

# **ETHIK AM LEBENSENDE**

**Leitlinie der DRK Kliniken Berlin**

---

herausgegeben vom

**Ethikkomitee der DRK Kliniken Berlin**

---

Berlin, Januar 2009

# Ethik am Lebensende

## *Inhalt*

ETHIK AM LEBENSENDE.....	1
Inhalt.....	2
1 Einleitung .....	3
1.1 Die Angewiesenheit auf Helfende.....	3
1.2 Anforderungen an die Betreuenden.....	3
1.3 Probleme bei der medizinischen Betreuung.....	4
1.4 Weltanschauliche und kulturelle Aspekte .....	4
2 Definition Lebensende .....	4
3 Patienten am Lebensende, aber noch <i>vor</i> Eintritt in die unwiderrufliche Sterbephase.....	5
3.1 Aufklärung und Selbstbestimmung.....	5
3.1.1 Kommunikation.....	5
3.1.2 Aufklärung .....	5
3.1.3 Selbstbestimmung .....	6
3.1.4 Patientenverfügung.....	6
3.1.5 Vorsorgevollmacht .....	6
3.1.6 Betreuungsverfügung .....	6
3.2 Therapieplanung.....	6
3.2.1 Medizinische Behandlung .....	6
3.2.2 Therapiewünsche identifizieren .....	7
3.3 Lebensplanung .....	7
4 Patienten in der Sterbephase .....	8
4.1 Unterbringung, Zuwendung und Pflege.....	8
4.2 Symptomkontrolle.....	8
4.3 Ernährung und Hydrierung.....	9
4.4 Indirekte Sterbehilfe .....	9
5 Resümee .....	9
6 Verweise.....	10

# 1 Einleitung

Menschen am Lebensende, die in den Einrichtungen der DRK-Kliniken Berlin betreut werden, sollen unter menschenwürdigen Bedingungen und unter Berücksichtigung ihrer Selbstbestimmung sterben können. Das oberste Ziel ist es, die Bedürfnisse des Sterbenden auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene wahrzunehmen und darauf professionell zu reagieren. Ein möglicherweise auf diesen Ebenen bestehendes Leiden wird im Einverständnis mit dem Sterbenden und unter Ausschöpfung aller menschlichen, pflegerischen und palliativmedizinischen Möglichkeiten gelindert. Voraussetzung ist es, dass die verschiedenen Fachrichtungen, die dazu benötigt werden und in den Einrichtungen zur Verfügung stehen, eng und kooperativ zusammenarbeiten.

Der Umgang mit Menschen an ihrem Lebensende erfordert es, die in dieser Lebensphase auftretenden besonderen Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und sich bei daraus entstehenden Problemen um eine Lösung zu bemühen. Es muss die richtige Nähe, aber auch der richtige Abstand zum Sterbenden gefunden werden. Es muss erkannt werden, was zu tun und was zu vermeiden ist.

Sich in dieser Weise adäquat zu verhalten, ist oft schwierig und bedarf großer menschlicher Reife und Erfahrung. Entscheidungen, die bei der Betreuung von Menschen in dieser Lebensphase zu treffen sind, sind für viele der Helfenden ungewohnt, emotional belastend und können als moralisch ambivalent empfunden werden.

Die vorliegende Leitlinie soll dazu beitragen, die Betreuenden in die Lage zu versetzen, diese Hilfe in angemessener Weise fachlich und menschlich zu leisten. Sie soll ethisch und rechtlich zulässige Entscheidungsempfehlungen für bestimmte Situationen zur Verfügung stellen und darüber hinaus situationsgerechtes menschliches Verhalten, Fürsorge und Mitgefühl fördern.

## 1.1 Die Angewiesenheit auf Helfende

Je weniger der schwerkranke oder sterbende Mensch für sich selbst sorgen und eintreten kann, umso mehr ist er angewiesen auf die Nähe und Fürsorge anderer Menschen und die Achtung seiner Menschenwürde, die im Grundgesetz verankert ist:

- Recht auf Leben (damit auch ggf. Anspruch auf invasive und aufwändige therapeutische Maßnahmen, die das Leben erhalten können),
- Recht auf körperliche Unversehrtheit (damit auch Recht auf Ablehnung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen),
- Recht auf Selbstbestimmung (damit auch Schutz gegenüber Eingriffen Dritter sowie Anrecht auf Umsetzung einer selbst bestimmten Vorsorge, bis hin zur Ablehnung lebenserhaltender und –verlängernder Maßnahmen),
- Recht auf eine Privatsphäre und den Erhalt seiner Würde auch im Sterben.

