

Ethik in der Hausarztmedizin: „Wer bin ich eigentlich, eine solche Entscheidung zu fällen?“

Ethics in Family Medicine: „Who am I to Make such a Decision“

Florian Bruns¹, Almut Noack², Susanne Döpfmer³

Zusammenfassung: Eine derzeit noch laufende qualitative Studie an der Berliner Charité geht der Frage nach, welche ethischen Konflikte Hausärzte erleben und welchen Beratungsbedarf sie haben. In einem der Studieninterviews wurde der hier dargestellte Fall berichtet, der nachfolgend ethisch analysiert wird: Ein Hausarzt wird im ärztlichen Bereitschaftsdienst zu einer ihm nicht bekannten 85-jährigen Bewohnerin eines Pflegeheimes gerufen, die gegenüber dem Pflegepersonal thorakale Schmerzen angegeben hatte. Bei Eintreffen in dem Zimmer der Patientin ist diese offenbar unmittelbar zuvor verstorben. Dem Hausarzt stellt sich die Frage, ob eine Reanimation versucht werden soll. Über die Patientin ist nichts bekannt. Die Pflegerin kann auch keine Auskunft darüber geben, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Der Hausarzt entscheidet sich gegen einen Reanimationsversuch, ist aber im Nachhinein unsicher, ob dies die richtige Entscheidung war.

Anhand einer retrospektiven Fallanalyse werden Kriterien identifiziert, mit denen sich die Entscheidung des Hausarztes aus ethischer Sicht beurteilen lässt. Die stets notwendige Prüfung von Indikation und Patientenwille erweist sich als nicht hinreichend, da über die Wünsche der Patientin nichts bekannt ist. Die Empfehlung notfallmedizinischer Leitlinien, im Zweifel immer eine Reanimation zu beginnen, hilft angesichts des unklaren Therapieziels ebenfalls nur bedingt weiter. Die Abwägung der medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit, Nicht-Schaden) kann helfen, eine verantwortungsvolle Entscheidung zu treffen, die das Wohl der Patientin am besten berücksichtigt.

Schlüsselwörter: Medizinethik; Ethik in der Hausarztmedizin; Entscheidungen am Lebensende; medizinische Indikation

Summary: An ongoing qualitative study at the Charité Berlin is examining the experience of family physicians with moral conflicts and the potential need for ethical advice. We analyze a case report from this interview study by using a principle-oriented approach. During an out-of-hours service, a family physician is being called to see an 85 years old, previously unknown patient in a nursing home, who is suffering from angina. On arrival, the patient apparently has just passed away. The family physician is confronted with the decision whether or not to start resuscitation. No details about the patient are known. The nurse does not know whether an advance decision has been laid down. The family physician decides against resuscitation, but is unsure about this choice when reflecting on the case afterwards.

We identify criteria for a retrospective ethical reflection of the case. The assessment of the medical indication and of the patient's will seems crucial. However, without any knowledge of the patient's preferences this proves to be insufficient. The recommendation of resuscitation guidelines to always begin with resuscitation if in doubt seems hard to follow without a clear idea of any goal of therapy that is realistically attainable. The application of the ethical principles in health care, as formulated by Beauchamp und Childress (respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, and justice), can help to reach a responsible decision in the best interest of the patient.

Keywords: medical ethics; ethics in family medicine; end-of-life decisions; medical indication

¹ Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

² Fachärztin für Allgemeinmedizin in Berlin-Zehlendorf

³ Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Peer reviewed article eingereicht: 09.05.2017, akzeptiert: 01.06.2017

