

# **Hausärztliche Beratung „Ganz am Ende des Lebens“ unter Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte**

AWMF-Registernr. 053/038  
Klasse S1

Autoren: Albrecht Stein, Michael Becker, Peter Engeser  
Paten: Erika Baum, Klaus Weckbecker

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski,  
A. Wollny

Autorisiert durch das DEGAM-Präsidium

Stand: 09/2013

Gültig bis: 09/2018

Für die Aktualisierung sind die Autoren und Paten verantwortlich.

Interessenkonflikte wurden mit dem AWMF-Formblatt eingeholt. Nach Bewertung durch ein Gremium der SLK wurden keine Interessenkonflikte festgestellt.

Schlüsselwörter: DEGAM, S1, Lebensende, Patientenwille, Rechtslage

# Hausärztliches Vorgehen

## „Ganz am Ende des Lebens“ unter Berücksichtigung rechtlicher Aspekte



### Definition

Zielgruppe der Leitlinie sind Hausärzte, die Patienten „ganz am Ende des Lebens“ betreuen.

### Epidemiologie / Versorgungsproblem

Ganz am Ende des Lebens eines Patienten ist die Leistung des Hausarztes mehr denn je gefragt, insbesondere wenn es um die gemeinsame Festlegung der Therapieziele geht. Ziel der Behandlung ist es, die physische, psychische und soziale Situation des Patienten so zu erhalten, dass ein Sterben zu Hause bzw. im Pflegeheim ermöglicht wird, wenn der Betroffene dies wünscht. Jede ärztliche Intervention muss unter diesem Aspekt geprüft werden.

Eine in dieser Situation bestmögliche Lebensqualität bedeutet i.d.R. eine menschenwürdige Lebensverlängerung, gute Symptomkontrolle, die Linderung des Leidens sowie die spirituelle Begleitung und Betreuung. Andere Ziele, wie Genesung, Rehabilitation oder Prognoseverbesserung, sind in dieser Phase des Lebens nicht mehr erreichbar.

### Einteilung

Die aktuelle Rechtsentwicklung zeigt jedoch einen klaren Wandel hin zur Betonung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Der Wille des Patienten ist somit die Richtschnur ärztlichen Handelns gerade in dieser Lebensphase.

### Diagnostik

Mögliche klinische Zeichen sind erschwertes Schlucken, Störung der Atmung, Blutdruckabfall, flacher Puls, Anurie, Darm- und Blasenatonie, Erlöschen des Muskeltonus und der Nervenreflexe, Bewusstseinsminderung, Bewusstlosigkeit, fahlgraue Haut, kalter Schweiß, spitze, blasse Nase und ein zurückfallendes Kinn (Facies hippocratica) sowie delirante Symptome und das Todesrasseln (death rattle). Eine Änderung und Anpassung der ärztlichen Maßnahmen ist häufig notwendig, insbesondere im Zusammenhang mit der Medikation (statt oraler Medikamente z.B. Schmerzpflaster).

### Prognose/Verlauf

Es gibt bereits einige Leitlinien zum Thema „Behandlung schwerstkranker Patienten, insbesondere im Krankenhaus“; wobei sich die Situation bei der hausärztlichen Versorgung oft von der in der Klinik in Kernfragen unterscheidet.

### Abwendbar gefährliche Verläufe

Die gesetzliche Grundlage und die gerichtlichen Entscheidungen geben dem Hausarzt einen relativ starren Rahmen vor, den dieser grundsätzlich einzuhalten hat, jedoch darf zunehmend das individuelle Einzelschicksal berücksichtigt werden. Viele Hausärzte haben nach wie vor Angst, wegen unterlassener Hilfeleistung (zu wenig getan) oder wegen vorsätzlicher Körperverletzung (ärztliches Handeln ohne Zustimmung des Patienten, d.h. zu viel getan) rechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden.

