



G. Neitzke¹ · B. Böll² · H. Burchardi³ · K. Dannenberg⁴ · G. Duttge⁵ · R. Erchinger⁶ · P. Gretenkort⁷ · C. Hartog^{8,9} · K. Knochel¹⁰ · M. Liebig¹¹ · A. Michalsen¹² · G. Michels² · M. Mohr¹³ · F. Nauck¹⁴ · P. Radke¹⁵ · F. Salomon¹⁶ · H. Stopfkuchen¹⁷ · U. Janssens¹⁸

¹ Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; ² Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; ³ Bovenden, Deutschland; ⁴ Medizinische Klinik, BG Klinikum Bergmannstrost, Halle, Deutschland; ⁵ Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ⁶ Schopp, Deutschland; ⁷ Institut für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Allgemeines Krankenhaus Viersen, Viersen, Deutschland; ⁸ Patienten- und Angehörigenzentrierte Versorgung, Klinik Bavaria Kreischa, Kreischa, Deutschland; ⁹ Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland; ¹⁰ Kinderpalliativzentrum München, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Klinikum der Universität München, München, Deutschland; ¹¹ Medizinische Klinik, Klinikum Görlitz, Görlitz, Deutschland; ¹² Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinik Tett nang, Tett nang, Deutschland; ¹³ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Ev. Diakonie-Krankenhaus, Bremen, Deutschland; ¹⁴ Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; ¹⁵ Klinik für Kardiologie, Schön Klinik Neustadt, Neustadt in Holstein, Deutschland; ¹⁶ Lemgo, Deutschland; ¹⁷ Mainz, Deutschland; ¹⁸ Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital, Eschweiler, Deutschland

Dokumentation der Therapiebegrenzung

Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (doi: [10.1007/s00063-017-0321-x](https://doi.org/10.1007/s00063-017-0321-x)) enthält den Dokumentationsbogen als Word-Dokument. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen im elektronischen Volltextarchiv auf <http://www.springermedizin.de/mk-im> zur Verfügung. Sie finden das Zusatzmaterial am Beitragsende unter Supplementary Material.

Einleitung

Wenn bei der Behandlung eines Patienten¹ Hinweise sichtbar werden oder Diskussionen aufkommen, dass eine Therapiezieländerung sinnvoll oder ge-

¹ Im vorliegenden Text wird zur Verbesserung der Lesbarkeit durchgängig die männliche Form benutzt. Mit dieser Bezeichnung sind Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

wünscht ist, sollte ein strukturiertes Vorgehen zur Verfügung stehen. Das erleichtert es, dem Patientenwillen auch in Notfallsituationen zu entsprechen, im Team fair und kollegial miteinander umzugehen und das wechselseitige Vertrauen zwischen allen Beteiligten zu fördern.

Therapiezielvereinbarungen und -änderungen bei einem Patienten müssen in allen Versorgungsbereichen einer Klinik bekannt sein, da sie vom gesamten behandelnden Team beachtet werden sollen. Die rasch überschaubare Dokumentation der getroffenen Vereinbarungen sorgt für Klarheit in den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen einer Klinik und verhindert die Einleitung bzw. die Fortführung nicht (mehr) indizierter oder nicht (mehr) gewollter Maßnahmen. Der vorgestellte

Dokumentationsbogen (**Abb. 1**) macht Vereinbarungen zur Therapiebegrenzung im klinischen Alltag unmittelbar verfügbar. Die auf dem Bogen dokumentierten Entscheidungen sollen die Ergebnisse eines multiprofessionellen und interdisziplinären Dialogs sein.

Die wesentlichen Entscheidungsgrundlagen sollen in der Krankenakte klar und nachvollziehbar hinterlegt sein. Der Dokumentationsbogen fasst diesen Entscheidungsprozess an zentraler Stelle in übersichtlicher Form zusammen. Er bietet eine verlässliche Entscheidungsgrundlage, sofern keine Anhaltspunkte für eventuelle Veränderungen erkennbar sind. Insoweit entbindet er aber das behandelnde Team nicht von seiner Verantwortung für die zu treffenden Entscheidungen in der konkreten Situation.