DOI 10.3238/zfa.2017.0319-0323

Hintergrund

Die Frage nach dem moralisch richtigen Handeln stellt sich in der Medizin nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Rahmen der hausärztlichen Primärversorgung. Gleichwohl fokussiert der medizinethische Diskurs in Deutschland bisher stark auf den klinisch-stationären Bereich. Die Charakteristika der hausärztlichen Tätigkeit mit ihren spezifischen ethischen Fragestellungen kommen in diesem Diskurs nur selten zur Sprache [1–3]. Über Art und Ausmaß medizinethischer Dilemmata, die Hausärzte* in ihrer Praxis, bei Hausbesuchen oder in Pflegeheimen erleben, ist wenig bekannt [4]. Regionale Studien deuten darauf hin, dass bei ambulanten Fachkräften ein Beratungsbedarf zu ethischen Fragen besteht und überdies der patientenbezogene Informationsaustausch zwischen Haus- und Klinikärzten über ethische Fragen am Lebensende verbesserungswürdig ist [5, 6]. Schon vor Jahren wurde auf die generell unzureichende Forschung zu ethischen Aspekten der hausärztlichen Medizin hingewiesen [7]. Neben bereits bestehenden Initiativen wie z.B. in Göttingen [2] bemüht sich seit kurzem auch eine allgemeinmedizinisch-medizinethische Arbeitsgruppe an der Berliner Charité um mehr Erkenntnisgewinn zur Ethik in der Hausarztmedizin. Im Rahmen einer Interviewstudie werden Daten darüber erhoben, welche medizinethischen Konflikte in der ärztlichen Primärversorgung eine Rolle spielen und wie im Praxisalltag mit ihnen umgegangen wird.

Im Folgenden möchten wir anhand einer Kasuistik, die uns im Rahmen der Interviewstudie berichtet wurde, auf ethische Probleme im Rahmen der hausärztlichen Medizin aufmerksam machen und exemplarisch zeigen, wie sie sich retrospektiv unter Berücksichtigung etablierter Prinzipien der Medizinethik analysieren lassen.

Fallbeispiel: Verzicht auf Reanimation bei einer Pflegeheimbewohnerin

Der Hausarzt Dr. E. berichtet der Interviewerin, dass er im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes von einem

Pflegeheim um einen Besuch bei einer ihm nicht bekannten 85-jährigen Dame gebeten wurde, die über thorakale Schmerzen geklagt hatte. Die Pflegerin, die angab, kurz zuvor noch bei der Patientin gewesen zu sein, holte den Kollegen am Eingang des Pflegeheims ab, um ihm den Weg zu zeigen. Im Aufzug erkundigte sich der Kollege, ob eine Patientenverfügung vorläge. Dies wusste die Pflegerin nicht. Auch über Vorerkrankungen konnten weder die Pflegerin noch die Akte Auskunft geben. Als die beiden im Zimmer der Frau ankamen, lag diese tot in ihrem Bett. Sie war offensichtlich innerhalb der letzten ungefähr 25 Minuten, seit die Pflegerin ihr Zimmer verlassen hatte, verstorben. Der Arzt stand nun vor der Entscheidung, noch zu reanimieren oder den Tod so hinzunehmen. Der Arzt entschied sich gegen eine Reanimation. Im Interview schildert der Kollege: *„Und ich hab’ dann irgendwie so einen kleinen Moment versucht, da ein Gefühl für zu entwickeln, und habe mich gefragt, was sie [die Patientin] sich wohl gewünscht hätte. Mein Gefühl war, was wünscht man sich mehr als eines Tages so zu sterben? Später habe ich darüber mit einer Kollegin gesprochen, die auch Notdienste macht und die meinte: ‚Ach Mensch, die Frau hat bestimmt Glück gehabt, dass Du gekommen bist.‘ Das höre ich natürlich gerne, aber ich hab’ mir dann irgendwie überlegt, wer bin ich eigentlich, so eine Entscheidung zu fällen? Wenn da ein Kind gelegen hätte – man hätte natürlich reanimiert, oder wenn es eine 50-Jährige gewesen wäre, oder vielleicht, wenn ich sie gekannt hätte, wenn es eine Patientin von mir gewesen wäre, wo ich gewusst hätte, die wird doch nächste Woche 85, da soll doch die ganze Familie kommen, die will doch ihr Enkelkind noch sehen [...]. Eigentlich weiß ich das nicht. Und vielleicht war die Familie entsetzt. Vielleicht dachten die auch, ach Mensch, das hat sich die Oma immer so gewünscht, aber vielleicht haben die auch gesagt, wie, da ist jetzt ein Arzt gekommen und hat nichts mehr gemacht?‘ Das weiß ich alles nicht, hab’ ich nie erfahren. [...] Aber eigentlich versuche ich ja, die Sachen immer noch zu hinterfragen, und zu sagen, was sind eigentlich meine Kriterien und gerade was sind meine ethischen Kriterien, woher habe ich die überhaupt?“*

Ethische Analyse: Prüfung von Indikation und Patientenwille

Für die Analyse des Falles ist es hilfreich, sich zunächst an die Voraussetzungen zu erinnern, die ärztlichem Handeln juristische und ethische Legitimation verleihen:

1. das Vorliegen einer medizinischen Indikation und
2. die informierte Zustimmung des Patienten.

