



# Therapiezieländerung bei schwerkranken Patientinnen und Patienten und Umgang mit Patientenverfügungen

Eine Empfehlung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen in Südtirol

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	3
2. Ethische Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen .....	3
3. Nutzlosigkeit medizinischer Maßnahmen.....	5
4. Stellvertretende Entscheidung.....	5
4.1 Ist der Patient einwilligungsfähig? .....	5
4.2 Wer soll stellvertretend entscheiden.....	6
4.3 Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren? .....	6
4.4 Zur Rolle der Angehörigen bei der Entscheidungsfindung.....	8
5. Konflikte zwischen Wille und Wohlergehen des Patienten .....	9
6. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr .....	10
7. Entscheidung im Team, klinische Ethikberatung.....	11
8. Dokumentation .....	12
9. Literatur .....	12

**Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wurde in dieser Broschüre auf die sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter verzichtet. Wir bitten die Leserinnen um Verständnis.**

## Impressum

Autonome Provinz Bozen Südtirol – 2020 (überarbeitete Auflage)

Ressort für Gesundheit, Breitband und Genossenschaften [www.provinz.bz.it/gesundheits-leben](http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben)



Die Broschüre kann beim Sekretariat des Landesethikkomitees angefordert oder im Internet im Bereich „Ethik und Gesundheit“ auf unserer Homepage [www.provinz.bz.it](http://www.provinz.bz.it) heruntergeladen werden.

## Sekretariat des Landesethikkomitees

Evi Schenk

Kanonikus M. Gamper-Straße, 1

39100 Bozen

Tel. 0471 418 155

[evi.schenk@provinz.bz.it](mailto:evi.schenk@provinz.bz.it) | [gesundheitsordnung@provinz.bz.it](mailto:gesundheitsordnung@provinz.bz.it)

## Arbeitsgruppe

Massimo Bernardo, Carlo Casonato, Maria Vittoria Habicher, Herbert Heidegger, Thomas Lanthaler, Martin Lintner, Georg Marckmann, Evi Schenk, Marta Tomasi, Anita Tscholl, Marta von Wohlgemuth, Brigitte Innitzer von Lutterotti, Andreas von Lutterotti, Oswald Mair, Oswald Mayr, Inge Müller, Robert Peer, Irmgard Spiess, Günther Rederlechner, Marta Von Wohlgemuth

**Fachliche Beratung und Redaktion** Univ.-Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

**Grafik & Layout** [www.obkircher.com](http://www.obkircher.com) | T 0471 614 103

**Druck** Landesdruckerei

## 1. Einleitung

Der medizinische Fortschritt hat die Möglichkeiten zur Krankheitsbehandlung und Lebensverlängerung erheblich erweitert und bedeutet für viele schwerstkranke Patienten eine große Chance. Wenn die Behandlungsmaßnahmen aber nur den Sterbeprozess und das damit verbundene Leiden verlängern, möchten viele Patienten nicht mehr alle lebensverlängernden Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen. Die vorliegenden Empfehlungen des Landesethikkomitees Südtirol sollen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen eine Orientierung bieten für die Entscheidung, wann das Therapieziel von der Lebensverlängerung hin zu einer ausschließlichen Leidenslinderung mit Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen geändert werden soll.<sup>1</sup> Da viele schwerkranke Patienten in der letzten Lebensphase nicht mehr selbst entscheiden können, erläutern diese Empfehlungen, wie dann eine stellvertretende Entscheidung getroffen werden kann. Insbesondere wird thematisiert, wie dabei eine vorliegende Patientenverfügung angemessen berücksichtigt werden kann.

## 2. Ethische Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen

Die Frage der Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen steht in engem Zusammenhang mit der allgemeineren Frage, unter welchen Bedingungen es überhaupt ethisch – wie auch rechtlich – zulässig ist, eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme bei einem Patienten durchzuführen. Rechtfertigungsbedürftig ist nämlich nicht erst der Abbruch, sondern bereits die Durchführung einer medizinischen Maßnahme. Drei Bedingungen sind hier zu nennen: (1) Die Maßnahme muss medizinisch indiziert sein: Sie sollte dem Patienten insgesamt mehr nutzen als schaden. (2) Der Patient muss nach entsprechender Aufklärung in die Durchführung der Maßnahme eingewilligt haben (Grundsatz des *informed consent*). (3) Die Maßnahme muss „lege artis“, d.h. dem aktuellen medizinischen Wissens- und Methodenstand entsprechend ausgeführt werden.

