



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Deutsche Hospiz- und PalliativStiftung  
Fortbildung „Ethische Fragen am Lebensende“  
Berlin, 23. März 2013

# Grundlagen der Ethik und stellvertretende Entscheidung am Lebensende

**PD Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox**  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Ludwig-Maximilians-Universität München



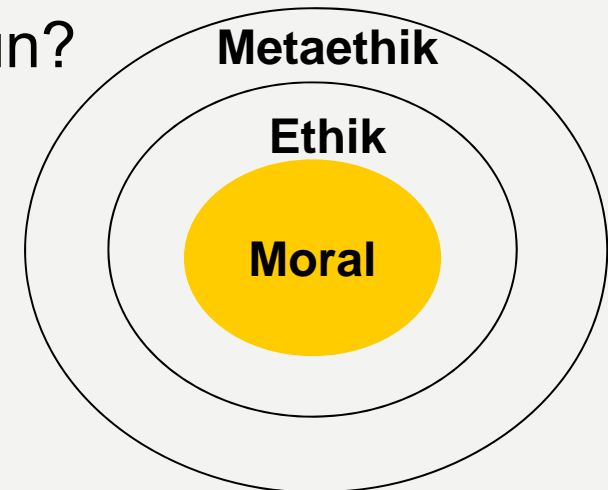
1. Ethik: Begriffe und Theorien
2. Prinzipien biomedizinischer Ethik
3. Stellvertretende Entscheidungen am Lebensende



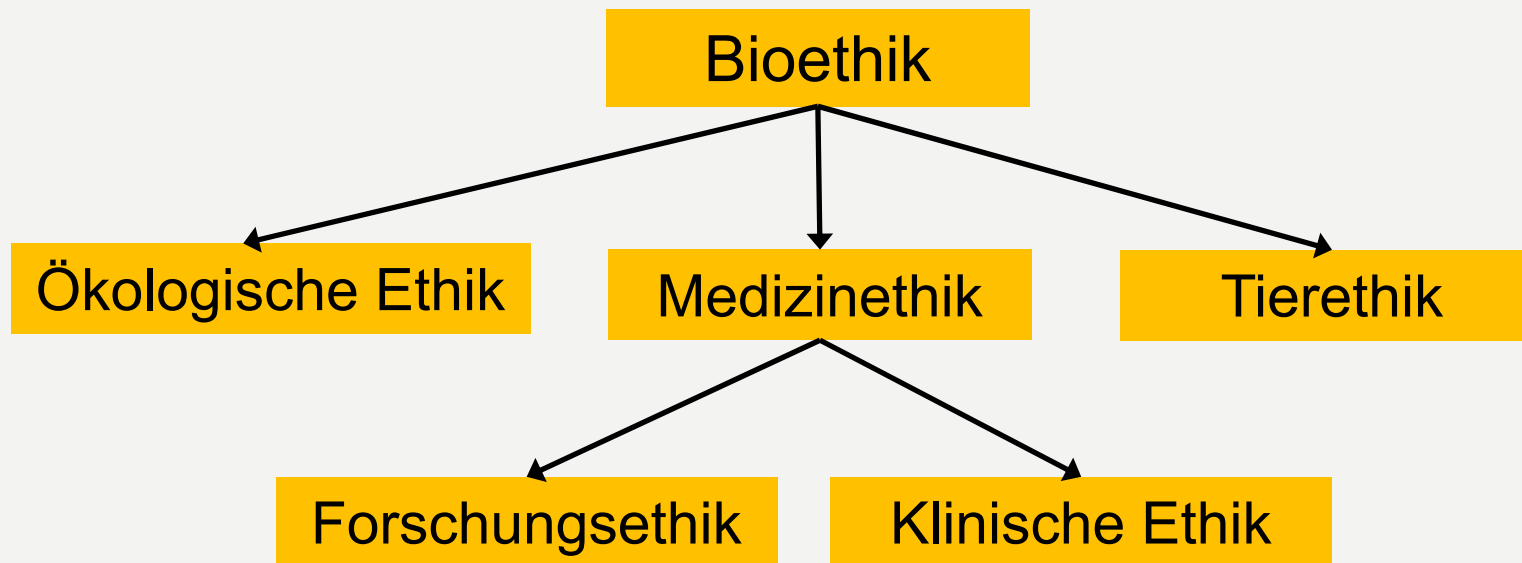
- 38jährige Frau, 2 Kinder (6 und 8 Jahre)
  - Met. Pankreas-Karzinom, keine Besserung auf Chemo
  - Lebenserwartung: Tage bis Wochen
  - 2nd line Chemo: <5% Chance auf Ansprechen
  - Patientin will Chemo (Zeit gewinnen für Kinder)
  - Arzt will nicht falsche Hoffnung nähren
  - Medikamente sehr teuer
- ⇒ **Worum geht es?**
- ⇒ **Was hat das mit Ethik/Moral zu tun?**

- Lat. „mores“ < gr. ἔθος (Gewohnheit), ἦθος (Charakter)
- *Sittliche* Regeln, Normen, Maßstäbe in einer Gesellschaft
- Was ist gut? Was soll ich tun? Was ist geboten/erlaubt?
- Abgrenzung: - Spielregeln  
- Konventionen  
- Klugheitsregeln } ↔ Moral: kategorisch,  
universal, permanent
- Bsp: „*Der Wille des Patienten ist zu respektieren.*“

- Ethik = (Philosophische) Begründung von Moral
- *Warum* ist etwas gut / soll ich etwas tun? (Gründe, Prinzipien, Kriterien...)
- Moralische Urteile → Einzelhandlung  
Ethische Urteile → Handlungstypen
- Bsp: „Warum ist der Wille eines Patienten zu respektieren?“ – „Wie ist das bei Komatösen zu realisieren?“
- Metaethik = Reflexion über Ethik



- Ethik für bestimmte Lebensbereiche
- Bsp: Wirtschaftsethik, politische Ethik, Medienethik, Militäretik, Technikethik, ...



Bioethische Fragen werden zunehmend rechtlich geregelt

<b>Recht</b>	<b>Moral/Ethik</b>
Handlungsrahmen	Handlungsorientierung
Externe Sanktionen	Gewissen
Innere Distanz möglich	Keine innere Distanz
Relativer Geltungsanspruch	Universaler Geltungsanspruch



- **Häufige Referenz** bei moralischen Fragen
  - „gutes“/„schlechtes“/„reines“ Gewissen
  - „Gewissensbisse“, „nach bestem Wissen und Gewissen“
- Moralische Instanz im menschlichen **Bewusstsein**
  - Gefühl, was gut und böse, recht und unrecht ist
  - Entwickelt durch Sozialisation, Erfahrung
  - „Ich kann es mit meinem Gewissen nicht vereinbaren, den Patienten verhungern zu lassen.“
- **Probleme**
  - Subjektiver , kultureller Standard
  - Kann in best. sozialen Kontexten irren/unterdrückt sein (NS!)
  - Gewissensforderung = Intuition, zunächst ohne Begründung





## Kognitivistische Theorien

## Nonkognitivistische Th.

z.B. Emotivismus, Dezisionismus

### Deontologische Th.

Dekalog, Kant

*Was ist richtig?*

Töten ist verboten.

