

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische und rechtliche Grundlagen der Begrenzung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen

Fortbildungsreihe / Pflichtwahlseminar „Klinische Ethik“

Klinikum Großhadern, 14.06.11





Begriffsklärung: Formen der Sterbehilfe

Fallbeispiel

Passive Sterbehilfe (Therapiebegrenzung)

- Nutzlosigkeit
- Stellvertretende Entscheidung

Sondenernährung (PEG)

- Demenz
- PVS („Wachkoma“)



unter best. Bed.
erlaubt

Passive Sterbehilfe

Behandlungsbegrenzung

Indirekte (aktive) Sterbehilfe

Leidensmindernde Maßnahme

verboten
(StGB)

(Direkte) aktive Sterbehilfe

Tötung auf Verlangen



1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.
3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.



41-jährige Patienten mit Subarachnoidal-Blutung (SAB) bei Aneurysma der A. carotis interna rechts

OP: Ummantelungs-Clip, Entlastungs-Hemikraniektomie bei zunehmendem Hirndruck mit drohender Einklemmung

Gefäßspasmen in den basalen intrakraniellen Arterien \Rightarrow Spasmolyse

Nach 7d: Sedierung \downarrow , Patientin öffnet Augen, drückt rechte Hand, keine Kommunikation möglich

CCT nach 14d: Multiple Ischämiezonen im Media-Stromgebiet beider Hemisphären, re $>$ li; Hirndruck-Anstieg, Patientin bewusstlos

Nach Rücksprache mit Vater: keine Eskalation der Therapie

Seit 2d: Patientin atmet spontan am T-Stück, aber nicht ansprechbar

Liquorkissen über Kraniotomiestelle \Rightarrow Indikation zur Anlage einer V-P-Shunts

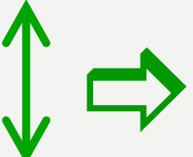
Vater: Anlage des V-P-Shunt widerspricht dem Willen seiner Tochter

\rightarrow Ethische Fallbesprechung über Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen



- Nutzen für den Patienten

←^① Nutzen?

③  Wille vor Wohl

- Einwilligung des Patienten

←^② Wille?

- Ausführung *lege artis*



Auf lebensverlängernde Maßnahmen ist zu verzichten, wenn

- diese dem Patienten keinen Nutzen mehr bieten oder
- der Patient seine Einwilligung in die Durchführung der Maßnahme verweigert

Leitfragen beim Verzicht auf lebensverl. Maßnahmen:

- (1) Bietet die fortgesetzte lebensverlängernde Therapie dem Patienten einen **Nutzen**?
- (2) Entspricht die lebensverlängernde Behandlung dem (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) **Willen** des Patienten?



Nutzen \neq Wirksamkeit!

- **Nutzen** = für Patient erstrebenswertes Behandlungsziel erreichbar
- **Wirksamkeit**: i.d.R. notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Nutzen
- Ethische Verpflichtung: Nutzen, nicht Wirkung!!

Problem: **prognostische Unsicherheit!**

- Bei begründetem (!) Zweifel: Behandlung beginnen, Nutzen überprüfen, dann ggf. abbrechen

Abbruch **emotional** belastender als primärer Verzicht, **moralisch** aber (häufig) zu bevorzugen!

- Nie eine Behandlung vorenthalten, weil „verzichten“ leichter als „abbrechen“ ist!



Enge Definition

- Keine physiologische Wirksamkeit
- Versagen der Maximaltherapie
- Versagen der Therapiemaßnahme
- Therapieziel nicht erreichbar

Medizinisch-
fachliche
Urteile

→ Arzt

Weite Definition

- Geringe Erfolgsaussichten
- Keine erstrebenswerten Ziele erreichbar
- Inakzeptable Lebensqualität
- Voraussichtlich: Schaden > Nutzen

Werturteile

→ Patient



Lebensverlängerung möglich \Rightarrow nicht im engeren Sinne nutzlos
Schwerwiegende ischämische Schädigung beider Gehirnhälften,
genaue Prognose derzeit noch nicht sicher abschätzbar

Aber: Schwere körperliche sowie kognitive & kommunikative
Einschränkungen sind zu erwarten

- Pat. wird ihren Beruf (internationales Marketing bei einer großen Firma) sicher nicht mehr ausüben können

Frage: Ist der Patientin unter der vorliegenden Prognose ein
Weiterleben zuzumuten?

