



Zur Bedeutung der Therapiezielklärung aus medizinethischer Sicht

Kommentar zum Fall: „Beenden einer Beatmung nach Todeseintritt in einer Langzeitpflegeeinrichtung“

Georg Marckmann

Angenommen: 22. April 2025 / Online publiziert: 7. Mai 2025
© The Author(s) 2025

In der berichteten Fallkonstellation handelt es sich um eine 64-jährige Patientin, die sich nach einem Schlaganfall im Rahmen einer Aortenoperation in einer Langzeitpflegeeinrichtung der neurologischen Rehabilitation Phase F befindet. Aufgrund einer bereits präoperativ bestehenden chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) gelingt anschließend die Entwöhnung nicht, sodass die Patientin dauerhaft über ein Tracheostoma beatmet werden muss. Die Patientin ist hochgradig pflegebedürftig und nur kurzzeitig kontaktfähig. Im Rahmen einer Pneumonie verschlechtert sich die gesundheitliche Situation der Patientin weiter, auf eine erneute Krankenhausaufnahme wird aufgrund der ungünstigen Prognose verzichtet. Als sich der Zustand noch einmal deutlich verschlechtert, wird in Absprache mit dem Hausarzt und dem Betreuer die Ernährung und die Medikamentengabe über die PEG eingestellt, die Beatmung wird allerdings fortgeführt, vermutlich, weil die Beendigung „den unmittelbaren Tod der Bewohnerin herbeigeführt hätte“. Nach Auskunft der berichtenden Pflegekraft verstirbt die Patientin gegen 2 Uhr in der Nacht, die Beatmung wird aber fortgesetzt, da es in der Einrichtung eine Anweisung gäbe, dass Pflegekräfte die Beatmung bei Bewohnern nicht abstellen dürften.

Auf der einen Seite legt der Fall die Überlegung nahe, ob es ethisch und ggf. auch rechtlich vertretbar gewesen wäre, wenn die Pflegekraft selbständig bzw. auf telefonische Anweisung des verantwortlichen Arztes das Beatmungsgerät abgestellt hätte. Mit Blick auf zukünftige, ähnlich gelagerte Fälle erscheint es aber vor allem sinnvoll zu prüfen, wie eine solche Situation primär verhindert werden kann. Dazu wäre es wichtig gewesen, frühzeitig im Verlauf gemeinsam mit dem zuständigen Betreuer zu erörtern, welches *Therapieziel* die ärztlichen Bemühungen im besten Interesse der

✉ Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München,
Lessingstr. 2, 80336 München, Deutschland
E-Mail: marckmann@lmu.de

Patientin (noch) verfolgen sollten. Diese Frage hätte bereits erstmals gestellt werden müssen, als klar wurde, dass die Patientin nach dem Schlaganfall körperlich und geistig erheblich eingeschränkt und dauerhaft von einer Beatmung abhängig bleiben wird. Dies hätte beispielsweise im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung erfolgen können (Marckmann et al. 2018). Grundsätzlich dürfen medizinische Behandlungsmaßnahmen nur dann durchgeführt werden, wenn sie der Patientin einen Nutzen bieten und von der betroffenen Patientin auch gewünscht werden (Marckmann et al. 2010).