### Konsequentialistische Th.

Utilitarismus (Bentham, Mill)

*Was ist gut?*

Schmerzlinderung ist gut, auch wenn es ev. das Sterben verkürzt.

### Tugendethik

(Aristoteles)

*Was ist tugendhaft?*

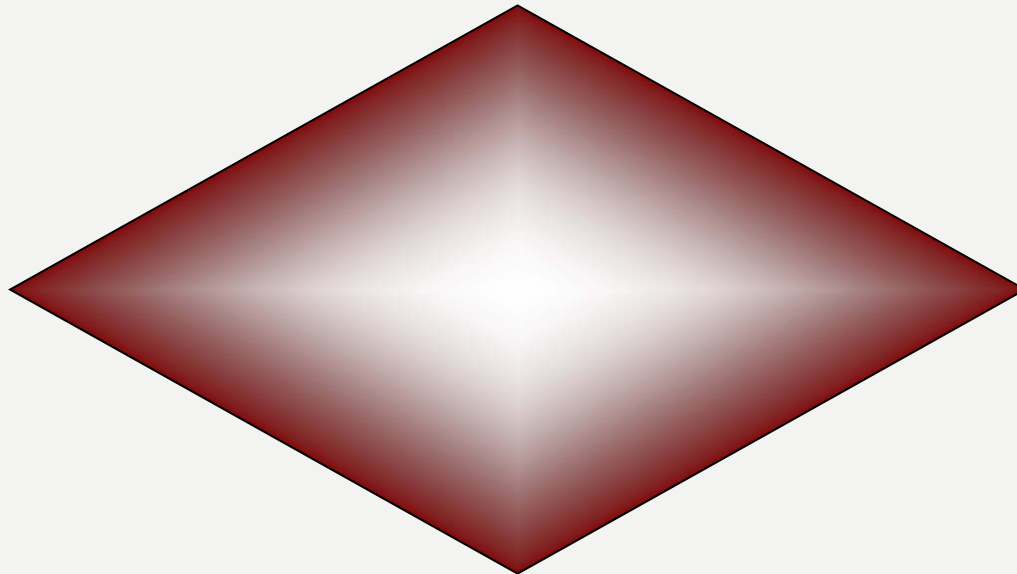
Ärzte sollen empathisch sein.

1. Ethik: Begriffe und Theorien
- 2. Prinzipien biomedizinischer Ethik**
3. Stellvertretende Entscheidungen am Lebensende



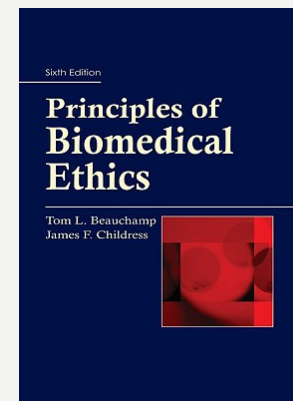
**Respekt der Autonomie**

**Nicht  
schaden**



**Nützen /  
Wohltun**

**Gerechtigkeit**



*TL Beauchamp & JF Childress 1979*

- *Primum non nocere*
- Schadenspotenzial der Medizin hoch
- Ziel: Schaden minimieren, proportional zum Nutzen
- *Beispiele:* Evidenzbasierte Medizin (Leitlinien), Qualitätssicherung, konstruktive Fehlerkultur
- Behandlungsfehler: achthäufigste Todesursache, \$ 20-30 Mrd /Jahr

*Institute of Medicine,  
To Err is Human 2000*

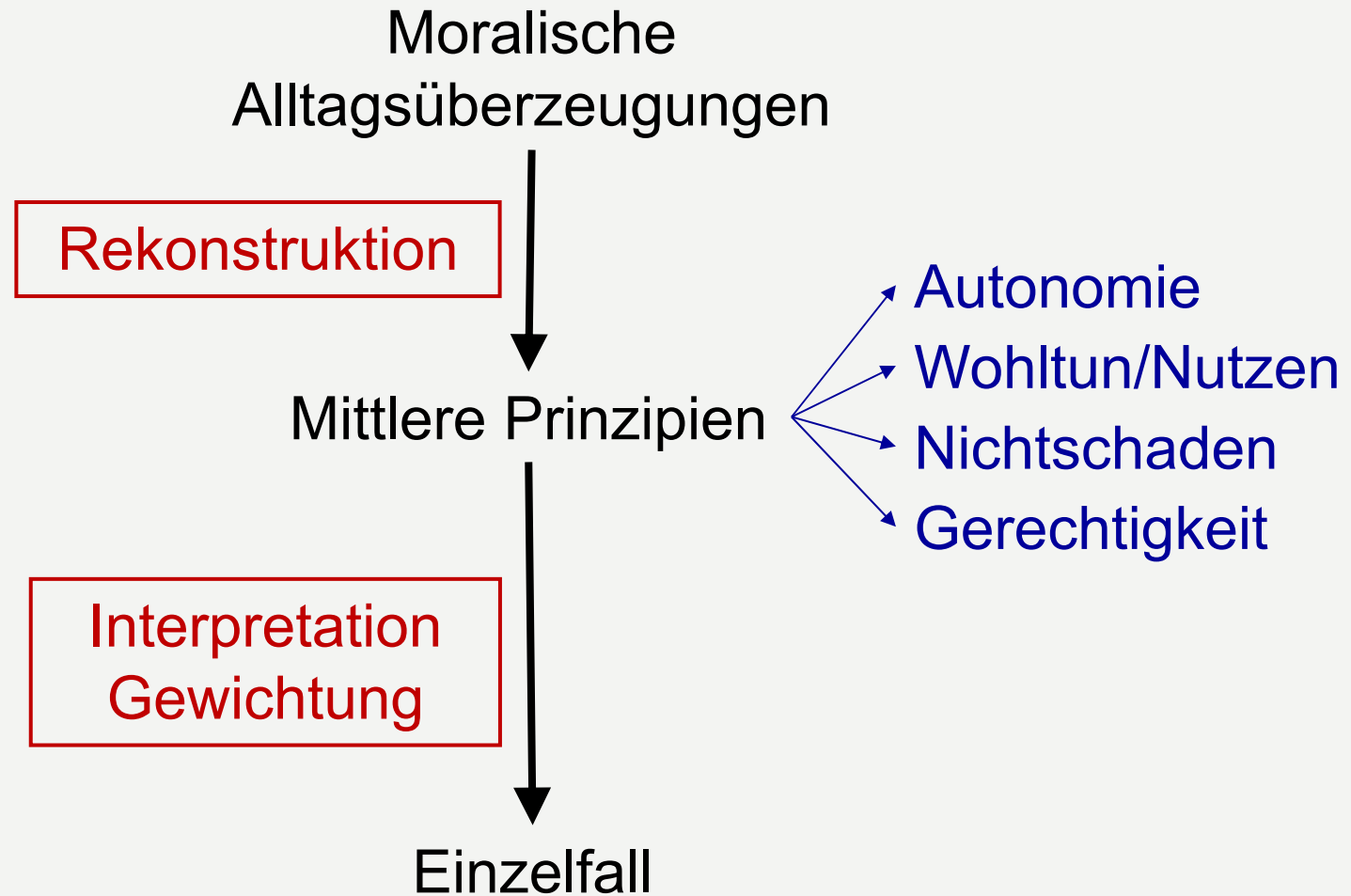


- Lebenserwartung + Lebensqualität erhöhen
- *Beispiele:* State-of-the-Art-Therapie, Pflicht zur Fortbildung, Empathie und Fürsorge
- Gefahren: Selbstaufgabe, Paternalismus
- Ärztliche Fürsorge muss sich am *konkreten subjektiven Wohlergehen* des Patienten orientieren (nicht an objektiven Daten)