Problem: Erfordert Bewertung der zu erwartenden Lebensqualität

- Chance der ethischen Fallbesprechung: Perspektiven verschiedener Disziplinen auf das Patientenwohl verbinden

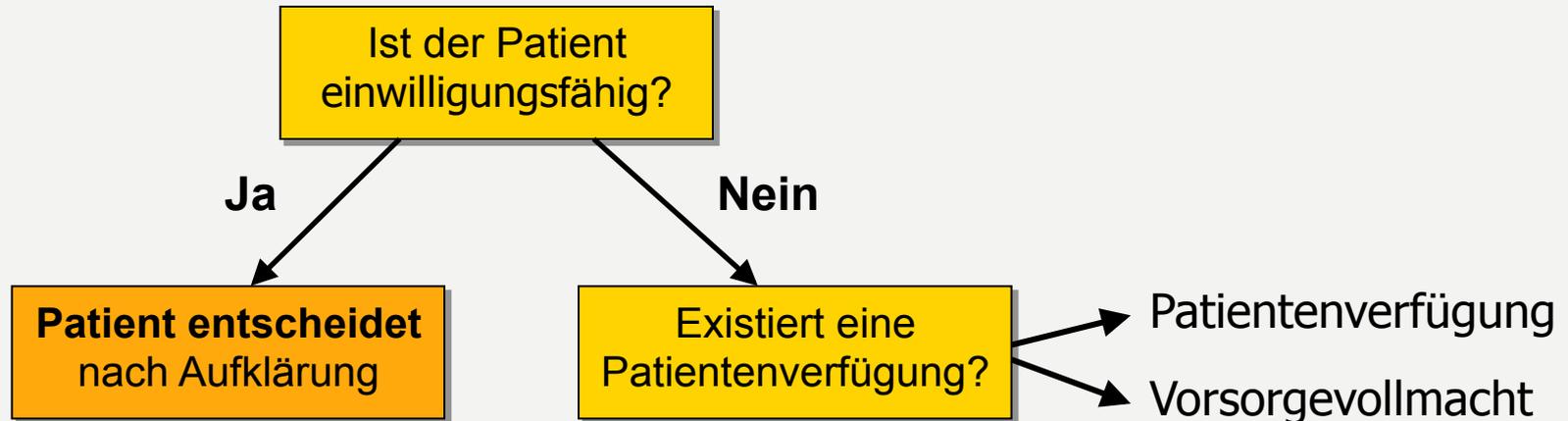
\rightarrow Tendenz: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen
entspricht eher dem Wohlergehen der Patientin