Die Herausforderungen bei der Betreuung Sterbender müssen den Beteiligten bewusst sein. Die professionell mit der Betreuung befassten Menschen sollten zur Bewältigung dieser Aufgaben gezielt geschult werden.

## 1.2 Anforderungen an die Betreuenden

Im alltäglichen Leben werden die Ansprüche und Bedürfnisse anderer Menschen oft nicht ausreichend respektiert. Bei Menschen am Lebensende sollten sie jedoch besonders sorgfältig

beachtet werden. Die Begleitung Sterbender stellt deshalb besonders hohe Anforderungen an die Helfenden bezüglich ihrer Aufmerksamkeit, Zugewandtheit und Sorgfalt und erfordert eine ständige Überprüfung des eigenen Handelns und Empfindens weit über das übliche Maß hinaus.

Für professionelle Helfer kann eine besondere Problematik darin liegen, dass das Außergewöhnliche gewöhnlich wird, so dass die eigenen Handlungen und das eigene Empfinden nicht mehr genügend selbstkritisch überdacht werden.

Menschen, die in besonders schwierigen Situationen helfen, sind oft einer psychischen Belastung ausgesetzt, die schwer zu bewältigen ist. Sie bedürfen daher unter Umständen selbst einer Hilfe bei der Bewältigung.

Die mit der Betreuung Sterbender befassten Menschen sollten sich der besonderen Anforderungen bewusst sein und sich ständig selbstkritisch einschätzen. Eine gegenseitige Aussprache und Hilfestellung sollte im Team institutionell gefördert und eingerichtet werden. Eine Supervision und Hilfestellung von außen sollte im Konzept einer professionellen Betreuung enthalten sein.

### **1.3 Probleme bei der medizinischen Betreuung**

Probleme bei der medizinischen Betreuung am Lebensende betreffen immer wieder

- den Konflikt zwischen Behandlungswünschen oder gar –forderungen des Patienten oder seiner Angehörigen und der Zulässigkeit oder Indikation der Maßnahme,
- einen ungeklärten Patientenwillen,
- die Indikation zu technisch aufwändigen und invasiven diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen bei fraglicher Erfolgsaussicht.

Das Erkennen und Lösen der wesentlichen und häufig wiederkehrenden medizinischen Probleme bei der Betreuung Sterbender gehört zu den Aufgaben der Betreuenden. Eine systematische selbstkritische Überprüfung im Team der Behandelnden sollte institutionell gefördert werden.

### **1.4 Weltanschauliche und kulturelle Aspekte**

Menschen sollen besonders am Lebensende nicht nur in ihrer Selbstbestimmung über Behandlungsmaßnahmen, sondern als gesamte Person in ihrer psychophysischen Einheit respektiert werden. Für die Betreuenden ist es daher wichtig, auch die weltanschaulichen, religiösen, spirituellen und rituellen Hintergründe und Gepflogenheiten des Menschen, den sie am Lebensende begleiten, zu kennen und zu berücksichtigen.

Zur Ausbildung derjenigen, die Menschen aus anderen Kulturkreisen am Lebensende betreuen, gehört die Vermittlung von Grundwissen über diese Hintergründe und Gepflogenheiten. Die Ausarbeitungen der „Arbeitsgruppe Palliativmedizin“ der DRK-Kliniken Berlin sollten hierzu im Team der Betreuenden verwendet werden.

## **2 Definition Lebensende**

Wenn ein Patient an einer weit fortgeschrittenen, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung leidet, kann im Laufe der Krankheitsentwicklung eine Überprüfung der kurativen Therapieziele notwendig werden.

Das Therapieziel einer Lebenserhaltung und -verlängerung wird immer dann aufgegeben und die Palliation als einziges Behandlungsziel aufrechterhalten, wenn einer der beiden folgenden Fälle eintritt:

1. Die weitere Behandlung wird von den Ärzten hinsichtlich einer Erhaltung des Lebens als nicht mehr Erfolg versprechend eingeschätzt („futility“). Damit entfällt die Indikation für weitere lebensverlängernde Therapien, da sie lediglich das Sterben verlängern würden.
2. Der Patient oder sein juristischer Stellvertreter lehnt lebensverlängernde Maßnahmen ab, obwohl sie indiziert sind (vgl. Leitlinie zur Selbstbestimmung von Patienten).