**Autoren: Albrecht Stein, Michael Becker, Peter Engeser**

Stand 2013 © DEGAM [www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)

**DEGAM Leitlinien**

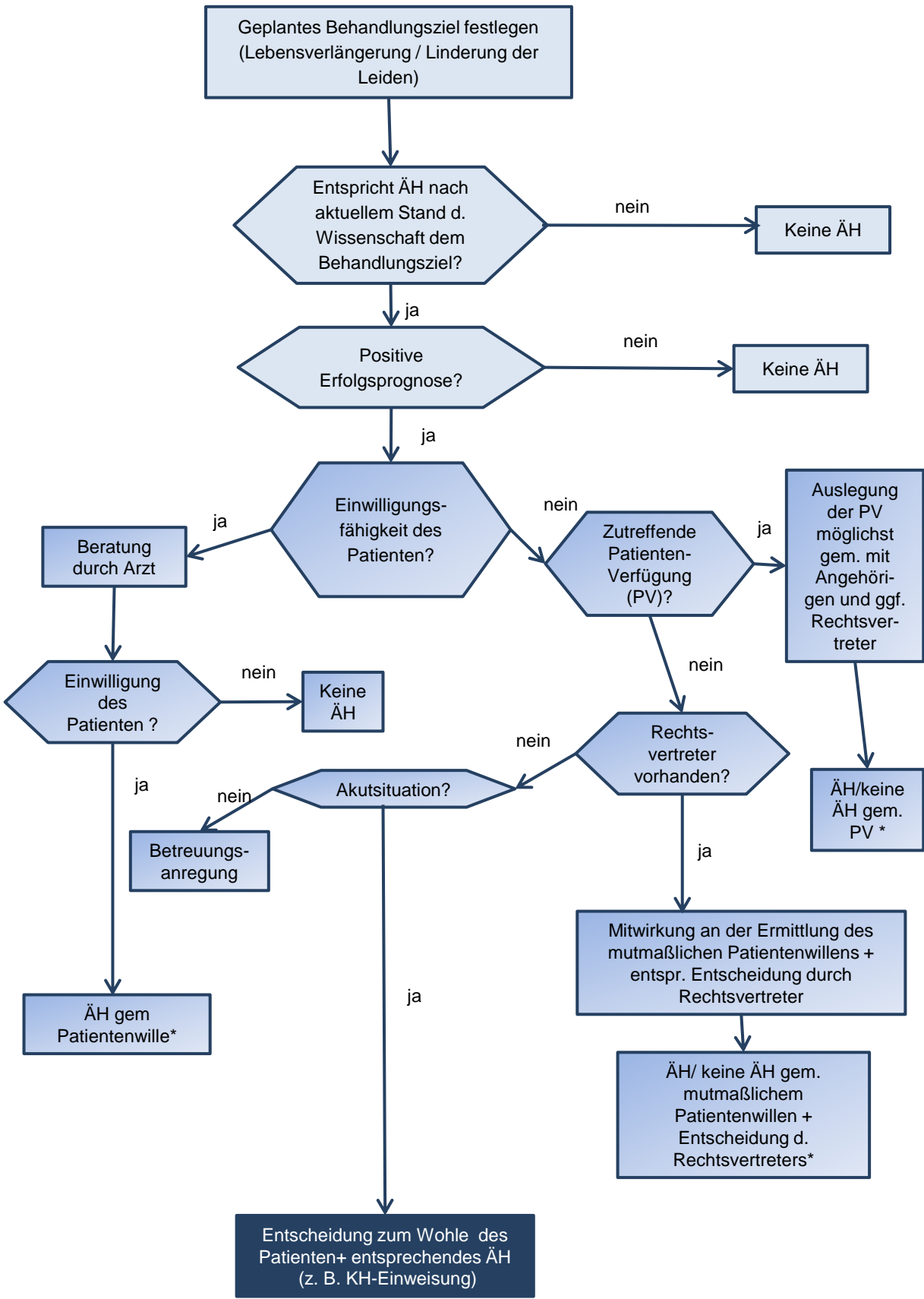
Hilfen für eine gute Medizin

Prüfungsschema für eine hausärztliche Handlung (ÄH) „Ganz am Ende des Lebens!“

Medizinische Planungsphase  
(Ist die ÄH indiziert?)

Rechtliche Ermittlungsphase  
(Ist die ÄH erlaubt?)