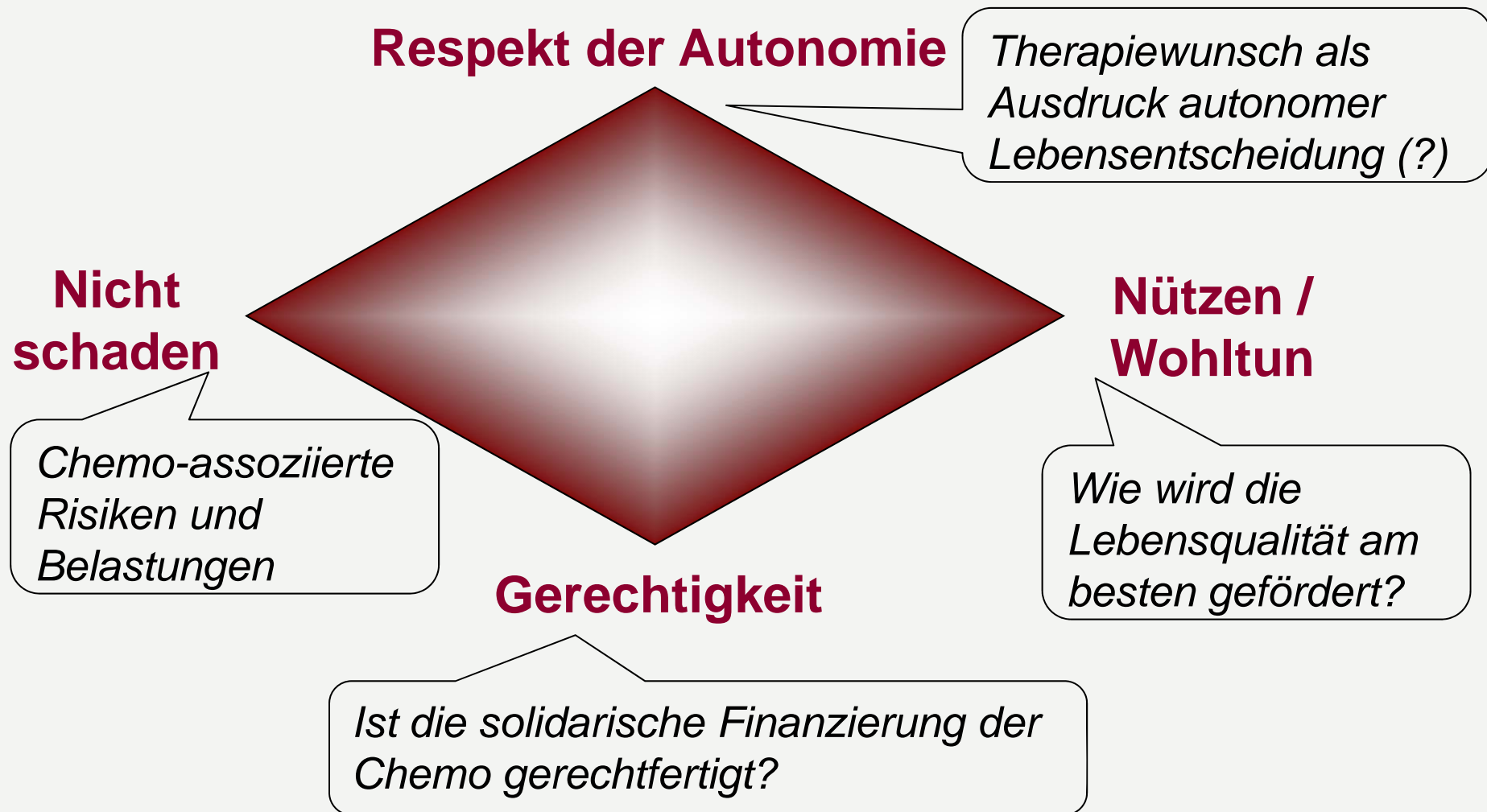
- Freiheit von Zwang und Manipulation (negativ), Aufklärung, Empowerment (positiv)
- Autonomie beinhaltet auch die Freiheit, Entscheidungen im Vertrauen zu delegieren
- *Beispiele:* Informierte Einwilligung vor Eingriff, Schweigepflicht, Datenschutz, Gebot der Ehrlichkeit, partnerschaftliche Beziehung Arzt-Patient
- Wie kann die Autonomie bei kognitiv eingeschränkten oder vulnerablen Patienten respektiert werden?



- Faire Verteilung von Gütern und Lasten
- Bei begrenzten Ressourcen Verteilungsregeln nötig
- Rationierung? Priorisierung?
- *Makroebene*: Gerechte Verteilung von Organen
- *Mikroebene*: Gerechte Zuteilung von Intensivbetten, faire Behandlung ohne Diskriminierung







1. Informationen sammeln aus versch. Perspektiven
  - Medizinisch, pflegerisch, psychosozial, religiös...
  - Handlungsoptionen? (Rechtliche) Rahmenbedingungen?

Inter-  
preta-  
tion

2. Bewertung 1: Verpflichtungen ggü. dem Patienten
  - Nutzen / Nichtschaden → Patientenwohl
  - Respekt vor der Autonomie → Patientenautonomie

3. Bewertung 2: Verpflichtungen ggü. Anderen

Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft? → Gerechtigkeit

Gewich-  
tung

4. Synthese: Konflikt? → *Begründete* Abwägung

5. Reflexion

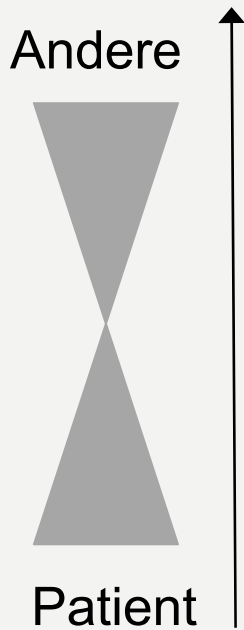
- Stärkster Einwand?
- Konsens erreichbar?
- Regelmäßige Überprüfung

nach Marckmann G.  
Onkologe 2009

1. Ethik: Begriffe und Theorien
2. Prinzipien biomedizinischer Ethik
- 3. Stellvertretende Entscheidungen am Lebensende**