Die beschriebene Änderung des therapeutischen Ziels von einem Ansatz mit lebenserhaltendem und –verlängerndem Ziel zu einem rein palliativen Ansatz setzt eine explizite Entscheidung voraus. Die Entscheidung zur Therapiezieländerung ist in jedem Einzelfall durch die behandelnden Ärzte zu treffen. Es wird empfohlen, diese Entscheidung zur Therapiezieländerung in einer Fallkonferenz mit allen beteiligten Ärzten, Pflegenden und dem multiprofessionellen Behandlungs-Team oder ggf. in einer ethischen Fallbesprechung vorzubereiten.

**Ab dem Zeitpunkt dieser Entscheidung gilt diese Leitlinie, auch wenn der Patient noch nicht in die eigentliche Sterbephase mit unumkehrbarem Organversagen eingetreten ist.**

## **3 Patienten am Lebensende, aber noch vor Eintritt in die unwiderrufliche Sterbephase**

### ***3.1 Aufklärung und Selbstbestimmung***

#### **3.1.1 Kommunikation**

Mit Menschen am Lebensende sollte situationsangemessen und unaufdringlich immer wieder gesprochen und durch Gesten Kontakt gehalten werden, um ihnen das Gefühl zu vermitteln, nicht allein gelassen zu sein. Die menschliche Begleitung und medizinische und pflegerische Betreuung sollen in einer offenen, vertrauensvollen Atmosphäre mit wohlwollender Fürsorge erfolgen. Es sollen Ängste genommen, Beschwerden gelindert und die Selbstbestimmung gefördert werden.

Die Kürze der zu erwartenden Lebensspanne verpflichtet zu einer besonders sorgsamem Erfragung und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche Sterbender. Eine gute Kommunikation sowohl mit dem Betreuten als auch im Team der Betreuer steht damit ganz im Mittelpunkt.

#### **3.1.2 Aufklärung**

Jeder Mensch hat an seinem Lebensende das Recht, über alles informiert zu werden, was für ihn notwendig ist, um die verbleibende Lebenszeit zu planen und Vorsorge für die eigene weitere Behandlung treffen zu können (vgl. LL Aufklärung und LL Selbstbestimmung). Dazu gehört insbesondere das Gespräch über Diagnosen und die individuelle Prognose. Jeder Betreuende hat deshalb je nach seiner Zuständigkeit und Kompetenz die Verpflichtung, für diese Gespräche zur Verfügung zu stehen und die notwendigen Themen anzusprechen. Dabei sollten die Gespräche in Offenheit und Wahrhaftigkeit und so ausführlich wie vom betreuten Menschen gewünscht geführt werden.

### **3.1.3 Selbstbestimmung**

Der entscheidungsfähige Patient am Lebensende kann seinen Willen direkt äußern. Bei entscheidungsunfähigen Patienten am Lebensende ist es für die Betreuenden zuallererst erforderlich, mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten im Zustand der Entscheidungsfähigkeit in Erfahrung zu bringen. Sie geben den Willen des Betroffenen wieder und haben Vorrang vor Stellvertreterentscheidungen durch Bevollmächtigte, Betreuer oder Ärzte (vgl. Leitlinie „Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten“). Um das Selbstbestimmungsrecht auch über den Punkt der eigenen Entscheidungsunfähigkeit hinaus erhalten zu können, sollte zu einem geeigneten Zeitpunkt angeboten werden, eine Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung zu erstellen.

### **3.1.4 Patientenverfügung**

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung, für den Fall zukünftiger Entscheidungsunfähigkeit. Mit ihr kann er bestimmen, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher definierten Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt werden sollen. (Vgl. Leitlinie „Umgang mit Patientenverfügungen“)

### **3.1.5 Vorsorgevollmacht**

Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Vollmachtgeber eine andere Person (den Bevollmächtigten) beauftragen, für ihn Aufträge auszuführen oder Entscheidungen zu treffen. Für den Fall der Unfähigkeit, seinen Willen zu äußern, kann der Vollmachtgeber eine Person oder mehrere Personen seines Vertrauens auch damit bevollmächtigen, Entscheidungen betreffend seiner Gesundheitsangelegenheiten in seinem Sinne zu treffen (Bevollmächtigte(r) in Gesundheitsangelegenheiten).

