eine große emotionale Belastung für alle Beteiligten sein kann. Ein empathischer und würdevoller Umgang mit dem Patienten, den Angehörigen und anwesenden Teammitgliedern ist von zentraler Bedeutung. Checklisten erleichtern die Berücksichtigung individueller Wünsche und Bedürfnisse wie Abschiedsrituale, psychologischer oder seelsorgerischer Beistand.

Ethische Fallberatung

Ethik-Fallberatungen ermöglichen die Erörterung von Behandlungsfällen unter ethischen Gesichtspunkten. Sie sollen das Behandlungsteam unterstützen, ein vom Patientenwillen getragenes gemeinsames Behandlungskonzept festzulegen. Dabei werden verschiede-

ne Behandlungsoptionen in ihren Konsequenzen und Gründen abgewogen und ethisch bewertet [4].

Bestenfalls ermöglicht die ethische Fallberatung einen Konsens im Behandlungsteam. Das konsentrierte Behandlungskonzept fußt auf dem (ggf. auch mutmaßlichen) Patientenwillen, wird dokumentiert und hat für die Behandler des Patienten einen Empfehlungscharakter. Das bedeutet, der Empfehlung kann, muss aber nicht entsprochen werden. Keinesfalls entbindet die Empfehlung der ethischen Fallberatung den behandelnden Arzt von seiner Verantwortung. In der konsentrierten Empfehlung können verschiedene Behandlungswege bezüglich medizinischer, pflegerischer oder therapeutischer Aspekte dargelegt werden.

Ethik-Fallberatung ist ein Diskurs im Kontext von moralischen und individuellen Wertvorstellungen, soll aber auch rechtliche Vorgaben berücksichtigen. Die am Diskurs Beteiligten genießen Vertrauensschutz. Die Dokumentationen soll so formuliert sein, „dass einerseits wahrheitsgemäß die Ergebnisse der Beratung dargelegt werden, andererseits ein offener und aufrichtiger Beratungsprozess dadurch nicht gefährdet wird“ [4].

Eine ethische Fallberatung kann durch ratsuchende Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Patienten, Vorsorgebevollmächtigte/Ehegattennotvertreter/gesetzliche Betreuer und Angehörige angestoßen werden. Der Einbezug eines externen Fallberaters, der nicht Teil des Behandlungsteams ist, kann sinnvoll sein.

Therapiezieländerungen erfahren durch vorherige Inanspruchnahme einer ethischen Fallberatung eine beachtliche forensische Absicherung. Dies gilt ganz allgemein für jede Therapiezieländerung, aber insbesondere in Grenzbereichen, in denen eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung/zum Therapieabbruch nicht eindeutig ist, Unsicherheit in Prognose- oder Indikationsstellung besteht und der Grundsatz „in dubio pro vita“ zum Tragen kommen kann. Dies gilt vor allem dann, wenn im Behandlungsteam Uneinigkeit über die Entscheidung zur Therapiezieländerung herrschen sollte oder einzelne im Team (z. B. auch Pflegekräfte) diesbezüglich gar Widerstände entwickeln.

Der Ergebnisbericht des ethischen Fallgesprächs soll enthalten [8]:

- p Datum, Ort und Dauer der Beratung,
- p Namen und Funktion der Teilnehmer,
- p ethische Fragestellung(en),
- p aktuelle medizinische, pflegerische und psychosoziale Situation,
- p Einschätzung der Prognose, Überprüfung der Indikation für bestimmte Maßnahmen
- p Wünsche und Wertvorstellungen, erklärter bzw. mutmaßlicher Wille des Patienten,
- p Ergebnis der Beratung (erzielter Konsens oder abweichende Meinungen) einschließlich Begründung,
- p Vorschläge für weiteres Vorgehen, z. B. erneuter begrenzter Therapieversuch („time limited trial“ [6].

Sonderfall: Indikation für Maßnahmen nach ärztlicher Ansicht nicht gegeben – Angehörige/ Vorsorgebevollmächtigte/Ehegattennotvertreter/gesetzliche Betreuer wollen, dass „alles gemacht wird“

Eine solche Situation ist besonders schwierig und bedarf eines behutsamen Vorgehens. Es gilt, Angehörige „nicht gegen sich aufzubringen“ und gleichzeitig die ärztlichen Prinzipien zu verfolgen. Dies erfordert ein einfühlsames Vorgehen, dessen oberstes Ziel es sein muss, Angehörige mit ins Boot zu holen und keinesfalls gegen sie zu entscheiden. Als Strategien hierfür haben sich bewährt:

- keine Entscheidungen unter Zeitdruck
- familiäre Beratung und erneute Gespräche anbieten
- einen zeitlich begrenzten Therapieversuch vorschlagen („time limited trial“) [6]:
Der Einsatz eines zeitlich begrenzten Therapieversuches als eine verbindliche Übereinkunft zwischen dem Behandlungsteam und dem Patienten, bzw. Vorsorgebevollmächtigten/Ehegattennotvertreter/gesetzlichen Betreuer zu einem Behandlungskonzept über einen definierten Zeitraum auf der Intensivstation kann hilfreich sein, um Unsicherheiten zu reduzieren und die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen im Sinne des Patienten besser einordnen und rechtfertigen zu können.
- im ad hoc nicht lösbaren Konfliktfall: das Betreuungsgericht einschalten!

Fazit

Therapiezieländerungen und eine palliativ ausgerichtete Behandlung mit Begrenzung kurativ-rehabilitativer, medizinischer Maßnahmen widersprechen nicht dem Konzept der neurologischen Frührehabilitation. Im Gegenteil, die Zunahme von Krankheitsschwere und Multimorbidität in der neurologischen Frührehabilitation konfrontiert das Behandlungsteam regelhaft mit der Frage der „Sinnhaftigkeit“ fortgesetzt kurativ-rehabilitativ ausgerichteter Maßnahmen.

Grundlage jeder medizinischen Behandlung ist der Wille des Patienten. Es ist Aufgabe des behandelnden Arztes, den Patientenwillen in Zusammenarbeit mit dem gesamten Behandlungsteam, unter Einbezug der gesetzlichen Vertreter des Patienten, sorgsam zu erforschen und zu dokumentieren. Die medizinische Prognoseeinschätzung und der Abgleich der konkreten Behandlungssituation und der daraus abgeleiteten Prognose mit dem Patientenwillen sollte ebenfalls im gesamten Behandlungsteam erfolgen und somit auf „mehrere Schultern“ verteilt werden.

In Konfliktsituationen mit Uneinigkeit über das weitere Vorgehen im Sinne des Patienten, sowohl innerhalb des Behandlerenteams als auch zwischen dem Behandlerenteam und den gesetzlichen Vertretern des Patienten,

sollte eine ethische Fallberatung in Anspruch genommen werden. Auf Grundlage des Patientenwillens ist eine Therapiebegrenzung, aber auch ein Therapieabbruch in der neurologischen Frührehabilitation umsetzbar. Ein Therapieabbruch erfordert – auch und vor allem aus juristisch/strafrechtlichen Gründen – ein besonders sorgfältiges Vorgehen bei Indikationsstellung, Kommunikation und Dokumentation.

Literatur

1. Brocke J, Hartwich M. Therapiezieländerung und Palliativmedizin in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. *Neurol Rehabil* 2016; 22(3): 255–260. doi:10.14624/NR150816.008
2. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schweren Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt, 1995.
3. Bundesärztekammer. Bekanntmachungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 118: 29–30
4. Fahr U, Herrmann A, May AT, Reinhardt-Gilmour A, Winkler EC. Empfehlungen für die Dokumentation von Ethik-Fallberatungen. AG „Ethikberatung im Krankenhaus“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). *Ethik Med* 2011; 23: 155–159. doi: 10.1007/s00481-010-0086-8
5. Hoffmann B, Karbe H, Krusch C et al. Patientencharakteristika in der neurologisch/neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B): Eine multizentrische Erfassung im Jahr 2002 in Deutschland. *Akt Neurol* 2006; 33: 287–296. doi: 10.1055/s-2005-915348
6. Jöbges S, Seidlein AH, Knochel K et al. Zeitlich begrenzter Therapieversuch („time-limited trial“, TL) auf der Intensivstation. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2024; 119: 291–295. doi: 10.1007/s00063-024-01112-4
7. Jox RJ, Hessler HJ, Borasio GD. End-of-life decisions, powers of attorney, and advance directives. *Nervenarzt* 2008; 79(6): 729–737. doi: 10.1007/s00115-008-2451-0
8. Knochel K, Barndt I, Duttge G et al. Behandlung und Begleitung von Erwachsenen am Lebensende auf der Intensivstation: Therapiemaßnahmen und Begleitung am Lebensende. *Anesthesiologie* 2025; 74: 675–682. doi: 10.1007/s00101-025-01570-1
9. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.1, 2020, AWMF-Registernummer: 128/0010L, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 18.03.2026)
10. Neitzke G, Böll B, Burchardi H et al. Dokumentation der Therapiebegrenzung. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2017; 112: 527–530. doi: 10.1007/s00063-017-0321-x
11. Neitzke G, Burchardi H, Duttge G et al. Positionspapier Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016; 111: 486–492. doi:10.1007/s00063-016-0202-8
12. Platz T, Bender A, Dohle C et al. German hospital capacities for prolonged mechanical ventilator weaning in neurorehabilitation – results of a representative survey. *Neurol Res Pract* 2020; 2: 18. doi: 10.1186/s42466-020-00065-12
13. Ploner CJ, Rolke R et al., Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Erkrankungen, S2k-Leitlinie, 2023; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 20.03.2026)
14. Pohl M, Berger K, Ketter G et al. Langzeitverlauf von Patienten der neurologischen Rehabilitation Phase B: Ergebnisse der 6-Jahres-Nachuntersuchung einer Multizenterstudie. *Nervenarzt* 2011; 82: 753–763. doi: 10.1007/s00115-010-3119-0
15. Pohl M, Bertram M, Bucka C et al. Patientenkontext und Rehabilitationsverlauf in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation – ein Vergleich der Jahre 2002 und 2014. *Akt Neurol* 2016; 43: 1–6. doi: 10.1055/s-0042-117711
16. Pohl M, Bertram M, Bucka C et al. Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Ergebnisse einer multizentrischen Erfassung im Jahr 2014 in Deutschland. *Nervenarzt* 2016; 87(6): 634–644. doi: 10.1007/s00115-016-0093-1
17. Pohl M. Neurologische Frührehabilitation. *Neurol Rehabil* 2021; 27(4): 227–231. doi: 10.14624/NR2104003
18. Robert R, Le Gouge A, Kentish-Barnes N et al. Terminal weaning or immediate extubation for withdrawing mechanical ventilation in critically ill patients (the ARREVE observational study). *Intensive Care Med* 2017; 43:

Neurol Rehabil 2026; 32(2): 177–189 | <https://doi.org/10.14624/NR2601003> | © Hippocampus Verlag 2026

Changes in Treatment Goals in Early Neurological Rehabilitation – A Medical and Legal Perspective

D. A. Nowak, C. Scheibl, P. F. Schelling, T. Bein

Abstract

Changes in treatment goals, palliative care, and the support of the dying and their families are essential components of early neurological rehabilitation. These situations present ethical, moral, communicative, and legal challenges not only for the treating physicians but also for the non-medical treatment team. This paper proposes a standardized and transparently documented procedure for changes in treatment goals in early neurological rehabilitation, based on medical and legal perspectives. The procedure is intended to align with the principles of respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice for the affected patient.

Keywords: early neurological rehabilitation, treatment limitation, discontinuation of treatment, palliative care

- 1793–1807. doi: 10.1007/s00134-017-4891
19. Rollnik JD, Adolphsen J, Bauer J et al. Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Weaning-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR) Nervenarzt 2017; 88: 652–674
 20. Schmidt-Wilcke T, Junker FB, Bender A et al. The course of rehabilitation of ventilated and tracheally cannulated patients in neurological-neurosurgical early rehabilitation. Dtsch Arztebl Int 2026; 122: 136–137. doi: 10.3238/arztebl.m2025.0241
 21. Schönhofer B, Geiseler J, Dellweg D et al. Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Prolonged Weaning S2k-Guideline Published by the German Respiratory Society. Pneumologie 2014; 68: 19–75. doi: 10.1055/s-0033-1359038
 22. Schwartz J, Meier S, Simon ST, Michels G. Invasive Beatmungstherapie im Sterbeprozess beenden – Schritt für Schritt. Invasive Mechanical Ventilation Therapy in the Dying Process – Step by Step. Dtsch Med Wochenschr 2020; 145(13): 926–931. doi: 10.1055/a-0944-9670
 23. Wormland B, Nacimiento W, Papadopoulos R et al. Therapiezieländerung und Palliativmedizin beim schweren Schlaganfall. Nervenarzt 2008; 79: 437–443. doi: 10.1007/s00115-007-2404-z

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Dennis Alexander Nowak
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
VITREA Klinik Kipfenberg
Konrad-Regler-Straße 1
D-85110 Kipfenberg
dennis.nowak@vitrea-gesundheit.de



Neuropsychologie über die Lebensspanne

41. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP)

10.–12. September 2026 | Göttingen
www.neuropsychologie-tagung.de

Frühbucherdeadline 30. Mai 2026



UNIKLINIK
KÖLN



GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT
GÖTTINGEN
IN PUBLICA COMMODO
SEIT 1737