



Klinisches Ethikkomitee  
am Universitätsklinikum Erlangen<sup>1</sup>

## Empfehlungen zur Behandlungsbegrenzung auf Intensivstationen<sup>2</sup>

### Präambel

Die „Empfehlungen zur Behandlungsbegrenzung auf Intensivstationen“ beruhen auf dem Leitbild des Universitätsklinikums Erlangen, den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) zur Behandlungsbegrenzung auf Intensivstationen und den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu den Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht.

Übereinstimmend mit diesen Erklärungen, der Rechtsprechung und der medizinethischen Literatur sehen wir, dass es keine ausreichende moralische und ärztliche Begründung ist, eine medizinische Behandlung von Patienten, nur weil sie technisch machbar ist, durchzuführen. Medizinische Behandlung muss für den uns anvertrauten einzelnen Patienten ein auf seine Lebensperspektive abgestimmtes Ziel haben. Nur dann ist

- 
- 1 Der Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung“ gehörten folgende Personen an: Karolina Clauss, Pfarrer Johannes Eunicke, Dr. phil. Uwe Fahr, Frank Heinze, Gudrun Hoffmann, Dr. med. Martin Marsch, Dr. Oliver Rauprich, Dr. med. Jan Schildmann, Prof. Dr. med. Jürgen Schüttler, PD Dr. med. Markus Wehler, Dr. med. Thela Wernstedt (2005). Durch Dr. med. Florian Bruns und Prof. Dr. med. Andreas Frewer modifizierte und aktualisierte Fassung (2010).
  - 2 Um die Lesbarkeit des Textes nicht zu erschweren, wurde darauf verzichtet bei Funktions- und Rollenbezeichnungen die weiblichen Endungen zu verwenden. Selbstverständlich sind ebenso alle Patientinnen, Ärztinnen, Krankenschwestern, weibliche Angehörige, andere Krankenhausmitarbeiterinnen, Betreuerinnen und weibliche Vorsorgebevollmächtigte gemeint.

sie als gute medizinische Behandlung zu werten. Dies kann im Einzelfall auch die Unterlassung oder den Abbruch von Maßnahmen bedeuten. Menschliche Anteilnahme, gute Pflege und sorgsame Symptomkontrolle sind jedoch stets unverzichtbar.

## 1. Definitionen

- Sterbender Patient/Patient mit infauster Prognose im fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung: Ein Patient mit einer von mindestens zwei Ärzten diagnostizierten nicht mehr heilbaren Erkrankung oder Verletzung, der sich entweder bereits in der Sterbephase oder in einem weit fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung befindet und bei dem lebenserhaltende Maßnahmen den Tod hinauszögern und Leiden verlängern würde (siehe die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2004).
- Behandlungsbegrenzung: Verzicht auf lebensverlängernde Therapiemaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose (auch: passive Sterbehilfe). (Siehe die Leitlinien der DGAI 1999).
- Weigerungsrecht: Eine Ärztin oder ein Arzt kann die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen ablehnen, wenn sie oder er dies mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann. In diesem Fall ist rechtzeitig für eine anderweitige ärztliche Versorgung der Patientin oder des Patienten Sorge zu tragen (siehe Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004).
- Verantwortlicher Arzt: Der den Patienten betreuende Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin oder dessen Stellvertreter.
- Einwilligungsfähiger Patient: Ein Patient, der die Fähigkeit besitzt, basierend auf einer verständlichen medizinischen Aufklärung, die Natur und die Konsequenzen seiner Erkrankung bzw. Verletzung zu verstehen und die Vor- und Nachteile möglicher Therapien abzuschätzen und zu bewerten.
- Stellvertreter eines einwilligungsunfähigen Patienten: Eine vom Patienten durch eine Vorsorgevollmacht ermächtigte Person oder – falls eine solche Vollmacht nicht vorliegt – ein gerichtlich bestellter Betreuer. Ein Stellvertreter hat die Aufgabe, bei Behandlungsentscheidungen den bekannten oder mutmaßlichen Willen und die Interessen des einwilligungsunfähigen Patienten zu vertreten.

- Patientenverfügung: Eine schriftlich abgefasste und unterschriebene Erklärung einer Person über die von ihr gewünschten und nicht gewünschten medizinischen Behandlungen für den Fall, dass sie bei zukünftigen Erkrankungen oder Verletzungen nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte.