### ***Ethische Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen:***

- 1. Nutzen für den Patienten („medizinische Indikation“)***
- 2. Einwilligung des Patienten nach Aufklärung („informiertes Einverständnis“)***
- 3. Durchführung „lege artis“***

---

<sup>1</sup> Die vorliegende Text orientiert sich an einer Empfehlung zur Begrenzung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen, die unter Federführung von Prof. Dr. Georg Marckmann für das Universitätsklinikum Tübingen entwickelt und in leicht veränderter Form veröffentlicht wurde (Marckmann et al. 2010).

Die italienische Rechtsordnung anerkennt den *Informed Consent* (Einwilligung des aufgeklärten Patienten, *consenso informato*) als einen der Menschenwürde innewohnenden Grundsatz. Wie auch der Verfassungsgerichtshof bestätigt hat, stellt der *Informed Consent* heute

**„ein wahres und tatsächliches Recht der Person dar**, das auf den in Art. 2 der Verfassung enthaltenen Grundsätzen, die dem Schutz und der Förderung der Person dienen, sowie auf den Grundsätzen der Artikel 13 und 32 der Verfassung beruht, aus denen hervorgeht, dass „die Freiheit der Person unverletzlich ist“ und dass „niemand, außer durch eine gesetzliche Verfügung, zu einer bestimmten medizinischen Heilbehandlung gezwungen werden kann“ (italienischer Verfassungsgerichtshof, Urteil Nr. 438 vom 23. Dezember 2008).

Der verfassungsrechtliche Rahmen wurde mit dem Gesetz vom 22. Dezember 2017 Nr. 219 mit dem Titel „Bestimmungen zur informierten Einwilligung und zu den Patientenverfügungen“ konkretisiert, Insbesondere Art. 1 des Gesetzes bekräftigt

„... und legt fest, dass außer in den gesetzlich ausdrücklich vorgesehenen Fällen keine medizinische Behandlung ohne freie und informierte Einwilligung der betroffenen Person begonnen oder weitergeführt werden darf.“<sup>2</sup>

Auf eine medizinische Maßnahme ist zu verzichten, wenn mindestens eine der ersten beiden Voraussetzungen *nicht* erfüllt ist: Wenn die Maßnahme für den Patienten keinen Nutzen (oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen) bietet oder wenn der Patient die Einwilligung in die Durchführung der Maßnahme verweigert. Probleme ergeben sich in der Praxis insbesondere bei der Bestimmung der Nutzlosigkeit (hat der Patient noch einen Nutzen von einer weiteren Lebensverlängerung? → Abschnitt 3) und bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten (wie kann man stellvertretend für den Patienten entscheiden? → Abschnitt 4).

***Medizinische Maßnahmen sind zu unterlassen oder abubrechen, wenn sie dem Patienten keinen Nutzen mehr bieten oder seinem Willen widersprechen.***

---

2 Die Freiwilligkeit der medizinischen Behandlungen ist außerdem aus einer Reihe anderer Rechtsquellen abzuleiten: Von internationalen Abkommen (siehe die Konvention von Oviedo, die allerdings in Italien noch nicht ratifiziert wurde) bis zum europäischen Recht (Charta der Grundrechte der Europäischen Union; in Kraft seit Dezember 2009), von der nationalen Gesetzgebung (Gesetze 833 und 180 von 1978) bis zum ärztlichen Ehrenkodex (überarbeitete Fassung 2006), und bis zur Anerkennung in der Rechtsprechung des Kassationsgerichtshofs (sowohl auf zivilrechtlicher Ebene, als auch, in eingeschränkter Form, im strafrechtlichen Rahmen).

### **3. Nutzlosigkeit medizinischer Maßnahmen**

Zunächst ist zwischen Wirksamkeit und Nutzen einer medizinischen Maßnahme zu unterscheiden. Allgemein ist eine Maßnahme wirksam, wenn sie den beabsichtigten Effekt beim Patienten erzielt. Diese Wirkung hat aber nur dann einen Nutzen für den Patienten, wenn damit ein für den Patienten erstrebenswertes Behandlungsziel („Nutzen wofür?“) erreicht werden kann. Eine assistierte Beatmung kann z.B. physiologisch wirksam sein, indem sie das Blut des Patienten ausreichend oxygeniert, hat aber für den Patienten möglicherweise keinen Nutzen mehr, wenn dieser das Bewusstsein irreversibel verloren hat. Für die Frage der Therapiebegrenzung ist nicht die Wirksamkeit, sondern allein der Nutzen der Maßnahme entscheidend. Ärzte sind nicht verpflichtet, eine physiologische Wirkung im Körper eines Patienten zu erzielen.