Das Stellen der Indikation ist eine fachliche, allein dem Arzt obliegende Beurteilung, ob eine bestimmte medizinische Maßnahme geeignet ist, das mit dem Patienten (oder dem stellvertretend Entscheidungsbevollmächtigten) festgelegte Behandlungsziel zu erreichen. Hierfür sind Nutzen und Erfolgsaussichten der Maßnahme sowie die mit ihr verbundenen Belastungen und Risiken abzuwägen [8]. Besitzt eine Maßnahme keinen therapeutischen Nutzen oder steht ein fraglicher Nutzen nach ärztlicher Einschätzung in keinem Verhältnis zu dem zu befürchtenden Schaden, muss sie der Arzt nicht anbieten und kann ihre Durchführung verweigern [9]. Ist die Indikation für eine medizinische Maßnahme gestellt worden, hängt es von der Einwilligung des Patienten ab, ob sie durchgeführt wird. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verleiht ihm ein Abwehrrecht gegen eine ärztlich vorgeschlagene Behandlung, es verschafft ihm jedoch keinen Anspruch auf eine nicht indizierte Maßnahme [8]. Lässt sich der Patientenwille – etwa aufgrund einer Bewusstlosigkeit oder einer Demenz – nicht ermitteln, ist nach schriftlichen Voraussetzungen zu fragen. Bietet weder eine Patientenverfügung noch der Dialog mit einem Bevollmächtigten oder Betreuer Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Patienten, hat sich das ärztliche Handeln am objektiven Wohl des Patienten zu orientieren. Der Rückgriff auf allgemeine Wertvorstellungen in der Gesellschaft kann hierbei hilfreich sein, die Irrtumsgefahr ist jedoch beträchtlich [10]. Überwiegend wird deshalb empfohlen, medizinisch indizierte Maßnahmen zunächst durchzuführen und diese Entscheidung danach kontinuierlich neu zu evaluieren [11]. Die gleiche Empfehlung gilt für Notfallsituationen, in denen das Leben des

* Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet. Es sind stets beide Geschlechter gemeint.

Patienten akut gefährdet ist. Damit bleibt die Möglichkeit erhalten, die Situation des Patienten zu einem späteren Zeitpunkt sowie unter Zuhilfenahme weiterer Informationen neu zu bewerten und eingeleitete medizinische Maßnahmen gegebenenfalls fortzuführen oder abubrechen.

Klärung des Therapieziels als Voraussetzung der Indikationsstellung

Die enge Relation zwischen Indikation und Patientenwille führt in Fällen, in denen nichts über die Präferenzen des Patienten bekannt ist, zu Schwierigkeiten. Ein solcher Fall liegt mit der 85-jährigen Pflegeheimbewohnerin vor. Der hinzugerufene Arzt, der nicht Hausarzt der Patientin ist, steht zusammen mit einer Pflegerin am Bett einer verstorbenen Patientin. Er sieht sich vor die Wahl gestellt, Wiederbelebungsmaßnahmen einzuleiten oder auf diese zu verzichten. Über die Vorgeschichte der alten Dame ist in der Kürze der Zeit ebenso wenig zu erfahren wie über ihre mutmaßlichen oder schriftlich niedergelegten Behandlungswünsche. Da der Patientenwille nicht bekannt ist, erhält die Frage nach der Indikation zur Reanimation ein umso größeres Gewicht. Wie oben dargestellt, kommt jedoch auch die Indikationsstellung nicht völlig ohne die Patientenperspektive aus, da eine Indikation stets auf ein konkretes Behandlungsziel bezogen ist, das sich aus individuellen Vorstellungen vom guten Leben (und Sterben), speziellen Wünschen oder Hoffnungen ableitet. Im Fall der Pflegeheimbewohnerin ist unklar, ob für sie das Weiterleben, unter Umständen auch mit neurologischen Defiziten, ein Behandlungsziel darstellt.