Handlungskontrolle



**Tötung auf Verlangen**  
= aktive Sterbehilfe

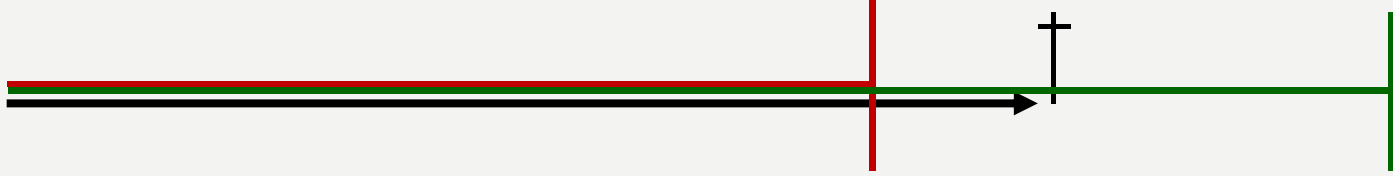
**Assistierter Suizid**

**Suizid**

*Basis: Indikation*

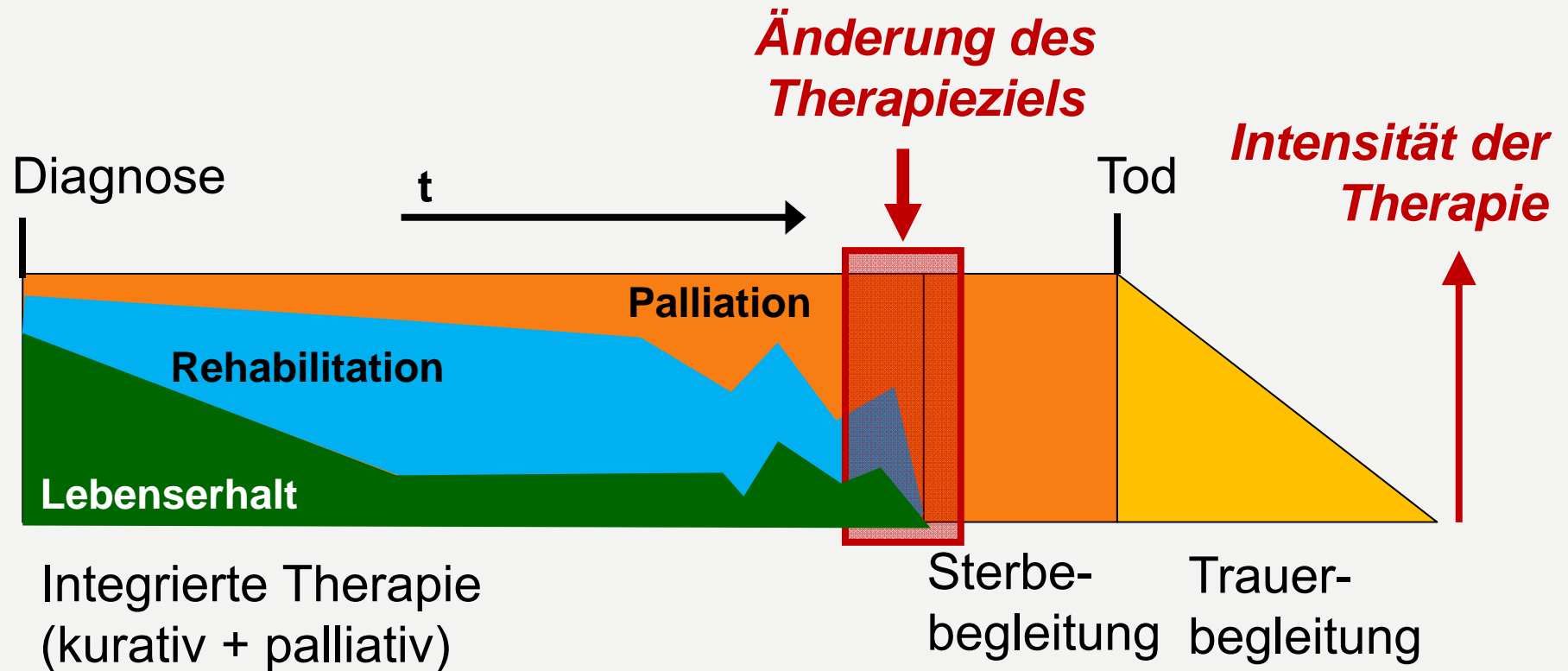
„Behandlungs-  
abbruch“  
„passive Sterbehilfe“

*Basis: Patientenwille*



natürlicher Verlauf der Krankheit

*Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit?*  
*Symptomkontrolle mit Lebensverkürzung als Nebenfolge?*

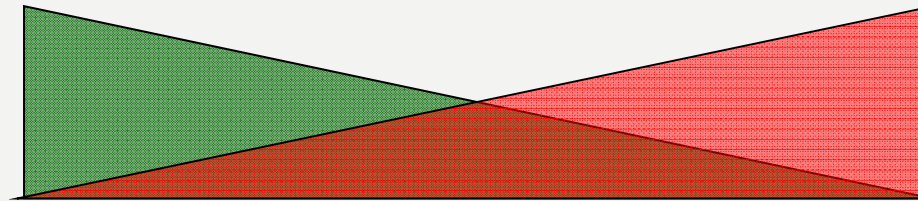


*Nach Murray SA et al, BMJ 2005*

# Wer trifft die Entscheidungen?



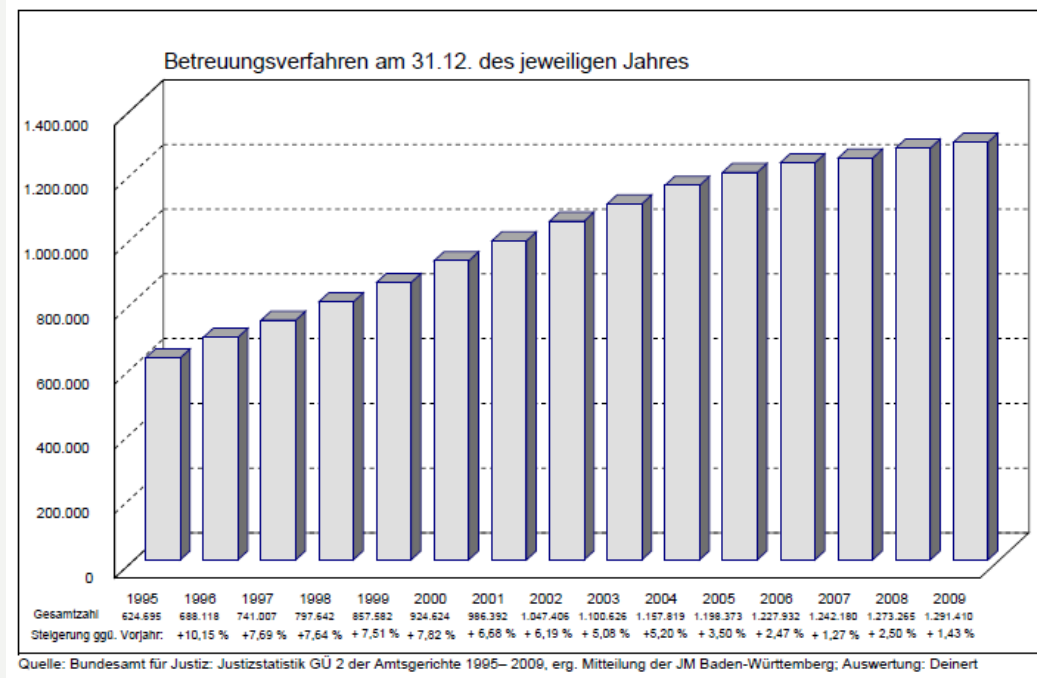
Fähigkeit zu selbstbestimmter Entscheidung