In der Regel setzt der Nutzen aber die Wirksamkeit voraus. Insofern sollte der Arzt zunächst prüfen, ob sich das angestrebte Behandlungsziel mit der medizinischen Maßnahme auch erreichen lässt. Eine einseitige ärztliche Entscheidung zum Verzicht auf wirkungslose Maßnahmen ist nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten. Ob die erreichbaren Behandlungsziele auch erstrebenswert sind, sollte der Patient auf der Grundlage seiner individuellen Wertmaßstäben und Präferenzen nach Möglichkeit hingegen selbst entscheiden. Wie die Patientenpräferenzen zu berücksichtigen sind, wenn der Patient sich nicht mehr selbst äußern kann, erläutert der folgende Abschnitt 4.

Lässt sich der Nutzen einer Behandlung noch nicht abschätzen, sollte man die Behandlung zunächst beginnen und dann nach einer gewissen Beobachtungszeit den Nutzen erneut überprüfen.

Gemäß Art. 2, Abs. 2 des Gesetzes Nr. 219/2017 „Bei Patienten mit infauster Prognose, die mit baldigem Tod rechnen müssen oder deren Tod kurz bevorsteht, muss der Arzt darauf verzichten, vernunftwidrig auf Kuren und unnötige oder unverhältnismäßige Behandlungen zu beharren“.

### **4. Stellvertretende Entscheidung**

#### **4.1 Ist der Patient einwilligungsfähig?**

Ob ein Patient einwilligungsfähig ist, muss der behandelnde Arzt feststellen. Allgemein ist ein Patient dann einwilligungsfähig, wenn er die erforderliche Einsichtsfähigkeit besitzt, um Art und Folgen seiner Erkrankung sowie die Vor- und Nachteile möglicher Therapien zu erfassen und eine Entscheidung nach seinen individuellen Wertmaßstäben zu treffen. Die Einwilligungsfähigkeit (Zurechnungsfähigkeit) ist von der Geschäftsfähigkeit zu unterscheiden: Ein nicht mehr geschäftsfähiger Patient kann im Hinblick auf bestimmte Behandlungsentscheidungen durchaus noch einwilligungsfähig sein. Auch Minderjährige können einwilligungsfähig sein, wenn sie in der Lage sind, die Tragweite und Bedeutung des medizinischen Eingriffs einzuschätzen. Je größer die Tragweite der anstehenden Entscheidung ist, desto höher sind die Anforderungen an die Einsichtsfähigkeit des Patienten. Wenn ein Patient nicht einwilligungsfähig ist, ergeben sich zwei Fragen: (1) Wer soll stellvertretend für den Patient entscheiden?

(→ Abschnitt 4.2) (2) Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?

(→ Abschnitt 4.3)

## 4.2 Wer soll stellvertretend entscheiden?

Das Gesetz Nr. 219/2017 hat die Figur der Vertrauensperson (Art. 4), einer vom Patienten angegebenen Person mit dem Ziel eingeführt, ihn zu ersetzen und in der Beziehung zum Arzt und den Gesundheitseinrichtungen gegenüber zu vertreten. Die Vertrauensperson muss erwachsen und zurechnungsfähig sein, kann entscheiden den Auftrag anzunehmen oder darauf zu verzichten und ihre Ernennung kann jederzeit widerrufen werden. Das Gesetz sieht weiters vor, dass „bei Bedarf das Vormundschaftsgericht einen Sachwalter ernennt“ (Art. 4, Abs. 4).