## **2. Voraussetzungen für eine Behandlungsbegrenzung**

Eine Behandlungsbegrenzung ist nur dann indiziert, wenn eine oder mehrere der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie durch einen erwachsenen, einwilligungsfähigen Patienten. Jeder erwachsene, einsichtsfähige Mensch hat das Recht, medizinische Maßnahmen einschließlich künstlicher Ernährung abzulehnen.
- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie mit Hilfe einer Patientenverfügung. Patientenverfügungen können Aussagen über das Ergreifen oder Unterlassen von Therapien enthalten. Solange keine begründeten Zweifel an ihrem Gehalt oder ihrer Gültigkeit bestehen, sind sie als vollwertiger Ausdruck des Patientenwillens zu befolgen.
- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie durch einen Stellvertreter. Ein Stellvertreter besitzt das Recht, eine medizinische Therapie für den Patienten, den er vertritt, abzulehnen. Dabei haben sich seine Entscheidungen an dem bekannten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren.
- Ablehnung einer weiteren intensivmedizinischen Therapie durch den verantwortlichen Arzt aufgrund fehlender medizinischer Indikation. Wenn der Tod für einen sterbenden Patienten oder einen Patienten mit infauster Prognose bevorsteht und eine Fortführung oder der Beginn einer intensivmedizinischen Therapie ihn hinauszögern und Leiden verlängern würde, dann soll auf eine intensivmedizinische Therapie verzichtet bzw. bereits eingeleitete Maßnahmen eingestellt werden. Eine Basisbetreuung ist stets unerlässlich.

### 3. Verfahrensweisen

- Aufklärung und Einwilligung

Die behandelnden Ärzte sollen sterbende Patienten und Patientinnen mit infauster Prognose ermutigen, Fragen hinsichtlich der Diagnose, Therapie und Prognose ihrer Erkrankung zu stellen und ihnen diese verständlich beantworten. Damit soll den Patienten die Gelegenheit gegeben werden, sich frühzeitig und ausreichend mit einer möglichen Änderung der Therapieziele auseinander zu setzen und eine informierte Einwilligung zu geben, sofern dies gewünscht wird.

Die Klinikseelsorge, der Sozialdienst, der Patientenfürsprecher etc. können den Patienten und dessen Familie ebenfalls in den emotionalen, moralischen und ethischen Belangen unterstützen, die eine solche Entscheidung mit sich bringt. Das Behandlungsteam soll diese hinzuziehen, sofern es verlangt und notwendig ist.

Bestehende Patientenverfügungen sollten nach Möglichkeit nochmals bestätigt und ggf. präzisiert werden, nachdem die Patienten über ihre Krankheit aufgeklärt worden sind. Falls keine schriftliche Kommunikation mehr möglich ist, sollte nach Möglichkeit eine eindeutige mündliche Bestätigung eingeholt werden.

- Benennung eines Stellvertreters

Bei einem vorübergehend oder dauerhaft einwilligungsunfähigen Patienten ist unverzüglich ein Stellvertreter heranzuziehen, um nach dem bekannten oder mutmaßlichen Willen handeln zu können. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, so hat der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin deren Gültigkeit zu prüfen. Wenn keine Vorsorgevollmacht vorliegt, so hat er die unverzügliche Beantragung einer Betreuung sicherzustellen.

- Diskurs

Sobald sich in Bezug auf einen Patienten die Frage eines möglichen Behandlungsverzichts stellt, soll sie der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin mit dem einwilligungsfähigen Patienten oder bei Nichteinwilligungsfähigkeit seinem Stellvertreter, seinen Angehörigen (bei Kindern insbesondere den Eltern), dem Lebenspartner sowie dem beteiligten ärztlichen und pflegerischen Personal diskutieren und nach Möglichkeit einen Konsens herbeiführen. Dabei soll jeder direkt an der ärztlichen und pflegerischen Versorgung des Patienten beteiligte Mitarbeiter die Möglich-

keit haben, seine Meinung frei zu äußern. Die Ansicht eines minderjährigen Patienten soll zentrale Beachtung finden, wenn er urteilsfähig ist.

Bei interdisziplinärer Behandlung soll ein Konsens zwischen allen beteiligten Disziplinen herbeigeführt werden.

- Entscheidungsfindung

Die definitive Entscheidung liegt beim Patienten bzw. seinem Stellvertreter (bei minderjährigen Patienten i.d.R. den Eltern) und dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin. Einsichtsfähige minderjährige Patienten sind in die Entscheidung mit einzubeziehen.