Existentielle Tragweite der Entscheidungen

Krankheitsprozess →

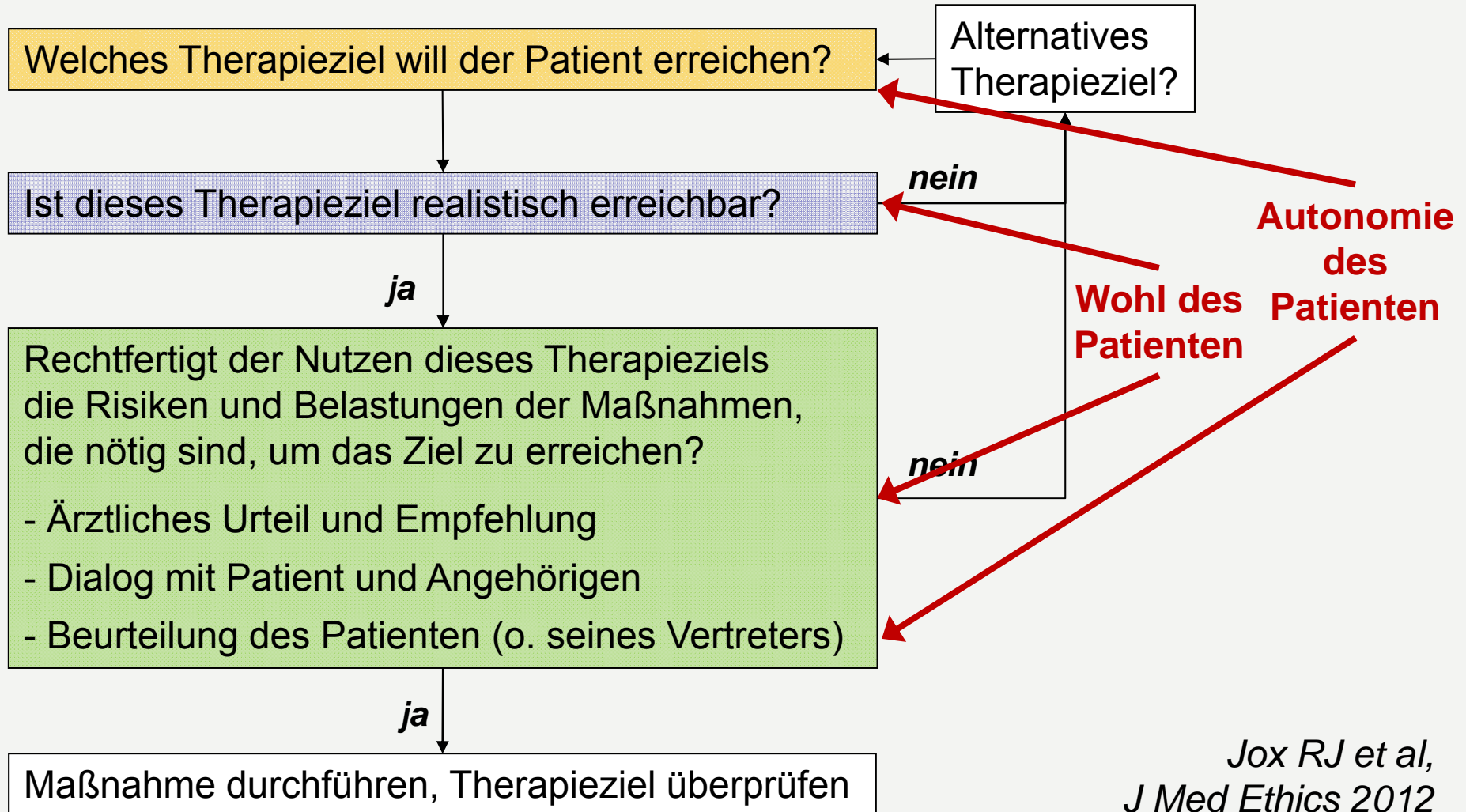
Zunahme rechtlicher  
Betreuungen und  
Vorsorgevollmachten



Betreuungsverfahren 1995-2009 (amtliche Erhebung)

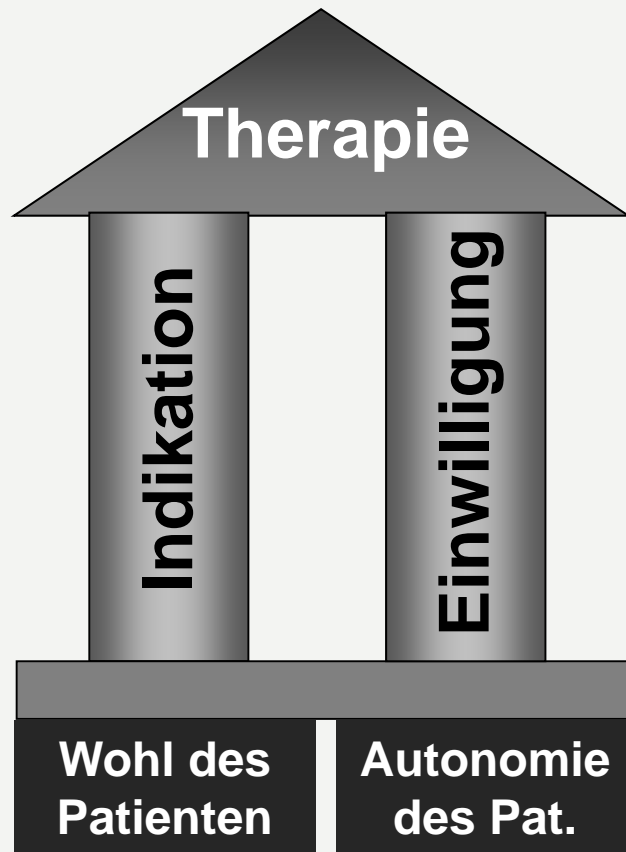


**Wann und wie wir sterben werden, wird wesentlich von anderen bestimmt werden. Als Angehörige und Ärzte stehen wir vor der Unausweichlichkeit, darüber zu entscheiden, andere sterben zu lassen.**