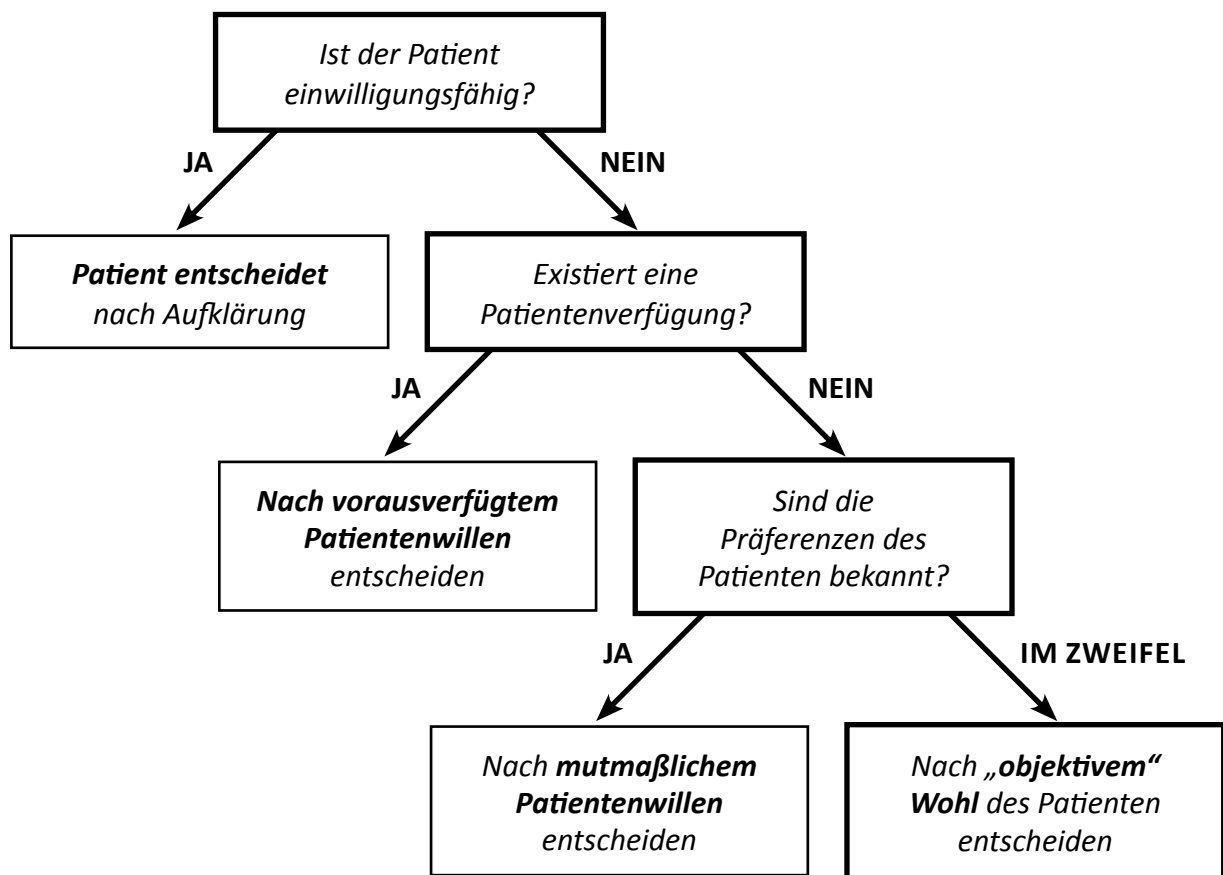
In jedem Fall müssen die Stellvertreter des Patienten allgemein und insbesondere diese ggf. ernannten gesetzlichen Vertreter den Willen des Kranken ausdrücken; dem Recht zufolge entscheidet der Vertreter „...weder „an Stelle“ des Handlungsunfähigen noch „für“ den Handlungsunfähigen, sondern „mit“ dem Handlungsunfähigen: also, indem der mutmaßliche Wille des bewusstlosen Patienten rekonstruiert wird... indem die von ihm vor dem Verlust des Bewusstseins geäußerten Wünsche berücksichtigt werden, bzw. jener Wille, der von seiner Persönlichkeit, seinem Lebensstil, seinen Neigungen, seinen Bezugswerten und seinen ethischen, religiösen, kulturellen und philosophischen Überzeugungen abzuleiten ist“ (Urteil der Ersten Zivilsektion des Kassationsgerichtshofs Nr. 21748 des 16.10.2007).

## 4.3 Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?

Das Selbstbestimmungsrecht ist ein verfassungsrechtlich geschütztes Grundrecht jedes Menschen. Dies beinhaltet auch das Recht, über die Durchführung medizinischer Maßnahmen zu entscheiden: Keine diagnostische oder therapeutische Maßnahme darf folglich gegen den Willen eines Patienten durchgeführt werden. Auch wenn die Patienten nicht mehr selbst entscheiden können, verlieren sie ihr Selbstbestimmungsrecht nicht: Die Behandlungsentscheidungen müssen sich weiterhin an den individuellen Präferenzen und Wünschen des Patienten orientieren.