- Nutzen für den Patienten

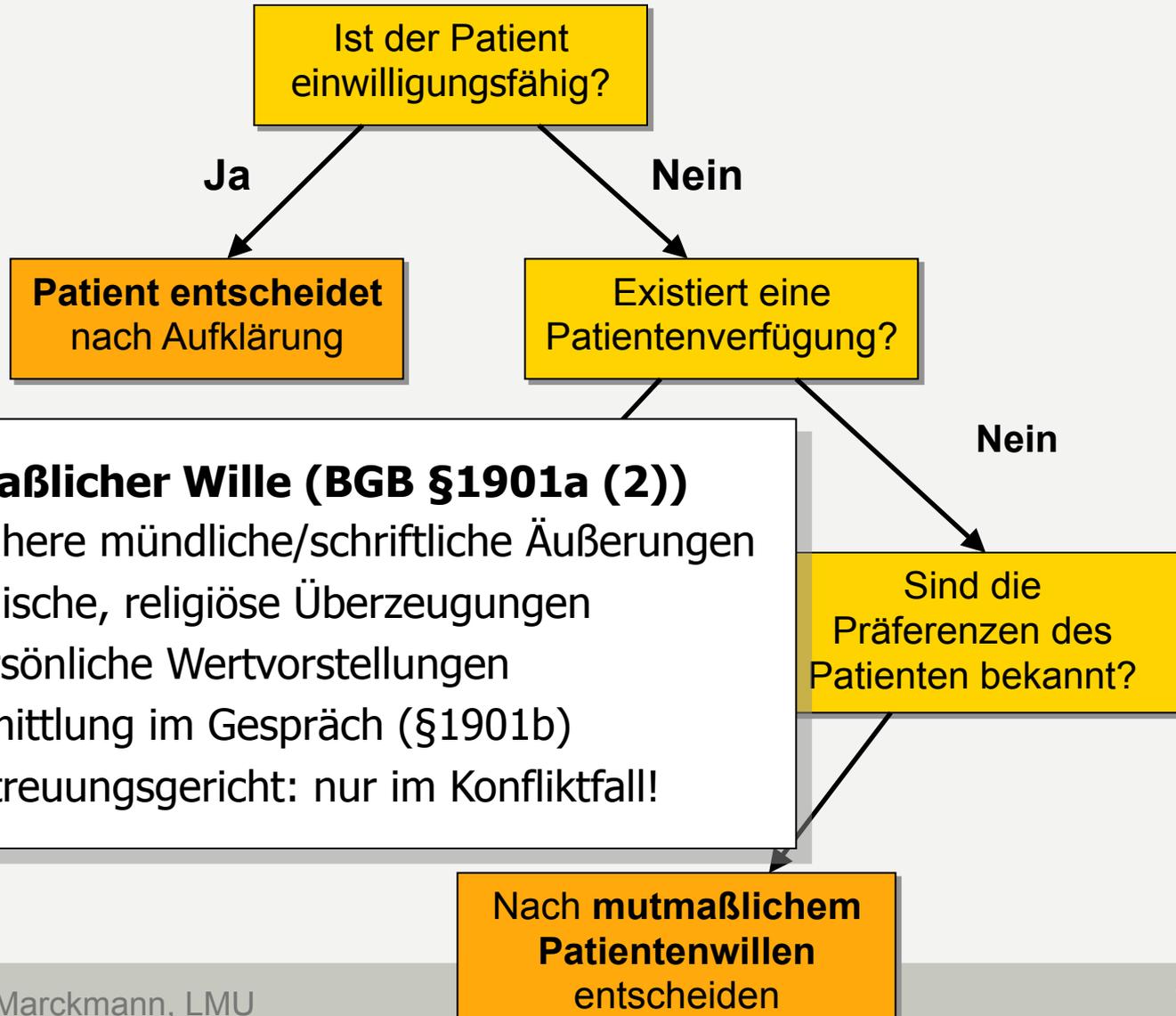
- Einwilligung des Patienten

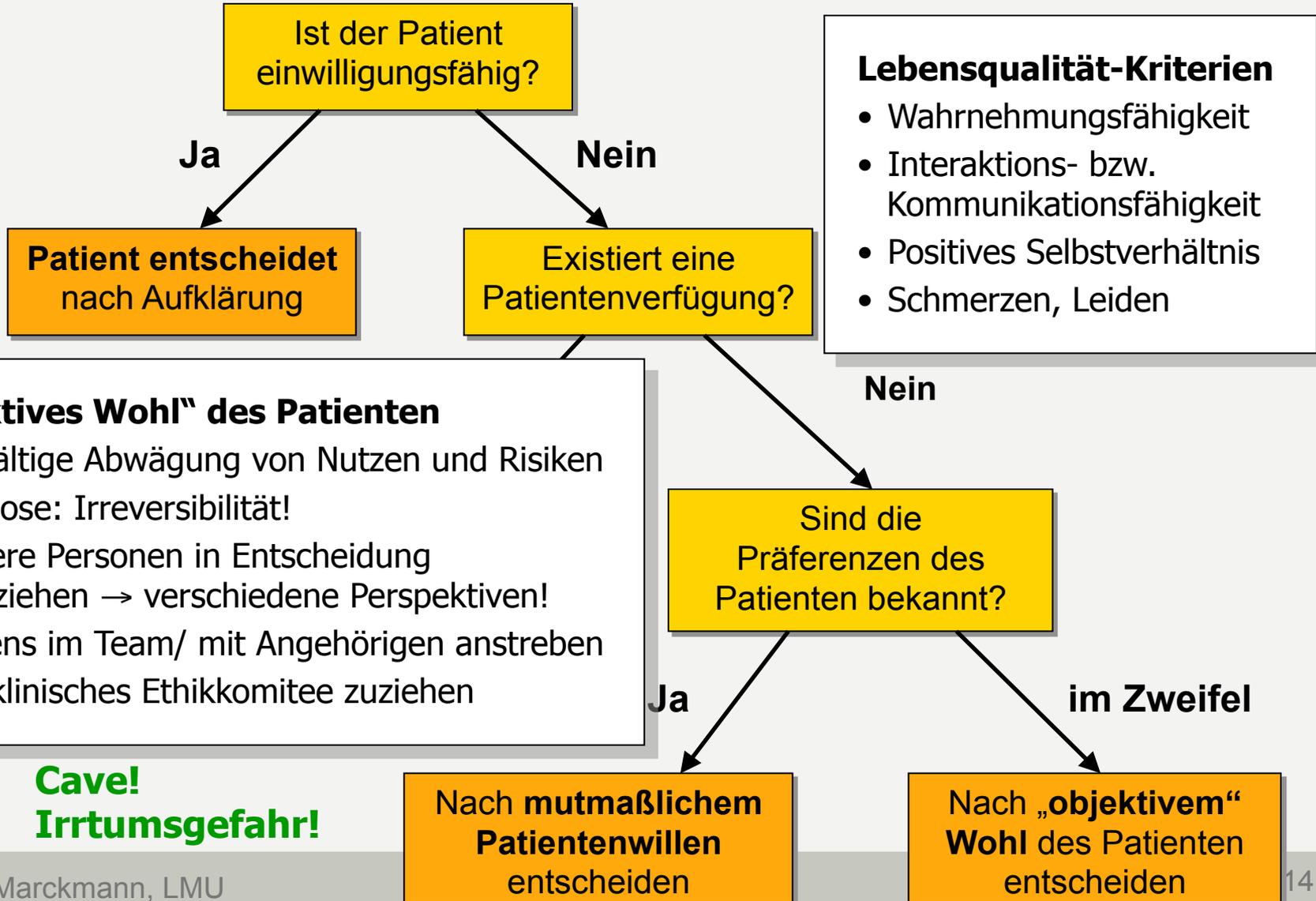
- Ausführung *lege artis*



3. BetrRÄG (seit 01.09.09 in Kraft)

- Eine schriftliche PV ist zu befolgen, wenn sie auf die vorliegende medizinische Situation zutrifft (BGB §1901a (1))
- Unabhängig von Art & Stadium der Erkrankung!
- Ermittlung des Patientenwillens im Gespräch mit Betreuer / Bevollmächtigtem, ggf. andere Angehörige (BGB §1901b)
- Alternativ: mündliche Behandlungswünsche berücksichtigen
- Wichtig: medizinische Beratung bei Abfassung der PV!!





Fallbeispiel: Einwilligung der Patientin?



Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, daß man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Auf jeden Fall erwarte ich aber, daß eine ausreichende Schmerzbehandlung vorgenommen wird, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte.

Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

B

GA

S. Lu



Patientenverfügung ist eher allgemein formuliert:

- Man soll auf Maßnahmen verzichten, „die nur eine Sterbens- *und* Leidensverlängerung bedeuten würden“
- Trifft im vorliegenden Fall nicht exakt zu, da die Patientin sich nicht im Sterbeprozess befindet

Gespräch mit Angehörigen (Eltern & Bruder)