Die Entscheidungsfindung hat sich einerseits an der medizinischen Indikation, andererseits an dem Willen des Patienten zu orientieren. Wenn der Patient seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann und auch keine Patientenverfügung vorliegt, ist sein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dafür ist auf alle verfügbaren Informationen über die Präferenzen, Werte und Lebenseinstellungen des Patienten zurückzugreifen. Wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht (z.B. bei Neonaten) oder nicht mit hinreichender Sicherheit (z.B. bei Erwachsenen, die sich nie zu dem Thema geäußert haben) zu bestimmen ist, soll so entschieden werden, wie es aus Sicht des verantwortlichen Arztes und des Stellvertreters im besten Interesse des Patienten ist.

- Einverständniserklärung

Ein Behandlungsverzicht erfordert eine schriftliche Einwilligung. Bei einem einwilligungsfähigen Patienten ist die Einwilligung direkt von ihm einzuholen, bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten von seinem Stellvertreter. Keine Einverständniserklärung ist erforderlich bei Patienten, bei denen eine intensivmedizinische Therapie nach ärztlichem Ermessen nicht indiziert ist.

- Dissens zwischen verantwortlichem Arzt und Stellvertreter des Patienten

Wenn der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin eine weiterführende intensivmedizinische Therapie für indiziert erachtet, der Stellvertreter des Patienten jedoch den Verzicht fordert, so ist das Betreuungsgericht einzuschalten. Die ärztliche Überzeugung, eine Therapie weiterführen zu müssen, kann durch den

Stellvertreter eines Patienten nur mit gerichtlicher Genehmigung übergangen werden. Dies gilt auch für den Fall, dass eine Patientenverfügung vorliegt (siehe den Beschluss des BGH vom 17. März 2003).

Grundsätzlich besteht zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, die Klinische Ethikberatung einzuschalten (siehe Abschnitt 9).

#### **4. Dokumentation**

Nachdem die Behandlungsbegrenzung angeordnet worden ist, muss dies von dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin unverzüglich in der Patientenakte kenntlich gemacht werden. Solange dies nicht geschehen ist, tritt die Anordnung nicht in Kraft.

Der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin soll in der Akte folgendes vermerken bzw. hinterlegen:

- Art und Umfang der zu unterlassenden medizinischen Maßnahmen
- Gründe, warum diese Maßnahmen unangemessen sind
- Hinweise auf die Urteilsfähigkeit des Patienten
- Informationen über Aufklärungsgespräche und Diskussionen mit dem Patienten, ggf. seinem Stellvertreter, den Eltern bei minderjährigen Patienten, Angehörigen, Lebenspartner sowie ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern
- andere Informationen, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten und den Entscheidungsfindungsprozess beziehen
- Schriftliche Einwilligung des Patienten oder seines Stellvertreters
- Gegebenenfalls eine Kopie der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht oder des Betreuungsausweises
- Schriftliche Anordnung der Behandlungsbegrenzung in der Spalte ärztliche Anordnungen
- Ein komplett ausgefüllter Dokumentationsbogen (Anordnung zur Behandlungsbegrenzung)
- Ärztliche Legitimation (Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift)

#### **5. Informationsweitergabe**

Der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin stellt sicher, dass die Anordnung einer Behandlungsbegrenzung und ihre

Bedeutung klar und unmissverständlich sowohl dem nachgeordneten ärztlichen Dienst als auch dem Pflegepersonal und allen übrigen beteiligten Personen mitgeteilt wird. Die Übergabe dieser Anordnung ist fester Bestandteil der Schichtübergabe im ärztlichen und pflegerischen Dienst.

## **6. Weitere Behandlung eines Patienten mit Behandlungsbegrenzung**

Die sonstige medizinische und pflegerische Betreuung eines Patienten erfolgt unabhängig von der Anordnung zur Behandlungsbegrenzung.

## **7. Re-Evaluation**

Die Anordnung einer Behandlungsbegrenzung soll alle 24 Stunden durch den verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin re-evaluiert und das Ergebnis in angemessener Form dokumentiert werden, damit sichergestellt ist, dass sie noch mit dem Willen und dem Gesundheitszustand des Patienten übereinstimmt.

## **8. Widerruf**

Die Anordnung einer Behandlungsbegrenzung kann jederzeit durch den Patienten oder dessen Vertreter widerrufen werden; dies ist unverzüglich zu dokumentieren und dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin mitzuteilen.