Die Berufsordnung für Ärzte (*Codex Deontologicus*) gibt entsprechend vor: „Ist der Patient nicht in der Lage, seinen Willen zu äußern, muss sich der Arzt bei seinen Entscheidungen an frühere, sicher nachweisbare Äußerungen des Patienten halten.“ (Art. 38, Übersetzung der Südtiroler Ärzte- und Zahnärztekammer). Im Ehrenkodex des Krankenpflegepersonals wird hinzugefügt, dass „die Krankenschwester/der Krankenpfleger in Fällen, in denen der betreute Patient nicht in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken, dem zu entsprechen hat, was die/der Betroffene zuvor klar und in dokumentierter Form ausgedrückt hat“.

Für die stellvertretende Entscheidung ist ein **mehrstufiges Vorgehen** geboten (vgl. Abbildung 1): (1) Zunächst sind die in einer *Patientenverfügung* vorab schriftlich festgelegten Wünsche des Patienten zu berücksichtigen, soweit sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Hilfsweise sind auch *mündlich geäußerte Behandlungswünsche* zu berücksichtigen. (2) Wenn keine Patientenverfügung und keine mündlich geäußerten Patientenwünsche vorliegen, ist eine Entscheidung nach dem *mutmaßlichen Patientenwillen* zu treffen. (3) Falls sich dafür keine Anhaltspunkte z.B. durch die Befragung von Angehörigen (Abschnitt 4.4) finden, kann sich die Entscheidung nur an allgemeinen Wertvorstellungen, d.h. am „*objektiven Wohl*“ des Patienten orientieren.



**Abbildung 1:** Mehrstufiges Vorgehen bei fehlender Einwilligungsfähigkeit (Marckmann et al. 2010)

### Vorausverfügter Patientenwille (Patientenverfügung)

In einer Patientenverfügung kann eine einwilligungsfähige Person für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit vorab schriftlich festlegen, ob und in welchem Umfang sie in einer bestimmten Krankheitssituation behandelt werden möchte. Der in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Wille ist für den Arzt verbindlich, sofern er auf die aktuell vorliegende medizinische Situation des Patienten zutrifft und es keinen *konkreten* Hinweis auf eine Meinungsänderung des Patienten gibt.

Eine Regelung der Patientenverfügungen wurde durch das Gesetz Nr. 219/2017 eingeführt. Art. 4 besagt „Jede volljährige und zurechnungsfähige Person kann für den Fall, dass sie in Zukunft nicht mehr fähig ist, selbst zu entscheiden, mit der Patientenverfügung ihren Willen in Bezug auf medizinische Behandlungen äußern sowie ihre Einwilligung oder Ablehnung zu diagnostischen Untersuchungen oder zur Therapiewahl und zu einzelnen medizinischen Behandlungen geben, nachdem sie vom Arzt zweckdienliche Informationen über die Folgen ihrer Entscheidung erhalten hat“ und eine Vertrauensperson benennen.

Die Patientenverfügung muss dabei keine besondere Form haben: sie kann aus einem ausgefüllten Formular bestehen oder frei formuliert sein. Hinweise zur Erstellung einer Patientenverfügung mit Textbausteinen und einem Formular findet sich in der Broschüre „Gesundheitliche Vorsorgeplanung – Patientenverfügung“ des Landesethikkomitees. Eine regelmäßige Aktualisierung der Patientenverfügung ist sinnvoll, für die Verbindlichkeit aber unerheblich.

Bei der Abfassung einer Patientenverfügung sollte man sich von einem Arzt seines Vertrauens beraten zu lassen (am besten der Hausarzt), um Inhalt und Tragweite der Verfügungen besser zu verstehen. Diese Beratung sollte auf der Patientenverfügung durch die Unterschrift des Arztes dokumentiert werden. Ein einwilligungsfähiger Patient kann seine Patientenverfügung jederzeit auch mündlich widerrufen. In jedem Fall empfiehlt es sich, dies zu dokumentieren (→ Abschnitt 6).