Zu den Aufgaben und Funktionen eines / einer Bevollmächtigten und den Anforderungen an eine Vorsorgevollmacht wird auf die Leitlinie „Umgang mit Patientenverfügungen“ verwiesen.

### **3.1.6 Betreuungsverfügung**

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können verbindlich Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben fixiert werden. Eine Betreuung wird vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, diese Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vorsorgevollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seiner Zuständigkeiten für den Betreuten. Maßnahmen dürfen jedoch in keinem Fall gegen den erkennbaren Willen des Betreuten durchgeführt werden.

## **3.2 Therapieplanung**

### **3.2.1 Medizinische Behandlung**

Am Lebensende vor Eintritt in die unwiderrufliche Sterbephase sollte mit dem Patienten die medizinische Behandlung besprochen werden, auf die er uneingeschränkten Anspruch hat und über die er entscheiden soll. Der Anspruch erstreckt sich auf alle indizierten Maßnahmen, die nach fachlicher Einschätzung geeignet sind, ein palliatives Therapieziel zu erreichen. Dazu können auch Maßnahmen gehören, die das Leben verlängern oder verkürzen (vgl. insbesondere 4.3 und 4.4).

In dieser Phase sollen in einfühlsamen Gesprächen mögliche Therapieformen angeboten und mit dem Patienten besprochen werden. Dabei soll eine grundsätzliche Ausrichtung der weiteren Behandlung festgelegt werden. Therapieziel ist dabei immer die Palliation, die Behandlung richtet sich also an der Linderung von Symptomen aus. Das Ausmaß dieser palliativen Behandlung, ob also ggf. auch Operationen, Intensivtherapie, eine Infektbehandlung oder Reanimation vorgenommen werden soll oder nicht, ist individuell festzulegen.

### **3.2.2 Therapiewünsche identifizieren**

Der Eintritt ins Lebensende (siehe Punkt 2 „Definition“) beruht auf der Entscheidung, auf therapeutische Maßnahmen mit dem Ziel einer Lebensverlängerung zu verzichten. In der nun anschließenden Phase sollte soweit möglich und notwendig besprochen werden, welche palliativen Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden und Ängsten gewünscht oder abgelehnt werden (siehe auch Punkt 4.4).

Es ist zu klären, wonach sich die Leid lindernde Therapie richten soll. Es sind zwei Ziele zu unterscheiden, nämlich

- eine möglichst umfassende Symptomkontrolle, oder
- der Erhalt des Bewusstseins, unter Inkaufnahme eines gewissen Maßes von Leid.

Es sollte auch vorausschauend besprochen werden, welche Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden und Ängsten beim Übergang in die unwiderrufliche Sterbephase eventuell notwendig werden können, über die der Patient im Voraus mitbestimmen sollte. So sollten mögliche akute Komplikationen mit erheblicher Leidensbelastung angesprochen werden (wie starke Schmerzentwicklung oder hochgradige Atemnot), die eventuell zur Leidlinderung eine sofortige und dauerhafte Sedierung („terminale Sedierung“) erfordern.

Die ärztlichen und pflegerischen Begleiter sollten in Erfahrung bringen, welche der Optionen der Patient bevorzugt, wobei auch eine globale Aussage („bitte ersparen Sie mir großes Leid und Schmerzen“) als richtungweisend zu akzeptieren ist, so dass die Einzelheiten des voraussehbaren Leidens nicht in allen Einzelheiten ausgemalt werden müssen.

### **3.3 Lebensplanung**

Im Gespräch mit dem Menschen an seinem Lebensende sind seine persönlichen Wünsche und Ziele anzusprechen (z. B. Seelsorge, spirituelle Begleitung, Verwandtenkontakte, Umfeldgestaltung, Erbe regeln), so dass eine Regelung in der noch zur Verfügung stehenden Lebenszeit ermöglicht werden kann. In dieses Aufgabengebiet sind je nach Zuständigkeit und Wunsch des Betreuten Angehörige, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter und andere Personen einzubeziehen.

Es sollte geklärt werden, wie und wo die weitere Betreuung des Menschen an seinem Lebensende stattfinden kann (wie beispielsweise zu Hause, in der Klinik, auf einer Palliativstation, in einem Hospiz oder Pflegeheim). Die entsprechenden Gespräche sind mit dem Patienten und seinen persönlichen Begleitern zu führen, und es ist eine einvernehmliche Regelung zu treffen. Dabei ist zu beachten, dass eine Verlegung rechtzeitig vor einem absehbaren Eintritt in die unwiderrufliche Sterbephase geschieht, und dass die nachfolgenden ärztlichen und pflegerischen Betreuer über die bisherige Entwicklung, die Begrenzung der Therapie, mögliche weitere Behandlungsoptionen und die Festlegungen des Patienten vollständig informiert werden.