## **9. Klinische Ethikberatung**

Eine Konsultation der Klinischen Ethikberatung (KEB) des Klinischen Ethikkomitees (KEK) ist jederzeit möglich. Gegenstand der KEB ist es, Positionen zu klären und durch Gesprächsmoderation die Beteiligten bei einer ethischen Entscheidungsfindung zu unterstützen. Gründe für eine Konsultation der KEB können sein:

- Ein Arzt oder nichtärztlicher Mitarbeiter benötigt Unterstützung hinsichtlich der „Empfehlungen für die Anordnung zur Behandlungs-

begrenzung auf Intensivstationen“ und Verfahrensweisen, die die Behandlungsbegrenzung betreffen

- Der Patient bzw. sein Stellvertreter oder die Angehörigen benötigen Unterstützung bezüglich einer Entscheidung für die Behandlungsbegrenzungsmaßnahmen
- Ein Konflikt bei der Entscheidungsfindung zwischen den Beteiligten

## **10. Entscheidungen am Lebensende:**

### **Zur Terminologie von „aktiv“ und „passiv“**

In Deutschland sind in der medizinischen Praxis die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe geläufig. Wir haben in den „Empfehlungen“ bewusst auf diese Terminologie verzichtet, weil diese Begriffe zwar auf manche Situationen anwendbar sind, viele alltägliche Geschehnisse jedoch nicht ausreichend beschreiben. Daher fassen wir mit dem Begriff „Entscheidungen am Lebensende“ die Situationen weiter und konzentrieren uns auf Situationen des Verzichtes und Abbruches von Behandlungen auf Intensivstationen einschließlich der palliativen Versorgung der Patienten.

Die aktiv/passiv-Unterscheidung führte und führt gerade auf Intensivstationen zu viel Verwirrung über die Zulässigkeit einzelner Handlungen. Oft können Handlungen nicht eindeutig der erlaubten „passiven“ Sterbehilfe zugeordnet werden, sondern werden als „aktive“ und damit verbotene Sterbehilfe aufgefasst. Dies hat zur Folge, dass leidenslindernde Maßnahmen nicht oder nur unzureichend oder nur mit einem schlechten Gewissen durchgeführt werden. Dennoch beziehen wir uns inhaltlich auf die Leitlinien der DGAI, die die drei Begriffe benutzt<sup>3</sup>.

Da die Begriffe „aktive“, „passive“ und „indirekte“ Sterbehilfe“ immer wieder in Diskussionen gebraucht werden, wollen wir diese Begriffe im Folgenden erläutern und in ein Verhältnis zu den auf den vorhergehenden Seiten formulierten Empfehlungen setzen. Alle anderen Definitionen sind unter Punkt 1 der Empfehlung zu finden.

---

3 H. W. Opperbecke, W. Weissauer: Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht. Teil 1: Erläuterungen zu den Leitlinien der DGAI. In: Der Anaesthesist 1999 48:207-212. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI): Teil 2: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. In: Der Anaesthesist 1999 48:213-217.



Aktive Sterbehilfe:	Die Tötung eines unheilbar Kranken auf Grund seines ernstlichen Willens durch eine aktive Handlung (auch Tötung auf Verlangen), strafbar nach § 216 StGB.
Passive Sterbehilfe:	Der Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, bei progredienten Erkrankungen mit infauster Prognose und unmittelbarer Nähe des Todes oder bereits eingesetztem Sterbeprozess.
Indirekte Sterbehilfe:	Palliative Behandlung eines Schwerkranken, insbesondere potente Schmerztherapie, unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenwirkung. <sup>4</sup>

Verwirrung stiftet dabei häufig die Frage, auf was sich „aktiv“ und „passiv“ bezieht. Bereits psychologisch scheint es einfacher, auf den Einsatz beispielsweise eines Respirators zu verzichten als diese Maßnahme wieder zurückzunehmen, d.h. ein Gerät, wie zum Beispiel den Respirator oder einen Perfusor abzustellen. Das Abstellen des Respirators wird daher häufig irrtümlich als „aktive Sterbehilfe“ klassifiziert. Dies entspricht aber weder den gesetzlichen Regelungen noch den aktuell gültigen Grundsätzen der Bundesärztekammer.<sup>5</sup>

Die „gefestigte Rechtsprechung“<sup>6</sup> geht dahin, dass das Unterlassen lebensrettender Maßnahmen davon abhängig ist, dass nach medizinischer Überzeugung der Sterbeprozess *bereits unumkehrbar* eingesetzt hat. Gedacht wird dabei an finale Krankheitszustände, bei denen unter Einsatz modernster apparativer Technik die Irreversibilität des Sterbeprozesses nicht behoben werden kann, sondern lediglich der Zeitpunkt hinausgezögert wird. In dieser Situation darf auf ärztliche Maßnahmen verzichtet werden, *bereits eingeleitete Maßnahmen dürfen abgebrochen*

---

4 Die Definitionen sind der Leitlinie der DGAI entnommen. Vgl. dazu auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004.