Eine medizinische Maßnahme ist allgemein dann nützlich, wenn ein für die betroffene Patientin *erstrebenswertes Behandlungsziel* erreicht werden kann. Im vorliegenden Fall war das Ziel der Lebenserhaltung zunächst noch erreichbar. Allerdings hätte man bereits nach dem operationsbedingten Schlaganfall die Frage stellen müssen, ob es sich angesichts der erheblichen irreversiblen körperlichen und geistigen Einschränkungen dabei noch um ein für die betroffene Patientin *erstrebenswertes Behandlungsziel* handelt. Diese Bewertung sollte sich, so weit als möglich, an den individuellen Präferenzen der betroffenen Patientin orientieren. Zwar war kurzzeitig eine Kontaktaufnahme möglich, die Patientin war aber nur in der Lage, auf einfache Fragen mit Kopfbewegungen zu reagieren. Hinsichtlich der Entscheidung über lebenserhaltende Maßnahmen schien die Patientin nicht einwilligungsfähig gewesen zu sein, sodass sich die Frage der weiteren Behandlung an dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen orientieren muss. Es ist nicht beschrieben, dass die Patientin eine Patientenverfügung verfasst hat. Zudem ist der Fall eines schweren Schlaganfalls mit dauerhafter Beatmung in den üblichen Patientenverfügungs-Formularen in der Regel nicht abgedeckt, sodass die vorliegende Entscheidungssituation mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in der Patientenverfügung enthalten gewesen wäre. Ob man im vorliegenden Fall einen hinreichend verlässlichen *mutmaßlichen* Patientenwillen hätte rekonstruieren können, ist auf Grundlage der Beschreibung nicht einfach zu beurteilen. Auf jeden Fall hätte man im Gespräch mit der Schwester versuchen müssen, Informationen über die Einstellungen der Patientin zum Leben und zu medizinischen Behandlungsmaßnahmen zu ermitteln.

Sofern ein mutmaßlicher Wille nicht zu bestimmen ist, muss sich die Entscheidung an dem „objektiven“ Wohl der Patientin orientieren (Marckmann et al. 2010). Hierbei ist zu überlegen, ob es – auf der Grundlage allgemein geteilter Wertvorstellungen – für die Patientin besser wäre, weiterzuleben oder zu sterben. Je stärker die körperlichen und geistigen Einschränkungen sind, desto schwächer werden die am Wohlergehen orientierten Argumente für lebenserhaltende Maßnahmen. Im Einzelfall kann es schwierig sein, diese Grenze genau zu bestimmen. Im vorliegenden Fall wäre dieser Punkt aber spätestens bei der weiteren Verschlechterung des Zustands der Patientin erreicht gewesen. Offenbar haben der Betreuer und der verantwortliche Hausarzt dies auch ähnlich eingeschätzt und eine erneute Krankenseinweisung ausgeschlossen. Wichtig ist es dabei aber, das Therapieziel klar zu formulieren und dann vor allem auch konsequent umsetzen. Dies wurde insbesondere bei dem beobachteten „Eintreten der Sterbephase“ versäumt. Offenbar sollte mit der Beendigung von PEG-Sondenernährung und Medikamentengabe die Behandlung auf ein ausschließlich palliatives Therapieziel umgestellt werden. Dabei hätte konsequenterweise auch die Beendigung der Beatmung erwogen werden müssen. Dies hätte gut

geplant unter ärztlich kontrollierten Bedingungen erfolgen können, sodass die unklare, belastende Situation in der Nacht hätte vermieden werden können. Eine frühzeitige, konsequente Therapiezielklärung im Interesse der Patientin hätte auch im Rahmen eines Advance Care Planning-Prozesses erfolgen können (Jox et al. 2025). Die Vorausplanung kann dabei auch mit dem gesetzlichen Vertreter, in diesem Fall dem Betreuer, erfolgen (in der Schmitt et al. 2021) und in einer sog. Vertreterdokumentation insbesondere für Notfallsituationen festgehalten werden. Eine gute, mit allen relevanten Personen abgesprochene Vorausplanung kann die konsequente Umsetzung der Therapieziele im besten Interesse der Patientin erfahrungsgemäß erheblich erleichtern.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt G. Marckmann ist Mitglied des Beirats der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und des Vorstands der deutschen Gesellschaft für Vorausplanung, der Advance Care Planning Deutschland e. V.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- in der Schmitt J, Jox RJ, Pentzek M, Marckmann G (2021) Advance care planning by proxy in German nursing homes: descriptive analysis and policy implications. *J Am Geriatr Soc* 69(8):2122–2131
- Jox RJ, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J (Hrsg) (2025) *Praxisbuch Advance Care Planning. Behandlungsentscheidungen gemeinsam vorausplanen*. Kohlhammer, Stuttgart
- Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U (2010) Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. *Dtsch Med Wochenschr* 135(12):570–574
- Marckmann G, Behringer B, in der Schmitt J (2018) Ethische Fallbesprechungen in der hausärztlichen Versorgung: Ein Leitfaden für die Praxis. *Z Allg Med* 94(3):116–120

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.