Um den Prozess der Indikationsstellung an dieser Stelle weiterzubringen, ist es hilfreich, hypothetisch anzunehmen, die alte Dame wünschte sich den Erhalt ihres Lebens und dies wäre dem Arzt auch bekannt. Im nächsten Schritt der Indikationsprüfung wäre dann zu fragen, mit welcher Wahrscheinlichkeit dieses Ziel durch eine Reanimation überhaupt erreichbar ist und welche Nutzen bzw. Risiken bestehen. Der Literatur zufolge überleben nur ca. 8 % der Betroffenen einen außerklinischen Herz-Kreislaufstillstand bis zur Krankenhausentlassung [12], wobei die Zahlen

regional leicht variieren [13, 14]. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Reanimationsversuch erfolglos bleibt oder das Überleben mit erheblichen neurologischen Defiziten erkaufte wird, ist demgegenüber hoch [15]. Unklar ist, ob Wiederbelebungsversuche speziell bei Altenheimbewohnern eine noch schlechtere Prognose aufweisen; in der Literatur wird dies kontrovers diskutiert [16, 17]. Begreift man sowohl eine frustrane Reanimation als auch ein Überleben mit schlechtem neurologischen Outcome als Schaden, so überwiegt in diesem Fall das Schadensrisiko eindeutig den potenziellen Nutzen eines Reanimationsversuchs. Folglich wäre die Indikation zur Wiederbelebung nicht gegeben und damit das Unterlassen entsprechender Bemühungen vertretbar.

Unsere Überlegung enthält jedoch offenkundig Limitationen. Da keinerlei Informationen über die Präferenzen der Patientin vorliegen, gelingt die Prüfung, ob eine Reanimation medizinisch indiziert ist, nur unvollständig: Letztlich wird die Indikation zur Reanimation der alten Dame lediglich an die Erfolgsaussichten der Wiederbelebung geknüpft. Wahrscheinlichkeiten können eine ethische Argumentation zwar stützen, sie als alleinigen Maßstab zu benutzen, greift jedoch zu kurz, da eine Statistik über den Einzelfall nichts aussagt. Darüber hinaus existiert kein Konsens, ab welcher prozentualen Überlebenschance ein Reanimationsversuch denn angezeigt wäre. Zudem haben wir unter der Prämisse argumentiert, dass ein Weiterleben mit neurologischem Defizit kein Therapieziel und im Zweifel der Tod einem solchen Zustand vorzuziehen sei. Dies ist eine wertende Position, die in einer pluralistischen Gesellschaft nicht ohne weiteres verallgemeinert werden kann. Die Auffassungen vom lebenswerten Leben sind vermutlich ebenso vielfältig wie jene vom guten Sterben. Es empfiehlt sich daher, die retrospektive ethische Beurteilung nicht nur mit Blick auf Indikation und Patientenwille vorzunehmen, sondern sie durch einen prinzipienethischen Ansatz zu ergänzen.

Prinzipienorientierte Herangehensweise

Hierfür eignen sich die erwähnten Prinzipien von Beauchamp und Childress

[18, 19]. Sie erheben weder einen Absolutheitsanspruch, noch bilden sie untereinander eine Rangfolge; vielmehr sind sie je nach Einzelfall gegeneinander abzuwägen [20].

- Die Achtung vor der *Autonomie* des Patienten erfordert, ärztlichen Paternalismus möglichst zu vermeiden, sich über die Wünsche des Patienten Klarheit zu verschaffen und diese innerhalb der Grenzen des gesetzlich Erlaubten zu respektieren. Dabei macht es einen Unterschied, ob die Behandlungswünsche eines Patienten nicht schnell genug zu ermitteln sind, oder ob sie tatsächlich unbekannt sind. Im ersten Fall ist es sinnvoll, Zeit zu gewinnen und Informationen zu beschaffen, im zweiten Fall ändert der Zeitgewinn nichts am Informationsdefizit. Bezogen auf unsere Kasuistik spräche aus dieser Sicht einiges für einen Reanimationsversuch, um die Möglichkeit offenzuhalten, mehr über die Präferenzen der Patientin zu erfahren.