Wenn keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt oder diese nicht auf die aktuelle medizinische Situation zutrifft, sind die Vertrauensperson, Angehörigen oder andere nahestehende Personen danach zu befragen, ob sich der Patient früher einmal mündlich zu der vorliegenden medizinischen Situation geäußert hat. In diesem Fall ist nach den zuvor *mündlich* geäußerten Behandlungswünschen des Patienten zu entscheiden.

### **Mutmaßlicher Patientenwille**

Wenn sich der Patient nie zu der vorliegenden Situation geäußert hat, muss sich die Entscheidungen am *mutmaßlichen* Patientenwillen orientieren. Dabei überlegt man auf der Grundlage der persönlichen Werthaltung und Lebenseinstellung des Patienten, wie dieser in der vorliegenden Situation wohl selbst entscheiden würde, wenn er dazu in der Lage wäre. Hierzu sind Gespräche mit Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen erforderlich, auch eine Patientenverfügung, die nicht auf die aktuelle Situation zutrifft, kann Hinweise auf die Wertvorstellungen des Patienten liefern. Da der Wille des Patienten aber nur „vermutet“ werden kann, ist er mit einer erhöhten Irrtumsgefahr verbunden und dem in einer Patientenverfügung schriftlich erklärten Willen untergeordnet.

### **Objektives Wohl des Patienten**

Falls die Präferenzen des Patienten nicht oder nicht sicher zu ermitteln sind, muss man bei der Entscheidung über lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen auf allgemeine Wertvorstellungen zurückgreifen und sich am „objektiven Wohl“ des Patienten orientieren. Auf der Grundlage einer sorgfältigen Abschätzung von Nutzen und Risiken gilt es abzuwägen, ob die Fortsetzung der lebensverlängernden Maßnahmen noch im Interesse des betroffenen Patienten ist.

#### ***Orientierungspunkte bei der stellvertretenden Entscheidung:***

- 1. Schriftlich vorausverfügter Patientenwille (Patientenverfügung), mündlich geäußerte Behandlungswünsche***
- 2. Mutmaßlicher Patientenwille***
- 3. Objektives Wohl des Patienten***

#### **4.4 Zur Rolle der Angehörigen bei der Entscheidungsfindung**

Bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten wird man in der Regel Angehörige oder andere nahestehende Personen in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Diese sollten aber nicht selbst die Entscheidung treffen, sondern Informationen über frühere Äußerungen, Überzeugungen und Werthaltungen des Patienten liefern, die die Interpretation einer Patientenverfügung erleichtern oder aus denen sich der mutmaßliche Wille des Patienten rekonstruieren lässt. Ob die lebensverlängernden Maßnahmen dann fortgesetzt oder abgebrochen werden, bleibt in der Verantwortung des Arztes, der die Entscheidung über die medizinisch indizierte



Maßnahme nach Erörterung mit dem gesetzlichen Vertreter und/oder den Angehörigen nach Maßgabe des in der Patientenverfügung vorausverfügten oder des mutmaßlichen Patientenwillen trifft. Dabei ist im Gespräch mit dem gesetzlichen Vertreter und den Angehörigen nach Möglichkeit eine einvernehmliche Entscheidung anzustreben, die von allen Beteiligten mitgetragen werden kann.

## **5. Konflikte zwischen Wille und Wohlergehen des Patienten**

Bei der Therapieverweigerung ist in diesem Konfliktfall eine klare Abwägung vorgegeben: Der Wille des Patienten hat Vorrang vor seinem Wohl. Der entscheidungsfähige und vollständig aufgeklärte Patient hat also das Recht, auch eine für ihn nützliche oder lebensrettende Behandlung abzulehnen. Im Einzelfall stellt sich aber dennoch häufig die Frage, mit welcher Intensität man versuchen soll, den Patienten von der Nützlichkeit der infrage stehenden Maßnahmen zu überzeugen. Je größer der zu erwartende Nutzen für den Patienten durch die abgelehnte Behandlungsmaßnahme wäre, desto sorgfältiger sollte man überprüfen, ob es sich tatsächlich um eine wohlüberlegte, durch klare Präferenzen begründete Entscheidung des Patienten handelt. Zunächst gilt es sicher zu stellen, dass der Patient seine Situation richtig versteht und in der Lage ist, eine informierte Entscheidung zu fällen. Man sollte versuchen, sich in die Perspektive des Patienten hineinzusetzen um zu ergründen, was ihn in seiner Situation am meisten bewegt, welche Sorgen, Ängste und Befürchtungen hinter der Therapieverweigerung stehen. So lassen sich am ehesten die eigenen Überlegungen des Patienten unterstützen. Möglicherweise lässt sich der Patient von den Vorteilen der Therapie überzeugen. Bei Verdacht auf eine Depression ist es sinnvoll, ein psychiatrisches Konsil einzuholen. Sofern sich keine Einigung erzielen lässt, sollte man die Entscheidung des Patienten respektieren, ihn auf seinem Weg begleiten und ihn auffordern, bei Rückfragen oder einer Meinungsänderung auch bei weiter fortgeschrittener Erkrankung wieder Kontakt mit seinem Arzt aufzunehmen.