Dokumentation Therapiebegrenzung

Datum: Patientenetikett

Gültig maximal bis:
(Gültigkeit erlischt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus)

❶ Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt*:

Reanimation: <input type="checkbox"/> Herzdruckmassage <input type="checkbox"/> Defibrillation / Kardioversion <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Assist Devices	Künstliche Ernährung: <input type="checkbox"/> Enteral (Sondenkost) <input type="checkbox"/> Parenteral
Beatmung: <input type="checkbox"/> Invasiv <input type="checkbox"/> Nicht-invasiv (Maskenbeatmung) <input type="checkbox"/> Intensivierung der Beatmung <input type="checkbox"/> Lungenersatzverfahren (z.B. ECMO)	Andere: <input type="checkbox"/> Antinfektive 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: _____

Verlegung Intensiv/IC/andere Klinik

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:

<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	Patientenwille gesichert auf Basis von: <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Behandlungswünschen <input type="checkbox"/> Mutmaßlichem Patientenwillen
---	--

Besonderheiten: _____

Informationsgespräch erfolgte am: _____ mit Patient/in
 am: _____ mit Betreuer/ Vorsorge-Bevollmächtigtem
 am: _____ mit Pflegekraft
 am: _____ 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.

Fig. 1 ◀ Dokumentationsbogen Therapiebegrenzung

peutischen Optionen eingearbeitet. Dafür bietet der Dokumentationsbogen unter „Weitere“ die Möglichkeit zur Eingabe von Freitext. Darüber hinaus können im Freitextfeld „Besonderheiten“ zusätzliche Differenzierungen vorgenommen werden, die von einer rein dichotomen Bewertung der Optionen („durchführen“ und „nicht durchführen“) abweichen. Hier können z. B. Bedingungen vermerkt werden, die als Voraussetzungen für die genannte Begrenzung erfüllt sein müssen (z. B. bestimmte Blutwerte). In diesem Feld kann z. B. auch das differenzierte Vorgehen bei permanenten Schrittmachersystemen (z. B. Deaktivierung eines implantierbaren Kardioverter/Defibrillators [ICD]) näher beschrieben werden.

Teil 2 ist hingegen vorgegeben, da die medizinische Indikation und der Wille des Patienten Grundvoraussetzungen bei der Begrenzung der Diagnostik und der Therapie sind [2]. Auch hier bietet ein Freitextfeld („Besonderheiten“) die Möglichkeit, die Therapieziel festlegung vor dem Hintergrund der medizinischen Indikation und des Patientenwillens genauer zu beschreiben.

Es wird empfohlen, das vorliegende Dokument an die lokalen Gegebenheiten der jeweiligen Klinik anzupassen, um die getroffenen Entscheidungen klar und nachvollziehbar in Papierform und/oder elektronisch zu dokumentieren. Es sollte Teil der Patientenakte sein und den Patienten durch alle Funktionsbereiche des Krankenhauses begleiten. So kann es von den Beteiligten jederzeit eingesehen und umgesetzt werden. Die Einführung und Anwendung dieses Dokumentationsbogens erfordert eine angemessene Schulung aller ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter.

Die Verlagerung von kurativen zu palliativen Maßnahmen bedeutet in der Regel eine Begrenzung kurativer Maßnahmen oder den Verzicht darauf. Daher trägt das Dokument den Titel „Dokumentation Therapiebegrenzung“. Maßnahmen der Basisbetreuung, z. B. Symptomkontrolle, Pflege und Zuwendung/Begleitung sowie palliativmedizinische und -pflegerische Maßnahmen, werden dadurch nicht eingeschränkt.

Struktur der Dokumentationsvorlage zur Therapiebegrenzung

Die Dokumentationsvorlage besteht aus 3 Teilen:

1. nichtdurchzuführende Maßnahmen,
2. Grund für die Begrenzung von Maßnahmen,
3. Autorisierung und Gültigkeit.