Ethische Entscheidungsphase  
nach obj. Wertvorstellungen



\*Indikation + Patientenwille  
regelmäßig überprüfen

# *Dr. med. Albrecht Stein*

*Hochschullehrbeauftragter an der Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität München*

81669 München  
Rosenheimer Str. 172  
Tel: 0 89/45 05 79 90  
Fax: 0 89/40 21 05

## **„Ganz am Ende des Lebens“ unter spezieller Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte**

Ganz am Ende des Lebens eines Patienten ist die Leistung des Hausarztes mehr denn je gefragt, insbesondere wenn es um die gemeinsame Festlegung der Therapieziele geht. Ziel der Behandlung ist es, die physische, psychische und soziale Situation des Patienten so zu erhalten, dass ein Sterben zu Hause bzw. im Pflegeheim ermöglicht wird, wenn der Betroffene dies wünscht. Jede ärztliche Intervention muss unter diesem Aspekt geprüft werden.

Eine in dieser Situation bestmögliche Lebensqualität bedeutet i.d.R. eine menschenwürdige Lebensverlängerung, gute Symptomkontrolle, die Linderung des Leidens sowie die spirituelle Begleitung und Betreuung. Andere Ziele, wie Genesung, Rehabilitation oder Prognoseverbesserung, sind in dieser Phase des Lebens nicht mehr erreichbar.

Mögliche klinische Zeichen sind erschwertes Schlucken, Störung der Atmung, Blutdruckabfall, flacher Puls, Anurie, Darm- und Blasenatonie, Erlöschen des Muskeltonus und der Nervenreflexe, Bewusstseinsminderung, Bewusstlosigkeit, fahlgraue Haut, kalter Schweiß, spitze, blasse Nase und ein zurückfallendes Kinn (Facies hippocratica) sowie delirante Symptome und das Todesrasseln (death rattle).

Eine Änderung und Anpassung der ärztlichen Maßnahmen ist häufig notwendig, insbesondere im Zusammenhang mit der Medikation (statt oraler Medikation parenterale Applikation).

Die gesetzliche Grundlage und die gerichtlichen Entscheidungen geben dem Hausarzt einen relativ starren Rahmen vor, den dieser grundsätzlich einzuhalten hat, jedoch darf zunehmend das individuelle Einzelschicksal berücksichtigt werden. Viele Hausärzte haben nach wie vor Angst, wegen unterlassener Hilfeleistung (zu wenig getan) oder wegen vorsätzlicher Körperverletzung (ärztliches Handeln ohne Zustimmung des Patienten, d.h. zu viel getan) rechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden.

Die aktuelle Rechtsentwicklung zeigt jedoch einen klaren Wandel hin zur Betonung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Der Wille des Patienten ist somit die Richtschnur ärztlichen Handelns gerade in dieser Lebensphase. Die vorliegende Handlungsempfehlung befasst sich insbesondere mit den rechtlichen Aspekten, die heute für das ärztliche Handeln wichtiger denn je sind.

Borasio und andere haben bereits eine Leitlinie zum Thema „Behandlung schwerstkranker Patienten, insbesondere im Krankenhaus“ entwickelt; die Situation bei der hausärztlichen Versorgung unterscheidet sich jedoch in Kernfragen sehr häufig von der in der Klinik. Bzgl. medizinischer Hinweise sei z.B. auf die Leitlinie der Hessischen Hausärzte zu verweisen.

Entscheidend für unser hausärztliches Handeln ist aktuell mehr denn je die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten bis zum Tode. Es besteht keine Verpflichtung (mehr) zur Lebenserhaltung unter allen Umständen, insbesondere wenn der Patient dies selbst nicht wünscht – und dieser ist der primäre Entscheidungsträger. Dies gilt auch für unnötige Einweisungen in eine Klinik durch den Hausarzt oder den Bereitschaftsdienstarzt.

Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

In der medizinischen Planungsphase stellt sich zu Anfang die Frage nach dem grundsätzlichen Behandlungsziel (Stand der medizinischen Wissenschaften – objektiver Aspekt) und der Effektivität des therapeutischen Vorgehens im jeweiligen Einzelfall (subjektiver Aspekt). Beide Voraussetzungen müssen bejaht werden; anderenfalls ist ein therapeutisches Vorgehen nicht indiziert.

Ein einwilligungsfähiger Patient entscheidet nach ärztlicher Beratung selbst; diese Erklärung ist für den Arzt verpflichtend.

Auch bei einem Einwilligungsunfähigen bindet eine wirksam erstellte Patientenverfügung (PV) den Arzt grundsätzlich ohne Wenn und Aber. Dies ergibt sich aus der aktuellen Rechtsprechung des BGH.