Manchmal tritt aber auch die entgegengesetzte Konfliktsituation auf, wenn ein Patient auf der Durchführung einer nach ärztlichem Ermessen nutzlosen Maßnahme besteht. Da das Selbstbestimmungsrecht des Patienten keinen Anspruch auf die Durchführung nutzloser medizinischer Maßnahmen umfasst, ist der Arzt nicht verpflichtet, die gewünschte Maßnahme durchzuführen. Aber auch in diesem Fall erscheint es sinnvoll, sich zunächst in die Sichtweise des Patienten hineinzudenken und seine Erwartungen an die Behandlung zu klären. Man sollte dann den Patienten noch einmal sehr gründlich über die gewünschte Maßnahme informieren, Chancen und Risiken vor dem Hintergrund seiner persönlichen Wertüberzeugungen bewerten und versuchen, ein für alle Beteiligten akzeptables Vorgehen auszuhandeln. In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, eine zweite Meinung einzuholen: Dies kann sowohl für das Team als auch für den Patienten neue Gesichtspunkte ergeben oder aber auch dem Patienten helfen, die professionelle Einschätzung seiner Situation zu akzeptieren. Bei ganz eindeutig nutzlosen oder sehr risikoreichen Maßnahmen kann es gerechtfertigt oder gar geboten sein, die vom Patienten – oder auch von einem Vorsorgebevollmächtigten, Betreuer oder Angehörigen – gewünschte Maßnahme nach entsprechenden Gesprächen nicht durchzuführen. Der Verzicht auf weitere, häufig nebenwirkungsreiche lebensverlängernde Maßnahmen bietet dabei auch Chancen für die Patienten, da er es ihnen oft ermöglicht, die verbleibende Zeit vor dem Tod in einer besseren Lebensqualität zu verbringen.

**Praxisempfehlungen bei Konflikten mit dem Patientenwillen:**

- **Sich in die Perspektive des Patienten hineinversetzen**
- **Erwartungen und Befürchtungen des Patienten ermitteln**
- **Psychosoziale Probleme berücksichtigen**
- **Patient sorgfältig über die Maßnahmen informieren**
- **Nutzen und Risiken der Maßnahmen anhand der Wertvorstellungen des Patienten bewerten**
- **Entscheidungsprozess des Patienten unterstützen**
- **Evtl. eine Zweitmeinung einholen**

## **6. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr**

In der ethischen Diskussion hat sich mittlerweile die Auffassung durchgesetzt, dass auch die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über eine Sonde als eine medizinische Behandlungsmaßnahme anzusehen ist, die wie alle anderen medizinischen Maßnahmen der Rechtfertigung durch die medizinische Indikation und den Patientenwillen bedarf (→ Abschnitt 2). Auf eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ist folglich zu verzichten, wenn diese dem Patienten keinen Nutzen (oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen) bietet oder wenn sie dem aktuellen, zuvor erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen widerspricht.

Auch aus rechtlicher Sicht bilden künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr keine Ausnahme.

*„Im Sinne dieses Gesetzes gelten die künstliche Ernährung und die künstliche Flüssigkeitszufuhr als medizinische Behandlungen, da es sich um die Verabreichung von Nahrung mithilfe medizinischer Vorrichtungen auf ärztliche Anweisung hin handelt. Lehnt der Patient lebenswichtige medizinische Behandlungen ab oder verzichtet er darauf, so zeigt der Arzt ihm oder, mit seinem Einverständnis, den Angehörigen die Folgen dieser Entscheidung sowie mögliche Alternativen auf und veranlasst Maßnahmen zur Unterstützung dieses Patienten, auch indem er die psychologischen Betreuungsdienste hinzuzieht. Unabhängig von der Möglichkeit des Patienten, seinen Willen zu ändern, werden die Zustimmung, die Rücknahme der Einwilligung und die Ablehnung in der Patientenakte und in der elektronischen Gesundheitsakte vermerkt.“*