- Die ärztliche Pflicht zur *Fürsorge* beinhaltet als vornehmstes Ziel die Bewahrung des menschlichen Lebens, sofern dies dem Patientenwillen entspricht. Als Ausdruck dieser Fürsorgepflicht wird etwa in notfallmedizinischen Leitlinien empfohlen, trotz geringer Erfolgswahrscheinlichkeit regelhaft mit einer kardiopulmonalen Reanimation zu beginnen, sofern weder sichere Todeszeichen oder mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen noch eine anderslautende Patientenverfügung vorliegen [15]. In aussichtslosen Situationen kann Fürsorge aber auch bedeuten, natürliches Sterben zuzulassen und einen guten Tod zu ermöglichen: „Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen“, so das Fazit der Bundesärztekammer in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung [21].

- Aus der Perspektive der *Gerechtigkeit* wäre zu fordern, alle Patienten in vergleichbaren Situationen gleich zu behandeln, das heißt insbesondere eine Alters- oder Subgruppendifferenzierung – auch am Lebensende – zu vermeiden. Dies gilt umso mehr, da ein hohes Alter allein, entgegen der landläufigen Annahme, kein verlässlicher Prädiktor für das Überleben nach Reanimation ist. Dass Pflegeheimbewoh-

Dr. med. Florian Bruns, M.A. ...

... war als Arzt in der Inneren Medizin und in der Klinischen Ethikberatung tätig. Seit 2012 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Berliner Charité.

ner eine per se schlechtere Prognose nach Reanimation aufweisen, ist ebenfalls nicht erwiesen [12, 16, 17].

- Das Prinzip des *Nicht-Schadens* greift das traditionelle Gebot des „primum nil nocere“ auf: der Arzt soll dem Patienten keinen Schaden zufügen bzw. ein Leiden nicht verschlimmern. Dies erscheint selbstverständlich, geht aber bei nebenwirkungsreichen Therapien, etwa in der Krebsbehandlung, oft mit schwierigen Abwägungsprozessen einher. Eine Reanimation kann ebenfalls ein Schadensrisiko bergen, allerdings hängt dies stark von der Wertung des Todes ab: Betrachtet man den Tod als ultimatives Unglück – oder zum Beispiel ein apallisches Syndrom als einen noch größeren „Schaden“?

Diskussion

Im Gegensatz zu ihren Kollegen in der Klinik müssen Hausärzte Entscheidungen am Lebensende von Patienten oft allein und intuitiv treffen. Die diskursiv angelegte Klinische Ethik und deren zentrale Voraussetzung, die Entscheidungsfindung im Behandlungsteam, helfen in der ambulanten Medizin nur selten weiter. Auch im vorliegenden Fall ist der

Hausarzt auf sich gestellt – und überdies mit einem gravierenden Informationsdefizit konfrontiert: weder der Wille der Patientin noch ihre Krankengeschichte sind bekannt. Hier wird deutlich, dass auch organisationsethische Fragen in der Hausarztmedizin eine Rolle spielen: Ein vom Pflegeheim angeforderter Arztbesuch sollte so vorbereitet werden, dass dem Bereitschaftsarzt wenigstens einige Grundinformationen über den Patienten (Vorerkrankungen, ggf. Patientenverfügung) zugänglich sind. Hierfür sollten alle Beteiligten, insbesondere aber die Heimleitung und auch der betreuende Hausarzt, kooperativ Sorge tragen.

Der verantwortliche Umgang mit der Unsicherheit über das individuelle Wohl und die Behandlungspräferenzen der Patientin stellt in unserem Fall das zentrale ethische Problem dar. Ein primärer Therapieverzicht lässt sich mit den schlechten Erfolgsaussichten einer außerklinischen Reanimation und dem daraus abgeleiteten Fehlen einer Indikation begründen. Auch das Gebot, nicht zu schaden, ließe sich anführen. Der vom Arzt im Interview geäußerte Hinweis, dass er womöglich anders gehandelt hätte, wäre die Patientin jünger oder ihm bekannt gewesen, lenkt den Blick auf die Aspekte Fürsorge und Ge-