## **4 Patienten in der Sterbephase**

Bei Menschen am Lebensende, bei denen es zum irreversiblen Versagen eines oder mehrerer Organe kommt, beginnt die Sterbephase. Es gehört zu den ärztlichen Aufgaben, sich darüber zu verständigen, wann diese Phase erreicht ist. Dazu sollen auch Informationen von den Pflegenden eingeholt werden. Der Eintritt in die Sterbephase wird dokumentiert und im gesamten Behandlungsteam kommuniziert.

Ab jetzt gibt es nur ein einziges Therapieziel: die Leidlinderung, so wie mit dem Patienten ggf. vorher abgesprochen (vgl. 3.2.2). Lebensverlängernde Therapiemaßnahmen sind in der Sterbephase unzulässig, da sie nur noch das Sterben und damit möglicherweise das Leiden verlängern. Die Diagnostik sollte auf diejenigen Maßnahmen beschränkt werden, die eine therapeutische Konsequenz haben.

Die Bundesärztekammer stellt in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ die erforderlichen Maßnahmen am Lebensende unter dem Terminus „Basisbetreuung“ zusammen: „Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst“ (BÄK 2004). Hierzu im Einzelnen:

### **4.1 Unterbringung, Zuwendung und Pflege**

Die Unterbringung Sterbender soll menschenwürdig sein; die Privatsphäre soll gewahrt bleiben. Am besten ist dies in einem Einzelzimmer oder einem Palliativzimmer gewährleistet, in dem auch nahe Angehörige mit untergebracht und mitversorgt werden können.

Die Zuwendung der Betreuer soll kontinuierlich erfolgen und vermitteln, dass der Sterbende sich nicht allein gelassen fühlt. Die Begleitenden sollen herausfinden, von wem der Sterbende diese Zuwendung wünscht. Je kürzer die verbleibende Lebensspanne, umso wichtiger werden individuelle Bedürfnisse. Gemeinsam sollten alle Anstrengungen unternommen werden, die individuellen Wünsche der/des Sterbenden zu erfüllen.

Die Pflege Sterbender soll so erfolgen, dass die Maßnahmen nicht belasten. Das Bedürfnis einer möglichst selbständigen, eigenverantwortlichen Lebensgestaltung schließt die Einbeziehung des/der Sterbenden in den Pflege- und Betreuungsprozess als aktiven Partner ein. Die Entscheidung, was als unangenehm empfunden wird oder was nicht, trifft der Sterbende selbst. Die Achtung der Persönlichkeit ist eine Grundvoraussetzung für den Erhalt der Würde und vermittelt dem Sterbenden Sicherheit und Zuverlässigkeit. Deshalb wird auch auf Stationsroutinen verzichtet, wenn sie eine subjektive Belastung für den Sterbenden darstellen.

Die Stationsteams sollen durch ihre Pflege in dem Ausmaß Nähe, Ruhe und Geborgenheit vermitteln, wie vom Patienten gewünscht. Es ist aber auch erforderlich, dass die Stationsteams das richtige Maß zwischen Nähe und Distanz finden. Die professionellen Begleiter in den Kliniken und im Pflegeheim sind gehalten, sich erforderlichenfalls schulen zu lassen. Sie sollten ihre Wirkung einschätzen und erkennen können, wo die Grenzen ihrer Fähigkeiten und ihrer Belastung sind, und in jedem Fall eine externe Supervision anstreben.

### **4.2 Symptomkontrolle**

Die Bekämpfung körperlichen Leids gehört zu den zentralen Aufgaben der Basisbetreuung. Leiden, das durch Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Obstipation, Juckreiz oder anderes bedingt ist, sollte therapeutisch kontrolliert werden. Dabei ist eine kausale Behandlung vielfach nicht mehr sinnvoll, da eine schnelle und effektive Symptomkontrolle Vorrang hat. Bei

Nichtbeherrschbarkeit der Symptome kann unter Umständen eine terminale Sedierung indiziert sein. Dies gilt auch für unerträgliche psychische Symptome am Lebensende, wie etwa Agitiertheit und Angst. Zum Ausmaß und zur Dokumentation der Behandlung siehe 4.4.