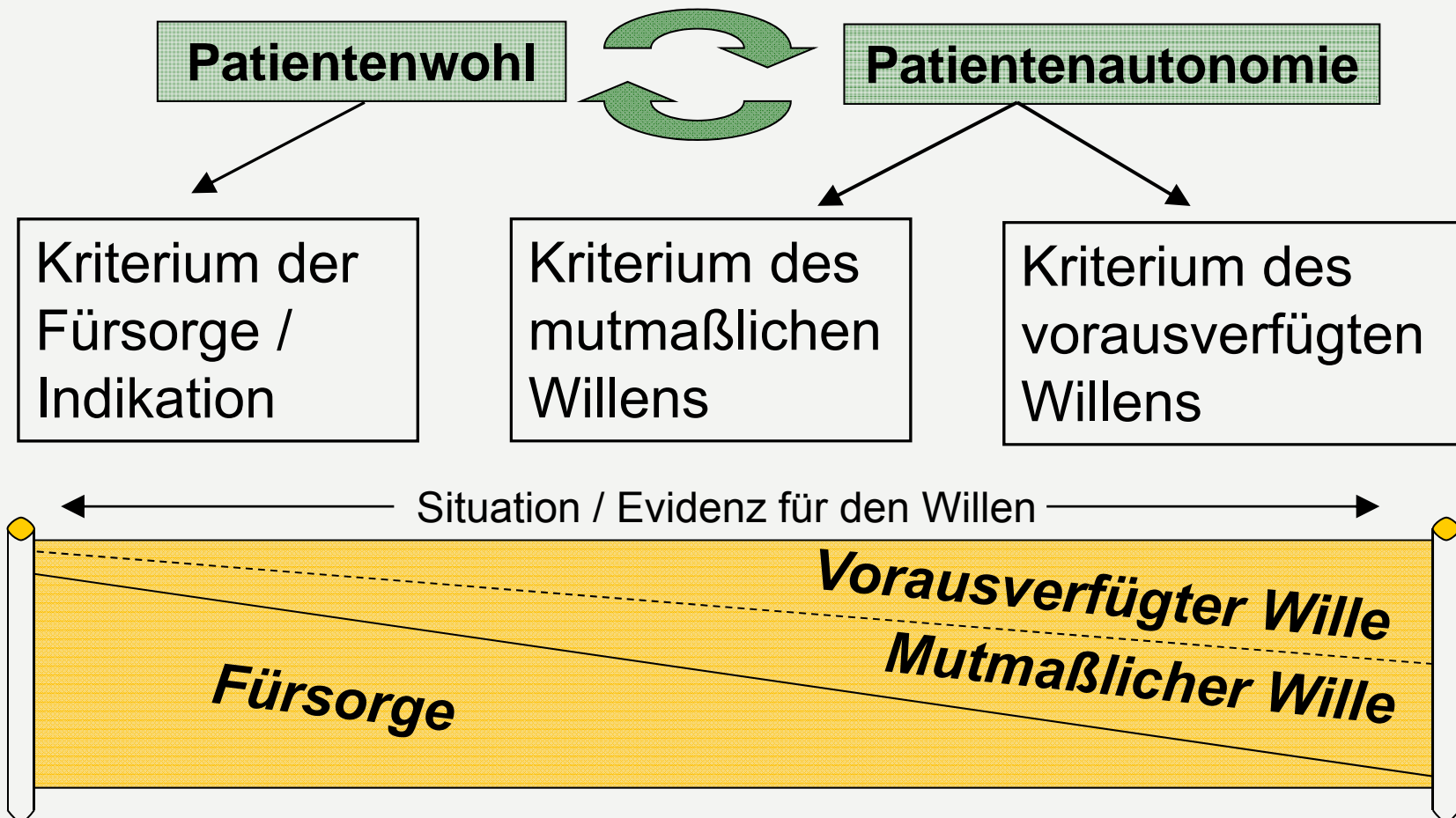
Jox RJ et al,  
J Med Ethics 2012

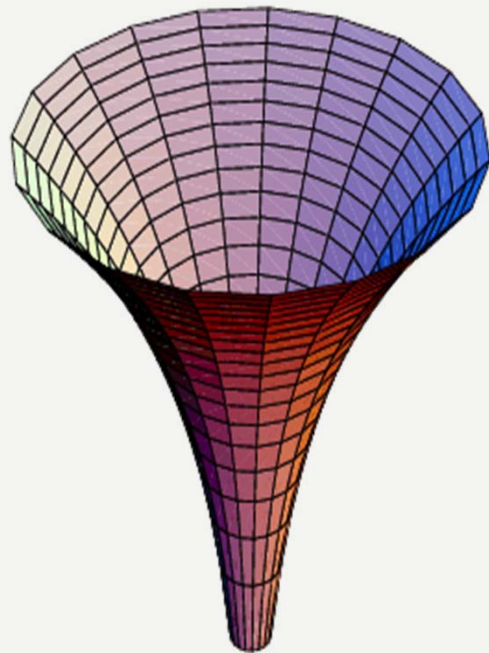




*„Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.“*

BGB §1901b Abs.1





- „Medizinische Indikation“ (abstrakt):

- *Evidenz-basierte Medizin, Lehrbuch*



- Ärztliche Indikation (konkret):

- *Organismus des Patienten*
- *Soziales Umfeld des Patienten*
- *Persönlichkeit des Patienten*
- *Medizinische Möglichkeiten vor Ort*



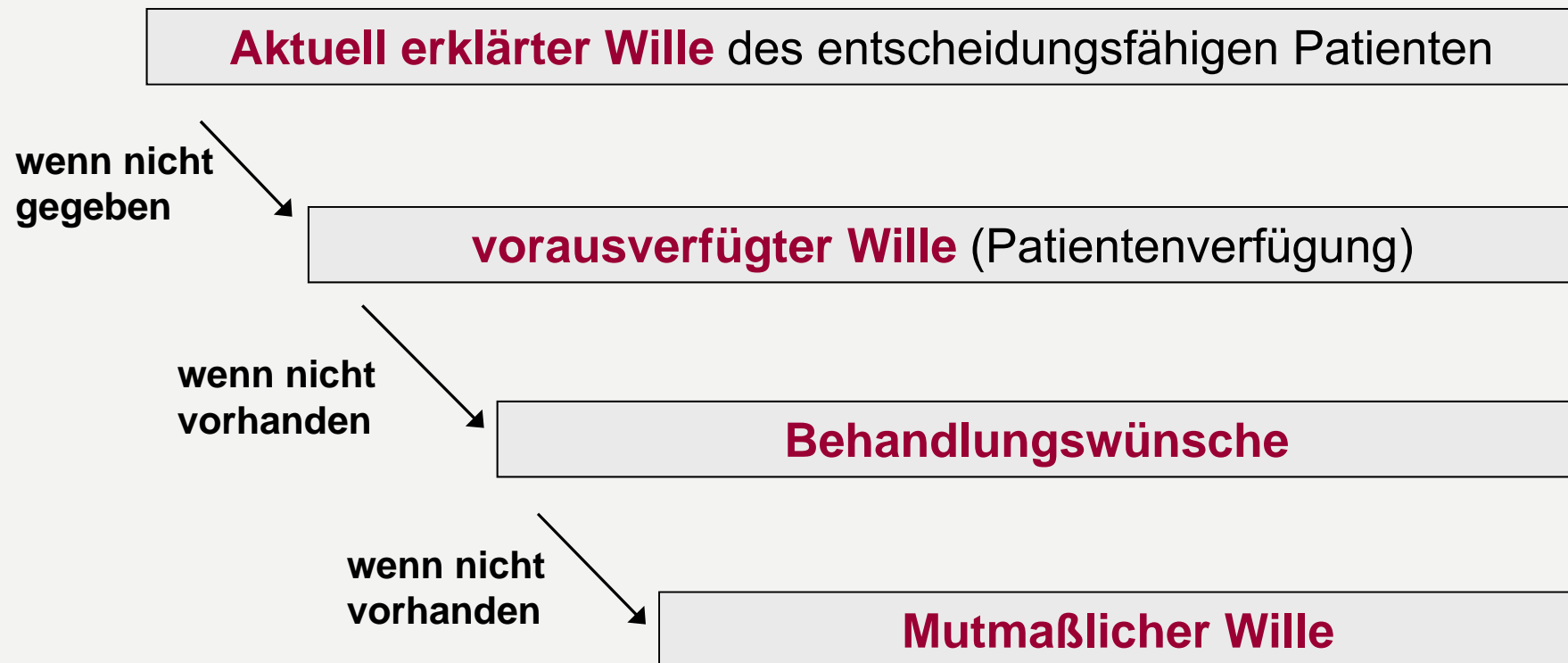
## Angestrebte Therapieziele:

- Verlängerung d. Lebens
- Besserer Funktionsstatus
- Mehr Lebensqualität
- Weniger Nebenwirkungen
- Verschieben d. Todeszeitpunkt

- Durchfall, Übelkeit, Erbrechen
- Hautentzündungen
- Weniger Zuwendung
- Oft Fixierung



*Sampson EL et al.  
(2009) Cochrane  
Database Syst Rev.*



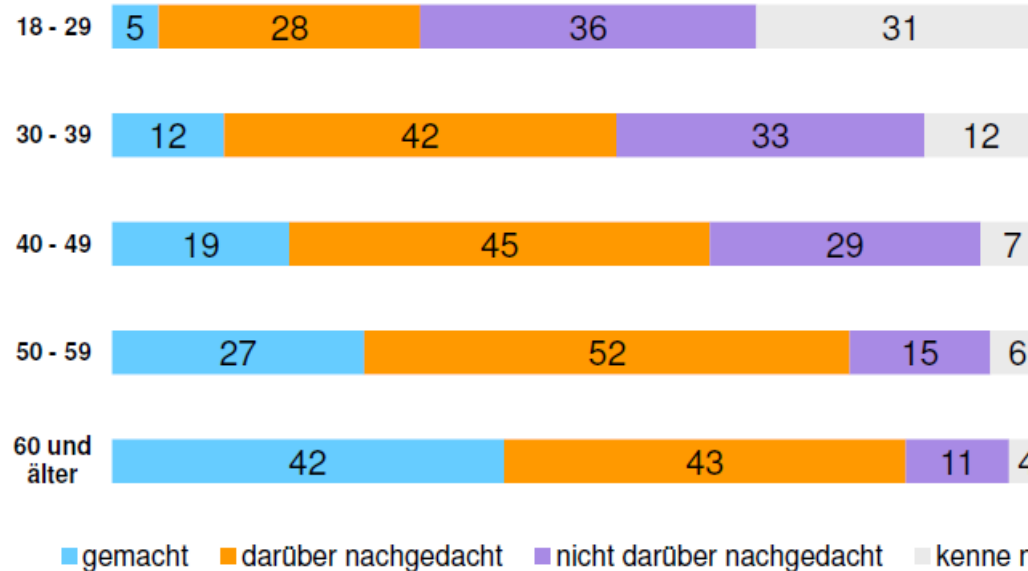
*gemäß 3. BetrRÄndG 2009*



FORSCHUNGSGRUPPE  
WAHLEN TELEFONFELD

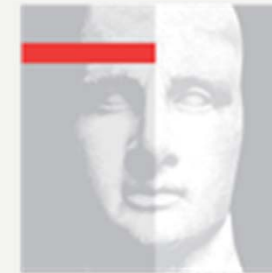
## Patientenverfügung

nach Alter:



FGW Telefonfeld GmbH: Umfrage „Sterben in Deutschland“; Juni 2012 (n = 1.044)

STIFTUNG



DEUTSCHE  
SCHLAGANFALL  
HILFE

## Umfrage 12/2012:

- >65jährige: 54% PV
- Doppelt so oft bei Privatversicherten



Vorsorge für  
**UNFALL  
KRANKHEIT  
ALTER**

durch  
Vollmacht  
Betreuungsverfügung  
Patientenverfügung



## Studie in Seniorenheimen einer Großstadt 2007:

- 11% der Bewohner hatten PV
- nur in 3% ärztliche Beratung dokumentiert
- meiste PV waren nicht aussagekräftig
- in vielen Fällen nicht mit Pflege abgesprochen

Sommer S. et al. Dtsch Ärztebl 2012

## Studie zu ärztl. PV-Beratungsseminaren in Frankfurt:

- 25% hatten bereits PV
- <10% der Bürger mit PV waren ärztlich beraten worden
- fast 100% äußerten nach ärztl. Beratung die Absicht zur Korrektur ihrer PV

Schöffner M et al. DMW 2012





- 71jährige ehemalige Pianistin
- Akutes Koma, Intensivstation, MRT: große Raumforderung im Gehirn
- PV: *„wenn keine Aussicht auf ein würdevolles Leben besteht, lehne ich künstliche Lebensverlängerung ab“*
- Prognose? Diagnose? → Lymphom: Chemotherapie?
- Ansprechen auf Therapie? Therapieziel?