- Patientin: Sehr aktive, ehrgeizige, alleinstehende Frau
- Beruf bedeutete ihr sehr viel: Internationales Marketing einer größeren Firma, viele Reisen ins Ausland, spricht mehrere Sprachen
- Anlass zur Abfassung der PV mit 29 Jahren: zwei Fälle einer schweren Gehirnschädigung mit starken körperlichen & geistigen Beeinträchtigungen im nahen Bekanntenkreis
- Pat. damals: „So möchte ich auf keinen Fall leben.“

Ergebnis: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen entspricht dem **mutmaßlichen Willen** der Patienten



Was bedeutet „einfrieren“?

- Fortsetzen des „status quo“ (z.B. Beatmung)
- Keine weitere Therapie-Eskalation bei Komplikationen (z.B. Infektionen, kardiale Dekompensation, Nierenversagen)

Gerechtfertigt nur bei **unklarer** Prognose!

- Grund: Bessere Abschätzung der Prognose im Verlauf
- Wichtig: Termin für Überprüfung des Therapieerfolgs festlegen!
- Problem der Grenzziehung: Welche Komplikationen werden nicht mehr behandelt?
⇒ Komplikationen mit Prognoseverschlechterung!

Nichtbehandlung von Komplikation als bessere Alternative?

- Warten auf die nächste Infektion, erfordert kein „aktives Tun“
- Psychologisch möglicherweise leichter (Team & Angehörige)
- Aber: Abbruch lebensverlängernder Behandlungen ethisch konsequenter (= **passive** Sterbehilfe)!