Im Teil 1 können Maßnahmen angekreuzt werden, die vor dem Hintergrund einer fehlenden Indikation und/oder entsprechend dem Patientenwillen nicht (mehr) durchgeführt werden sollen. Alle Maßnahmen, die nicht angekreuzt werden, können also im Bedarfsfall angewendet oder durchgeführt werden. Beispielsweise kann sich der Patientenwille gegen eine invasive Beatmung richten, dennoch lässt er bei entsprechender Indikation eine nichtinvasive Beatmung zu.

In der Formularvorlage sind nicht alle denkbaren diagnostischen und thera-

Teil 1: nicht durchzuführende Maßnahmen

Die Dokumentation stellt sicher, dass auf einen Blick erkennbar ist, welche verfügbaren Maßnahmen nicht ergriffen werden sollen.

Dazu zählen vor allem akut lebenserhaltende Maßnahmen in Notfallsituationen (z. B. Reanimation, Intubation und Beatmung). Eine Entscheidung im Vorfeld vermeidet den Zeitdruck und verhindert eine nicht angemessene Therapieausweitung.

Es können aber auch weniger zeitkritische, potenziell lebensverlängernde Maßnahmen (z. B. künstliche Ernährung) erfasst werden, wenn es als hilfreich erachtet wird, darüber im Vorfeld eine verbindliche Einigung herbeizuführen.

Teil 2: Grund für die Begrenzung von Maßnahmen

Die Durchführung einer Therapiemaßnahme ist nur dann zulässig, wenn da-

Infobox 1 Information

Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Gerald Neitzke, Hilmar Burchardi, Gunnar Duttge, Renate Erchinger, Peter Gretenkort, Christiane Hartog, Kathrin Knochel, Andrej Michalsen, Michael Mohr, Friedemann Nauck, Fred Salomon, Herwig Stopfkuchen und Uwe Janssens

Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Boris Böll, Katrin Dannenberg, Matthias Liebig, Guido Michels, Peter Radke und Uwe Janssens

für sowohl eine medizinische Indikation besteht als auch eine Zustimmung von Seiten des Patienten vorliegt [2].

Die verfügte Therapiebegrenzung wird dadurch begründet und legitimiert, dass die Indikation fehlt (oder eine vorher bestehende erlischt) und/oder der Patient die indizierte Maßnahme ablehnt. Diese Ablehnung kann vom Patienten oder von seinem juristischen Stellvertreter (Bevollmächtigter, Betreuer) ausgesprochen werden. Durch Ankreuzen der entsprechenden Zeile wird also auf einen Blick deutlich, wodurch die Therapiebegrenzung begründet wird:

1. Fehlende Indikation: Die von der Begrenzung betroffenen Maßnahmen sind nicht (mehr) indiziert. Dies bedeutet, dass durch die Behandlungsmaßnahme kein für den Patienten anstrebenwertes Therapieziel mehr erreicht werden kann. Die Indikation soll ebenfalls negiert werden, wenn die Behandlungsmaßnahme keinen medizinischen Nutzen mehr verspricht [2, 3]. Außerdem erlischt in der Sterbephase die Indikation für alle Maßnahmen, die nicht der Symptomlinderung beim Sterbenden dienen. Eine bloße Verlängerung des Sterbeprozesses ist unzulässig [1].

2. Ablehnung durch den Patienten: Wenn die Begrenzung aufgrund des Patientenwillens erfolgt, ist eine weitere Differenzierung erforderlich, damit alle Mitglieder des Behandlungsteams auf einen Blick erkennen, wie die Ablehnung zum Ausdruck gebracht wurde:

- Der einwilligungsfähige Patient kann – nach angemessener Aufklärung

– die angebotene Therapieoption abgelehnt haben. In diesem Fall ist darauf zu achten, dass der Patient versteht, dass er die Behandlungsmaßnahme nicht nur aktuell, sondern auch für zukünftige gesundheitliche Verschlechterungen ablehnt und dass diese Ablehnung jederzeit von ihm widerrufen werden kann.