rechtigkeit und führt zu der Frage, ob er nicht doch einen Reanimationsversuch hätte unternehmen sollen, gerade weil ihm die Patientin völlig unbekannt war. Aus dieser Perspektive trägt die Verzichtentscheidung des Arztes zweifellos paternalistische Züge. Doch wäre der Entschluss, die alte Dame, die in der Nähe ihrer biologischen Lebenserwartung ohne längere Agonie im Bett eines Pflegeheims verstirbt, zu reanimieren und auf die Intensivstation zu verbringen, nicht ebenso paternalistisch gewesen? Ist das Zulassen des Todes in einem Alter, in dem von einem gelebten Leben ausgegangen werden darf, per se rechtfertigungsbedürftig? Und wie realistisch ist die Vorstellung, das menschliche Leben, zumal an seinem Ende, ließe sich völlig autonom gestalten? Dass in bestimmten Situationen Hausärzte Entscheidungen für Patienten zu treffen haben, gehört zu den verantwortungsvollen Aufgaben ihrer Profession. Vor diesem Hintergrund scheint eine stärkere Berücksichtigung ethischer Aspekte in Studium und Weiterbildung erstrebenswert. Es wäre außerdem zu prüfen, ob das Angebot regelmäßiger oder bedarfsweiser ethischer Fallbesprechungen von Hausärzten als hilfreich empfunden würde.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Susanne Döpfmer
Institut für Allgemeinmedizin der Charité
Charitéplatz 1
10117 Berlin
Tel.: 030 450514123
susanne.doepfmer@charite.de

Literatur

1. Frewer A, Bruns F (Hrsg.). Klinische Ethik. Konzepte und Fallstudien. Freiburg: Alber, 2013
2. Gágyor I. Ethikberatung für Hausärzte bei Patienten am Lebensende. In: Frewer A, Bruns F, May AT (Hrsg.). Ethikberatung in der Medizin. Berlin: Springer, 2012: 141–50
3. Slowther A. Ethics case consultation in primary care: contextual challenges for clinical ethicists. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18: 397–405
4. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics* 2001; 27: 98–103
5. Heßling A, Marx G, Simon A, et al. Ethikberatung für die ambulante Versorgung – eine qualitative Pilotstudie. *Z Palliativmed* 2014; 15: PB103
6. Otte IC, Jung C, Bally K, et al. Interprofessional silence at the end of life: do Swiss general practitioners and hospital physicians sufficiently share information about their patients? *J Palliat Med* 2016; 19: 983–6
7. Rogers WA. A systematic review of empirical research into ethics in general practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 733–7
8. Lipp V. Die medizinische Indikation aus medizinrechtlicher Sicht. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg.). Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 2015: 36–46
9. Verrel T, Simon A. Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte. Freiburg, Alber, 2010
10. Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen. Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 570–4

11. Borasio GD, Heßler HJ, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. Dtsch Arztebl 2009; 106: A 1952–7
12. Kaerlein KT, Bohn A, Lukas RP. Abbruch einer Reanimation im Rettungsdienst. Notfallmed. up2date 2014; 9: 327–338
13. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: systematic review of 67 prospective studies. Resuscitation 2010; 81: 1479–87
14. Nichol G, Thomas E, Callaway CW, et al. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome. JAMA 2008; 300: 1423–31
15. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, et al. Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Kapitel 11 der Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council. Notfall Rettungsmed 2015; 18: 1035–47
16. Mohr M, Bömelburg K, Bahr J. Reanimationsversuche in Senioreneinrichtungen: Lebensrettung am Lebensende? Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2001; 36: 566–72
17. Søholm H, Bro-Jeppesen J, Lippert FK, et al. Resuscitation of patients suffering from sudden cardiac arrests in nursing homes is not futile. Resuscitation 2014; 85: 369–75
18. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 2013
19. Rauprich O, Steger F (Hrsg.). Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis. Frankfurt am Main: Campus, 2005
20. Marckmann G. Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? Arztebl Baden-Württ 2000; 56: 499–502
21. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (letzter Zugriff am 3.5.2017)



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es zu jeder Leitlinie eine Kurzfassung für die Anwendung im Praxisalltag. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Dr. Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 133
10117 Berlin
Tel.: 030 209669800
Fax: 030 209669899
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

PD Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de