## 7. Entscheidung im Team, klinische Ethikberatung

Jede Entscheidung über den Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen sollte im Team mit den beteiligten medizinischen Disziplinen und Berufsgruppen besprochen werden. Damit können verschiedene Sichtweisen auf die medizinische Situation sowie Wohlergehen und Wille des Patienten berücksichtigt werden, was die Gefahr einseitiger Bewertungen reduziert. Zudem sind diejenigen Personen in die Entscheidung einbezogen, die sie anschließend umsetzen müssen, was die Betreuung der Patienten erleichtert. In schwierigen Entscheidungssituationen sollte eine klinisch-ethische Beratung in Anspruch genommen werden. In den vier Gesundheitsbezirken Südtirols stehen jeweils Ethikberatungsgruppen zur Verfügung, die die Moderation einer ethischen Fallbesprechung mit allen an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen anbieten. Eine ethische Fallbesprechung kann über die Koordinatoren der Ethikberatungsgruppen einberufen werden.

### **GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN**

#### **Koordinator/Koordinatorin:**

Dr. Alessandro Felici / Irmgard Spiess (Krankenhaus Bozen)

Tel. 0471 90 98 51

[alessandro.felici@sabes.it](mailto:alessandro.felici@sabes.it)

[irmgard.spiess@sabes.it](mailto:irmgard.spiess@sabes.it)

---

### **GESUNDHEITSBEZIRK MERAN**

#### **Koordinator/Koordinatorin:**

Dr. Frank Blumtritt (Krankenhaus Meran)

Tel. 0473 26 46 50 - [frank.blumtritt@sabes.it](mailto:frank.blumtritt@sabes.it)

Maria Oberprantacher (Stiftung St. Elisabeth)

Tel. 0471 09 71 00 - [maria.oberprantacher@stiftung-st-elisabeth.it](mailto:maria.oberprantacher@stiftung-st-elisabeth.it)

---

### **GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN**

#### **Koordinatorinnen:**

Helene Trippacher (ÖBPB „zum heiligen Geist“)

Tel. 0472 25 51 26 - [helene.trippacher@altersheim-brixen.it](mailto:helene.trippacher@altersheim-brixen.it)

Dr.in Monika Völkl (Krankenhaus Brixen)

Tel. 0472 81 30 12 - [monika.voelkl@sabes.it](mailto:monika.voelkl@sabes.it)

---

### **GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK**

#### **Koordinatorinnen:**

Dr.in Beatrix Eppacher / Dr.in Irmgard Delazer (Krankenhaus Bruneck)

Tel. 0474 58 10 04

[beatrix.eppacher@sabes.it](mailto:beatrix.eppacher@sabes.it)

[irmgard.delazer@sabes.it](mailto:irmgard.delazer@sabes.it)

## 8. Dokumentation

Jede Entscheidung zur Therapieziel-Änderung mit einem Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen sollte entsprechend dokumentiert werden. Festzuhalten sind dabei insbesondere

- die medizinische Situation (u.a. Diagnose, gewählte Behandlungsoptionen),
- die ärztliche Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten,
- wesentliche Elemente bzw. Ergebnisse der Gespräche mit dem Patienten, dem Betreuer oder Bevollmächtigten und den Angehörigen sowie
- die Art der Willensäußerung, auf die sich das geplante Vorgehen stützt (aktueller, vorausverfügter oder mutmaßlicher Wille).

Darüber hinaus sollten alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Personen über die Entscheidung informiert werden.

## 9. Literatur

Amt für Ausbildung im Gesundheitswesen / Landesethikkomitee. Gesundheitliche Vorausplanung – Patientenverfügung. Bozen 2010

Borasio GD, Heßler H-J, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 2009;106(40):A1952-1957.

Vetter P, Marckmann G. Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? Ärzteblatt Baden-Württemberg 2009;64(9):370-374

Synofzik M, Marckmann G. Persistent vegetative state: Verdursten lassen oder sterben dürfen? Deutsches Ärzteblatt 2005;102(30):A2079-2082.

Marckmann G. PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2007;62(1):23-27.

Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010;135(12):570-4.

Casonato, C. Introduzione al biodiritto, Giappichelli, Torino, 2012