- Die Ablehnung kann schriftlich als Patientenverfügung vorliegen. Falls der Patient aktuell einwilligungsfähig ist, sollte ein direktes Gespräch über das Ausmaß der gewünschten Therapiebegrenzung geführt werden. Falls der Patient einwilligungsunfähig ist, sollte der Inhalt der Patientenverfügung – sofern diese nicht widerrufen wurde – mit seinem juristischen Stellvertreter (Bevollmächtigter, Betreuer) besprochen werden. Der juristische Stellvertreter hat die gesetzlich festgelegte Aufgabe, den Patientenwillen zur Geltung zu bringen. Die Ablehnung erfolgt durch den juristischen Stellvertreter aufgrund des geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillens. Der geäußerte Patientenwille kann entweder schriftlich als Patientenverfügung oder mündlich als Behandlungswunsch vorliegen und ist damit verbindlich. Der mutmaßliche Wille wird hingegen aus den individuellen Wertvorstellungen, Einstellungen und Haltungen des Patienten abgeleitet [2, 4].

- In akuten Situationen, in denen der Patient einwilligungsunfähig ist und keinen Bevollmächtigten bestimmt hat, treffen die Ärzte bis zur Bestellung eines Betreuers stellvertretend die Entscheidung im Sinne des Patienten. In diesem Fall ist der Patientenwille ebenfalls aufgrund des geäußerten oder mutmaßlichen Willens (s. oben) zu ermitteln.

- Abhängig von der ärztlichen Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit ist entweder der aktuelle oder der vorausverfügte Wille zu beachten. Bei Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit des Patienten ist ein psychiatrisches Konsil empfehlenswert. Dies wird entsprechend dokumentiert.

Des Weiteren wird im 2. Abschnitt festgehalten, wann und mit welchen Bezugspersonen ein Informationsgespräch geführt wurde. Dadurch ist nachvollziehbar, wer über die Therapiebegrenzung und deren Begründung informiert ist. Von zentraler Bedeutung ist an dieser Stelle auch die Einbeziehung der Pflegenden.

Teil 3: Autorisierung und Gültigkeit

Auf dem Dokumentationsbogen wird oben das Datum der Erstellung eingetragen. Die maximale Gültigkeitsdauer der Entscheidungen sollte festgelegt werden. So kann sichergestellt werden, dass die Entscheidungen überprüft und ggf. angepasst werden. Bei Entlassung bzw. hausessexterner Verlegung verliert der Bogen automatisch seine Gültigkeit und müsste bei erneuter stationärer Aufnahme neu ausgefüllt werden.

Der Dokumentationsbogen sollte durch einen Facharzt in leitender oder verantwortlicher Position unterschrieben werden, um Verbindlichkeit zu erlangen. Da die Pflegenden grundlegend an der Umsetzung dieser Entscheidungen beteiligt sind, dokumentieren sie mit ihrer Unterschrift, dass sie die getroffenen Entscheidungen zur Kenntnis genommen haben und entsprechend im Pfllegeteam kommunizieren werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Janssens

Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital Dechant-Decker-Str. 8, 52249 Eschweiler, Deutschland
uwe.janssens@sah-eschweiler.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Neitzke, B. Böll, H. Burchardi, K. Dannenberg, G. Duttge, R. Erchinger, P. Gretenkort, C. Hartog, K. Knochel, M. Liebig, A. Michalsen, G. Michels, M. Mohr, F. Nauck, P. Radke, F. Salomon, H. Stopfkuchen und U. Janssens geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 108:A346–A348
2. Janssens U, Burchardi N, Duttge G et al (2012) Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Dtsch Interdiszip Ver Intensiv Notfallmed 3:103–107
3. Indikation NG (2014) fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Med Klin Intensivmed Notfmed 109:8–12
4. Neitzke G, Burchardi H, Duttge G et al (2016) Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed 111:486–492