5 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004.

6 Reinhard Dettmeyer (2001): Medizin & Recht für Ärzte. Grundlagen, Fallbeispiele, Medizinrechtliche Fragen. Springer, Heidelberg, S 97 f.

werden. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören alle Maßnahmen der Intensivmedizin zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Vitalfunktionen (z.B. Beatmung, Dialyse, Gabe von Antibiotika usw.); teilweise wird die künstliche Ernährung (enteral über Sonden oder parenteral über Katheter) dazu gerechnet.<sup>7</sup>

Der Bundesgerichtshof ging über diese Auffassung im sogenannten Kemptener Urteil hinaus. Demnach kann auch bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten der Abbruch einer ärztlichen Behandlungsmaßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der *mutmaßliche Wille des Patienten*.<sup>8</sup> Dabei sind strenge Maßstäbe anzulegen. Herangezogen werden müssen u.a. frühere schriftliche oder mündliche Äußerungen des Patienten, religiöse Überzeugungen, sonstige persönliche Wertvorstellungen sowie die Haltung des Patienten zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit.<sup>9</sup>

Auf Grund dieser Sachlage macht es mehr Sinn, „aktiv“ und „passiv“ im Hinblick auf den Sterbeprozess zu verstehen.<sup>10</sup> Von passiver Sterbehilfe kann man demnach dann sprechen, wenn man das Sterben eines Patienten zulässt und zwar sowohl durch das *Nicht-Aufnehmen* als auch durch das *Nicht-Fortführen* einer lebensverlängernden Maßnahme.<sup>11</sup> In diesem Sinne sprechen die Grundsätze der Bundesärztekammer von einer Änderung des Therapieziels bei Patienten mit infauster Prognose. Wenn nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach die Patienten in absehbarer Zeit sterben werden, kann auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet werden, wenn diese nur das Leiden verlängern würden und „die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht“.<sup>12</sup> Hervorzuheben ist der Hinweis, dass trotz dieser Änderung des Therapieziels die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen geboten bleibt.

---

7 Dettmeyer (2001), S 97 f.

8 Dettmeyer (2001), S. 103.

9 Dettmeyer (2001), S. 105.

10 Johann S. Ach et al. (2004): Sterbehilfe. In: Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Herausgegeben von Urban Wiesing unter Mitarbeit von Johann S. Ach, Matthias Bormuth und Georg Markmann, S. 215.

11 In der internationalen Terminologie wird dies auch als „allow natural death“ bezeichnet.

12 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004.

Die vorliegende Empfehlung bezieht sich auf Situationen und Handlungen auf Intensivstationen, die Entscheidungen am Lebensende im Sinne von Behandlungsverzicht und -abbruch betreffen. Dies entspricht dem, was die DGAI unter „passiver Sterbehilfe“ formuliert hat. Die passive Sterbehilfe ist erlaubt; sie muss aber im Einzelfall ethisch begründet werden. Die „aktive Sterbehilfe“ (auch Tötung auf Verlangen) ist gesetzlich verboten (§ 216 des StGB).

Für Fragen oder Erläuterungen rund um diese komplexe ethische Situation steht das Klinische Ethikkomitee, die Professur für Ethik in der Medizin oder die Geschäftsführung des klinischen Ethikkomitees zur Verfügung.

## **11. Hinweis und Kontakt**

Wissenschaft und ärztliche Praxis sind in einem beständigen Wandel begriffen. Die vorliegenden Empfehlungen zur Behandlungsbegrenzung auf Intensivstationen sind nach bestmöglichen und aktuellen Erkenntnissen gestaltet worden. Die Empfehlungen können mit Angabe der Quelle frei verwendet werden; das Klinische Ethikkomitee bittet um Informationen über den klinischen Einsatz. Durch die Verwendung der Richtlinien besteht keinerlei Rechtsanspruch an das Klinische Ethikkomitee oder das Universitätsklinikum Erlangen.

Diese Empfehlungen können auch noch nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes (01.09.2009) verwendet werden. Aktualisierte Fassungen sowie der Dokumentationsbogen, der die hier abgedruckte Empfehlung ergänzt, können kostenlos unter der folgenden Internetadresse bezogen werden:

[www.ethikkomitee.med.uni-erlangen.de](http://www.ethikkomitee.med.uni-erlangen.de)

Postalische Anfragen bitte an:

Professur für Ethik der Medizin  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Glückstraße 10  
91054 Erlangen

Anfragen per E-Mail an:

Gisela Heinrici, M.A.

Professur für Ethik der Medizin

sekretariat@ethik.med.uni-erlangen.de