Die Aufgabe des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten – falls vorhanden – ist beim Vorliegen einer wirksamen PV „nur“ dem Willen des Patienten Durchsetzung zu verschaffen.

Sollte keine eindeutig zutreffende Patientenverfügung vorliegen und der Patient nicht mehr einwilligungsfähig sein, muss der mutmaßliche Wille festgestellt werden. Hierbei wird ein Dialog zwischen dem Hausarzt und dem Betreuer/Bevollmächtigten durchgeführt um anschließend eine einvernehmliche Entscheidung zu treffen.

Sollte dies nicht möglich sein – solche Fälle kommen in der Praxis jedoch nur selten vor – muss das Betreuungsgericht die nötige Entscheidung fällen.

In einem akuten Notfall – Einwilligungsunfähigkeit vorausgesetzt - steht die objektive, medizinische Indikation (Beseitigung der akuten gesundheitlichen Gefährdung) im Vordergrund; bei eiligem Tätigwerden im Rahmen der durchzuführenden Maßnahmen muss der Arzt aufgrund des Rechtsaspektes „Geschäftsfähigkeit ohne Auftrag“ handeln; die Art des Vorgehens wird vom Hausarzt aus dem Blickpunkt „ethische Gründe“ (in dubio pro vita) festgelegt. Dies gilt nur für die aktuelle Notfallversorgung, bis die akute Notsituation „beseitigt“ ist; danach greifen sofort wieder die o.g. Rechtsgebilde.

## Literatur:

Borasio, G./Heßler, H./Wiesing, U. (2009): Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt 106/40: A1952 – A1957.

Bundesärztekammer (2010): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt 107/18: A877 – A882.

Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108/7: A346 – A348.

Lorenzl, S. (2012): Palliativmedizinische Grundlagen zur Entscheidungsfindung.

Marckmann G. (2011): Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische und rechtliche Grundlagen der Begrenzung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen.  
Fortbildungsreihe/Pflichtwahlseminar „Klinische Ethik“. Klinikum Großhadern, 14.06.11.

Sauer, T./Bockenheimer-Lucius, G. (2009): 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. Ethische und rechtliche Aspekte der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung. In: Hessisches Ärzteblatt 2009/11: 719 – 723.

Vetter, P./Marckmann, G. (2009): Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? In: ÄBW 2009/09: 370 – 374.

Abschlussbericht des Gesundheitsrats Südwest (2009): Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen: Herausforderungen und Lösungsansätze. Reutlingen: Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Leitlinie und Flussdiagramm zur Frage der Therapieziele/Änderung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügung – Kurzfassung; Prof. Borasio u.a., Arbeitskreis Patientenverfügung im Klinikum der Uni München, August 2010.

Schubert et al, PMV Arbeitsgruppe, Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung. Version 1.09 (20.03.2009), Leitliniengruppe Hessen.

Diverse aktuelle Rechtsprechungen des BGH 2012/2013.

**Leitlinie: Hausärztliche Versorgung ganz am Ende des Lebens unter Berücksichtigung rechtlicher Aspekte**

Registernr: 053/038

		Albrecht Stein	Michael Becker	Peter Engeser	Erika Baum	Klaus Weckbecker
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	ja Essex (wiss. Beirat für nicht interventionelle Beobachtungsstudien)
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	ja Moderator AQUA-Institut und von Supervisionstr effen	nein	nein	ja Schulung MFA für DG für Suchtmedizin
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	ja Für Vortrag Suchtmedizin / Schwangerschaft
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	ja DEGAM	ja DEGAM, Hausärzte- verband des Landesver- bandes Baden- Württemberg	nein	ja DEGAM, SLK der DEGAM, Hausärztever- band, Ärztinnen- verband, Sportärztever- band	ja DGS, DEGAM, Hausärzte-verband
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	ja Verfechterin evidenzbasier- ter Medizin, akademische Allgemeinme- dizin	nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Niedergelasse- ner Vertragsarzt	ACMRL Klinik Baden-Baden, St. Rochus Klinik Bad Schönborn, Direktion Innere des Kantons Zürich	Selbstständig	Selbst- ständige Vertrags- ärztin, Uni- Marburg	Selbstständig in eigener Praxis