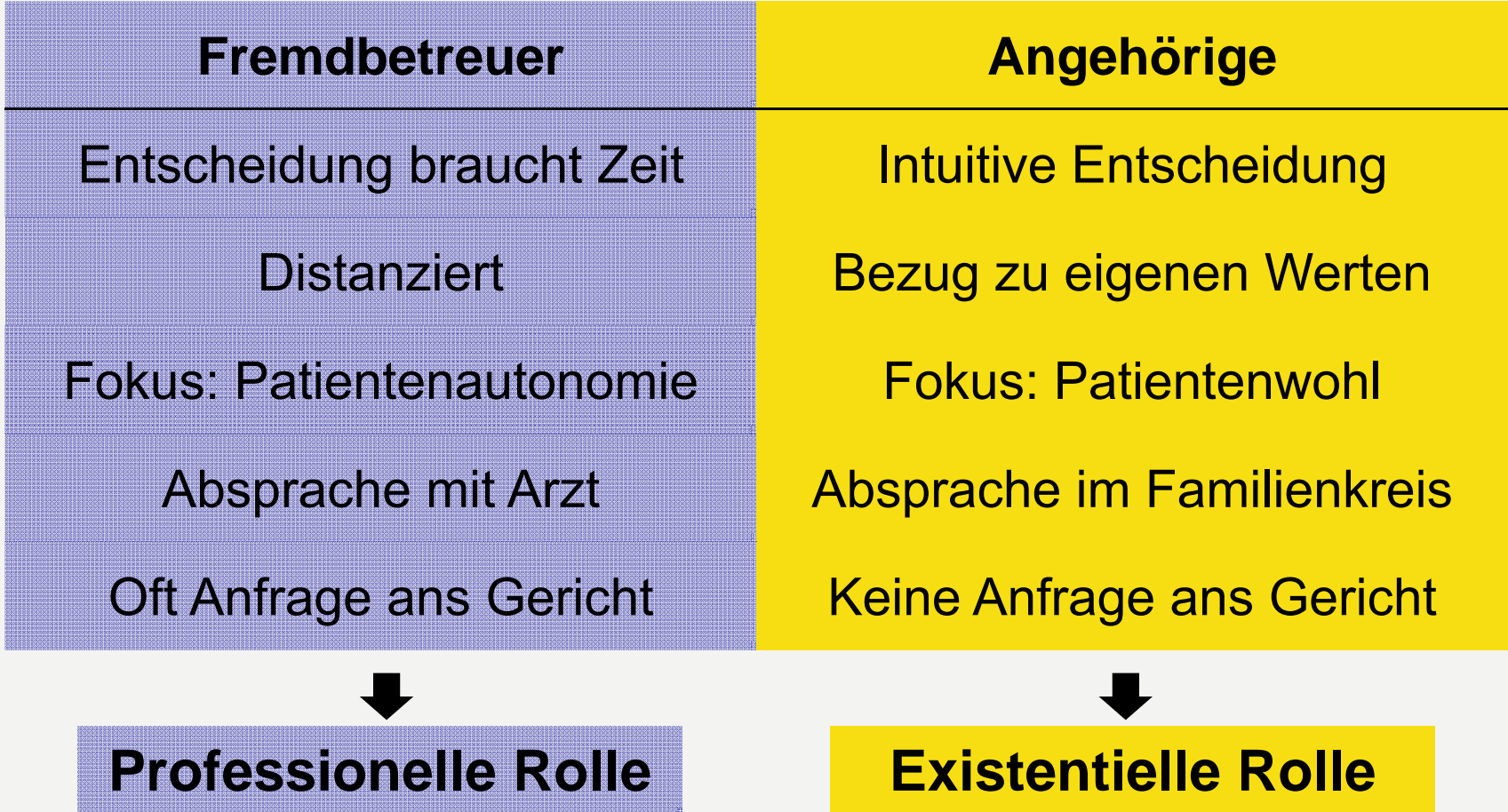


*„Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden (...). Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.“*

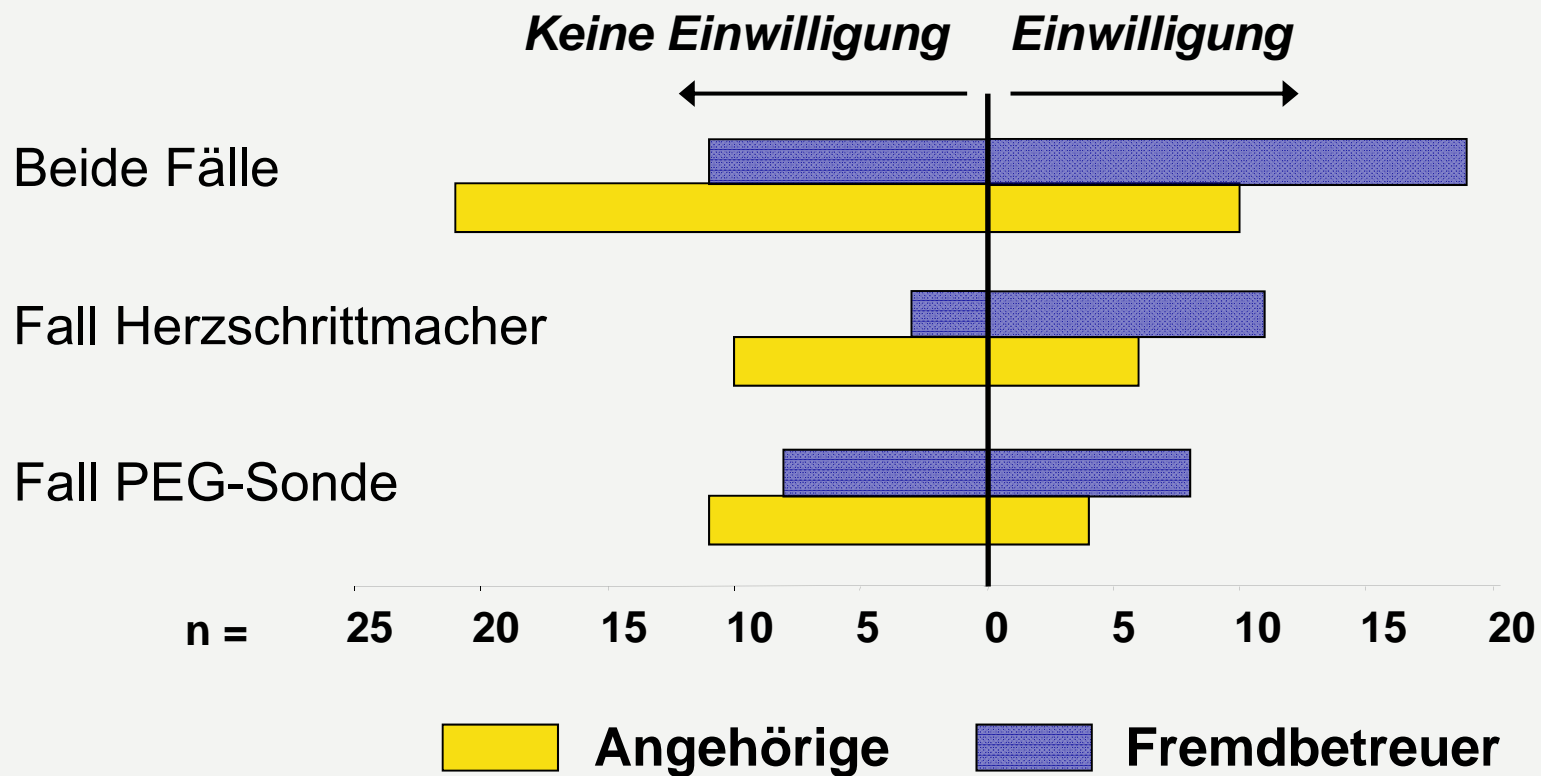
§ 1901a Abs. 1 BGB



- Nur in 68% korrekt „erraten“ von Angehörigen  
*Shalowitz et al (2009) Arch Int Med*
- Angehörige basieren ihre Entscheidung oft auch auf eigene Interessen und Wertvorstellungen  
*Vig EK et al (2006) J Am Geriatr Soc*
- Viele Patienten wollen, dass ihre Angehörigen eigene Interessen berücksichtigen  
*Hawkins NA et al (2005) Gerontologist*



*Jox RJ et al. (2012) Int J Geriatr Psychiatr*



*Jox RJ et al. (2012) Int J Geriatr Psychiatr*



1. **Verschiedene Informationen** einholen (§1901a Abs. 2 BGB)
  - Lebensentscheidungen, Äußerungen
  - Familie, Herkunft, kulturelle/soziale Zugehörigkeit
  - Beruf, Beschäftigungen
  - Religion, Wertvorstellungen...
2. **Verschiedene Perspektiven** integrieren (§1901b Abs.2 BGB)
  - Verwandte, Freunde
  - Hausarzt, Seelsorger, Pflegekraft ...
3. **Glaubwürdigkeit** einschätzen
4. Klinische **Ethikberatung** kann dies unterstützen

**Wir brauchen heute nicht nur eine Kunst zu sterben, sondern auch eine Kunst, über Sterben zu entscheiden.**





Jox RJ: Sterben lassen: Über  
Entscheidungen am Ende  
des Lebens. Hamburg:  
Edition Körper-Stiftung 2011



Ethik in der Medizin.  
Ein Studienbuch.  
Hrsg. v. U. Wiesing.  
Reclam, Stuttgart 2012