### **4.3 Ernährung und Hydrierung**

In der Sterbephase spielt Hunger keine Rolle mehr, und das subjektive Gefühl von Durst kann in aller Regel durch Mundbefeuchtung und/oder Befeuchtung der Atemluft gelindert werden. Eine Flüssigkeitszufuhr kann den Sterbevorgang und damit auch das Leid des Sterbenden verlängern und ist daher in dieser Phase zu vermeiden.

### **4.4 Indirekte Sterbehilfe**

In der Sterbephase ist eine Behandlung von Symptomen auch dann gerechtfertigt, wenn dadurch *eine mögliche Lebensverkürzung als Nebenfolge in Kauf genommen* werden muss. Rechtlich wird dieses Vorgehen als „indirekte Sterbehilfe“ bezeichnet.

Die ärztliche Dokumentation sollte bei indirekter Sterbehilfe besonders gründlich erfolgen. Die Dokumentation umfasst:

- eine Beschreibung des zu behandelnden Symptoms (Schmerz, Atemnot, Unruhe, Angst etc.),
- die Dokumentation der Therapiemaßnahme, insbesondere die Wahl und Begründung der Dosierung.

Der Unterschied zwischen einer *erlaubten indirekten Sterbehilfe* und einer *verbotenen aktiven Patiententötung* liegt also letztlich in der Intention des behandelnden Arztes. Die Wahl und Dokumentation der Medikamentendosis muss deshalb Aufschluss darüber geben, dass durch die Behandlungsmaßnahme die Absicht verfolgt wurde, das Symptom ausreichend sicher zu behandeln (indirekte Sterbehilfe), dass also das Ziel nicht die Beschleunigung des Todeseintritts darstellte (verbotene aktive Sterbehilfe). Die absolute Höhe der Dosierung (etwa von Opiaten) ist daher unerheblich; es muss lediglich nachvollziehbar sein, dass diese Dosis alternativlos erforderlich war, um das Symptom ausreichend sicher zu behandeln.

Indirekte Sterbehilfe, also die konsequente Leidminderung bei Sterbenden, ist nicht nur zulässig, sondern kann im Einzelfall sogar geboten sein. Ein Verzicht auf konsequente Symptomkontrolle ist nur durch den Wunsch des Patienten begründbar, das Sterben auch bei belastenden Symptomen so lange wie möglich wach zu erleben.

## **5 Resümee**

Die Begleitung von Menschen am Lebensende, bei denen nicht mehr Lebenserhalt oder Lebensverlängerung, sondern allein die Palliation von körperlichem und seelischem Leiden im Vordergrund steht, stellt für alle Beteiligten eine persönliche Herausforderung dar. Professionelle Routine erleichtert die Betreuung und schützt vor Nachlässigkeiten und Fehlern; sie kann erlernt und sollte gefördert werden. Aber in jedem einzelnen Fall ist zudem eine Reflexion der eigenen Rolle, der eigenen Handlungen und ihrer Wirkungen vonnöten; auch sie sollte gefördert werden, was durch Institutionalisierung von Teambesprechungen und externe Supervision erfolgen kann. Bei aller einfühlsamen und rücksichtsvollen menschlichen, medizinischen und pflegerischen Betreuung ist die Achtung der Selbstbestimmung des in Obhut stehenden sterbenden Menschen oberstes Gebot. Die vorliegende Leitlinie gibt Hilfestellungen, die letzte Lebensplanung des Sterbenden als

Aufgabe wahrzunehmen und ihre Umsetzung zu gewährleisten. Denn dies gebieten uns unsere professionellen und mitmenschlichen Pflichten.

## 6 Verweise

- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ([www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf))
- Hinweise der Deutschen Krebshilfe zur professionellen Betreuung in der letzten Lebensphase ([http://www.krebsgesellschaft.de/lk\\_hospiz\\_palliativstation,1002.html](http://www.krebsgesellschaft.de/lk_hospiz_palliativstation,1002.html))
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (<http://www.hospiz.net/bag/index.html>)
- Interne Ethikleitlinie „Umgang mit Patientenverfügungen“
- Interne Ethikleitlinie „Aufklärung von Patientinnen und Patienten“
- Interne JC Policy P 0268: Patienten am Lebensende
- Internes JC Verfahren V 0063: Patienten am Lebensende