PEG-Sonde/i.v.-Flüssigkeit: Medizinische Behandlung

- **legitimationsbedürftiger Eingriff**
- nicht erst der Abbruch, sondern bereits die **Fortführung** der Sondenernährung bedarf der ethischen Rechtfertigung!
- Abbruch PEG-Sondenernährung = Abbruch einer (potenziell) lebensverlängernden Maßnahme ⇒ **passive** Sterbehilfe
 - vgl. Präambel BÄK-Grundsätze 2011

PEG = Basisbetreuung? ⇒ ethisch irrelevant!

Entscheidend: **Wohlergehen** und **Wille** des Patienten!

- (1) Hat die PEG einen *Nutzen* für den Patienten?
- (2) Entspricht die PEG dem *Willen* des Patienten?
 - Weigerung in PV ist zu respektieren! (sonst: strafbare Körperverletzung!)

Mögliche Indikationen zur PEG-Sondenernährung

- Isolierte Schluckstörung bei noch gut erhaltener Lebensqualität
- Reversible Schluckstörung



Ziele einer Sondenernährung

- Aspirationspneumonien verhindern
- Ernährungszustand verbessern
- Leben verlängern
- Patienten entlasten

Wirksamkeitsnachweis fehlt: (Finucane et al. 1999; Gillick 2000)

- Aspirationen lassen sich durch Sonde nicht (sicher) verhindern
- Überlebensrate mit Sonde nicht besser
- Kein Nachweis einer Leidensminderung
- Negative Auswirkungen: lokale Komplikationen, z.T. Fixierung der Patienten notwendig, Zuwendung durch Essen geben entfällt

Patienten leiden im Endstadium i.d.R. weder Hunger noch Durst

Dehydratation → Endorphine↑ → körpereigene Analgesie

→ Ernährungssonde nicht als Routine, sondern Flüssigkeit und Nahrung oral anbieten!



Lebensverlängerung möglich (T. Schiavo)

⇒ PEG = wirksame Maßnahme

Nutzen: Lebensverlängerung im PVS = erstrebenswertes
Behandlungsziel?

Keine konnektive Funktion des Kortex ⇒ keine bewusste Wahrnehmung ⇒
Bedingung der Möglichkeit für Lebensqualität fehlt ⇒
Lebensverlängerung nutzlos (?)

Ohne Konsens: keine *einseitige* Entscheidung zum Therapieabbruch ⇒
erklärter/mutmaßlicher Patientenwille

BÄK-Grundsätze zur Sterbebegleitung (2011)

- Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung
- eine anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen
- dabei ist der „zuvor geäußerte oder der mutmaßliche Wille zu achten“

BGH-Urteil vom 13.09.1994 (LG Kempten): Abbruch der Sondenernährung
gemäß **mutmaßlichem Willen** zulässig



Keine absolute Verpflichtung zum Lebenserhalt!

Therapiebegrenzung am Lebensende bei

(1) **fehlendem Nutzen** für den Patienten:

- Nutzlosigkeit im engeren Sinn → ärztliche Entscheidung
- Nutzlosigkeit im weiteren Sinn → Patientenentscheidung

(2) **fehlender Einwilligung** des Patienten ⇨ Stellvertretende Entscheidung:

- (1) Patientenverfügung
- (2) mutmaßlicher Wille
- (3) „objektives“ Wohl/objektive Interessenabwägung

→ Vorsorge treffen: Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen **rechtzeitig** mit Patient und ggf. Angehörigen besprechen



J.G., geb. 11.01.1924

Folien:

[www.egt.med.uni-
muenchen.de/marckmann](http://www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann)

Kontakt:

marckmann@lmu.de

Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. DMW 2010;135(12):570-4.

Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2011;108(7):A346-348.



1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien, Chancen und Risiken

Inter-
preta-
tion

2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten

- Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorge)
- Autonomie des Patienten

3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)

- Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft

Gewich-
tung

4. Synthese: Konflikt? → Begründete Abwägung

5. Kritische Reflexion des Falls

- Stärkster Einwand?
- Vermeidung möglich?



28.06.11: Aktive Sterbehilfe & Beihilfe zum Suizid

12.07.11: Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung

26.07.11: Ethikberatung im Krankenhaus
(jeweils Di, 18:15 Uhr, HS 1, Großhadern)