



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Verein Anwälte für Ärzte e.V.  
21. Symposium  
Mülheim a. d. Ruhr, 2. Februar 2013

# Entscheidungen am Lebensende aus Sicht des Arztes

**PD Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox**

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Ludwig-Maximilians-Universität München



1. Therapieentscheidungen
2. Ärztliche Indikation
3. Patientenwille
4. Ärztliche Suizidhilfe



Thanatos  
(Ephesos, Griechenland)



Sensenmann  
(Jean Fouquet, 1460)

- **Bevölkerung:**

2 von 3 Todesfällen sind absehbar

23-50%: Entscheidungen über Leben/Tod

*Van der Heide A et al, Lancet 2003*

- **Intensivstation:**

50-90% der Todesfälle durch Therapieverzicht

*Sprung CL et al, JAMA 2003*

*Vincent JL et al, Chron Respir Dis 2004*

- **Palliativbetreuung:**

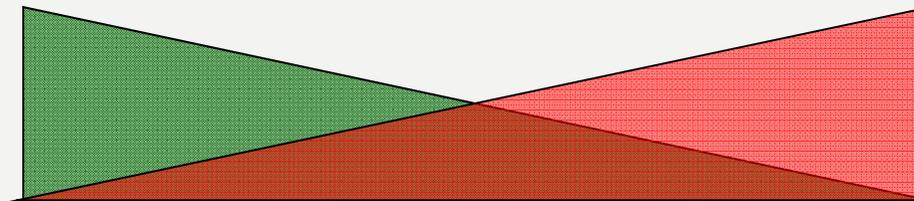
70% der Todesfälle durch Therapieverzicht

*Schildmann J et al, Palliat Med 2010, J Med Ethics 2011*

# Wer trifft die Entscheidungen?



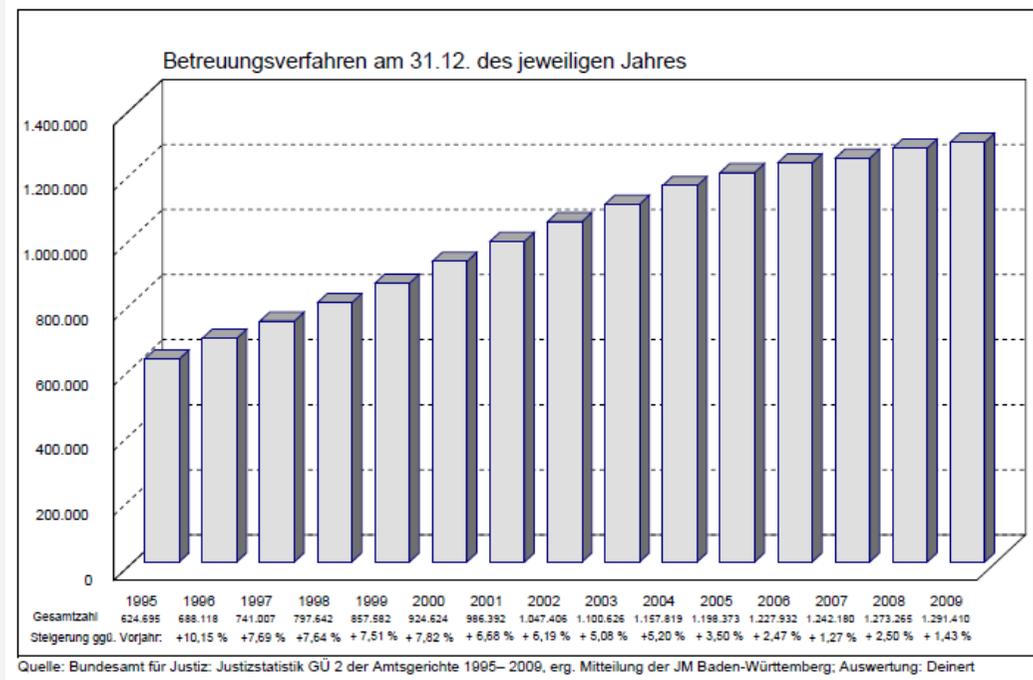
Fähigkeit zu selbstbestimmter Entscheidung



Existentielle Tragweite der Entscheidungen

Krankheitsprozess →

Zunahme rechtlicher  
Betreuungen und  
Vorsorgevollmachten



Betreuungsverfahren 1995-2009 (amtliche Erhebung)



- 33jährige Frau, von Beruf Erzieherin (Kindergarten)
- 2 Kinder (6 und 8 Jahre alt), geschieden
- Akute Gehirnblutung (Hirnstamm, Ventrikeleinbruch)
- Nach 4 Wochen unverändert im Koma
- Prognose sehr schlecht, Indikation?
- Keine PV, mutmaßlicher Wille unklar
- Eltern (Betreuer) lehnen PEG-Therapie ab ↔ Ärzte

⇒ **Wie ist zu entscheiden?**



Handlungskontrolle



**Tötung auf Verlangen**  
= aktive Sterbehilfe

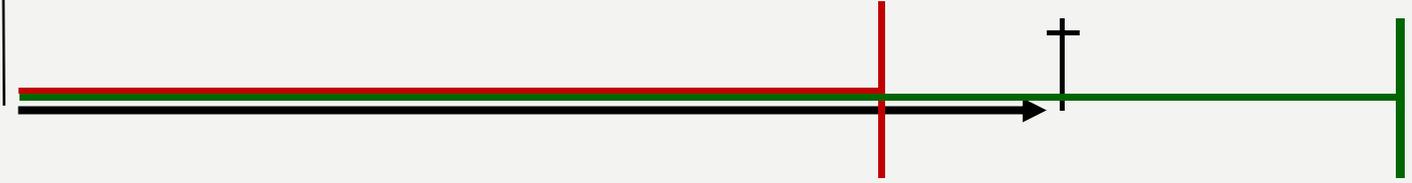
**Assistierter Suizid**

**Suizid**

*Basis: Indikation*

„Behandlungs-  
abbruch“  
„passive Sterbehilfe“

*Basis: Patientenwille*



natürlicher Verlauf der Krankheit

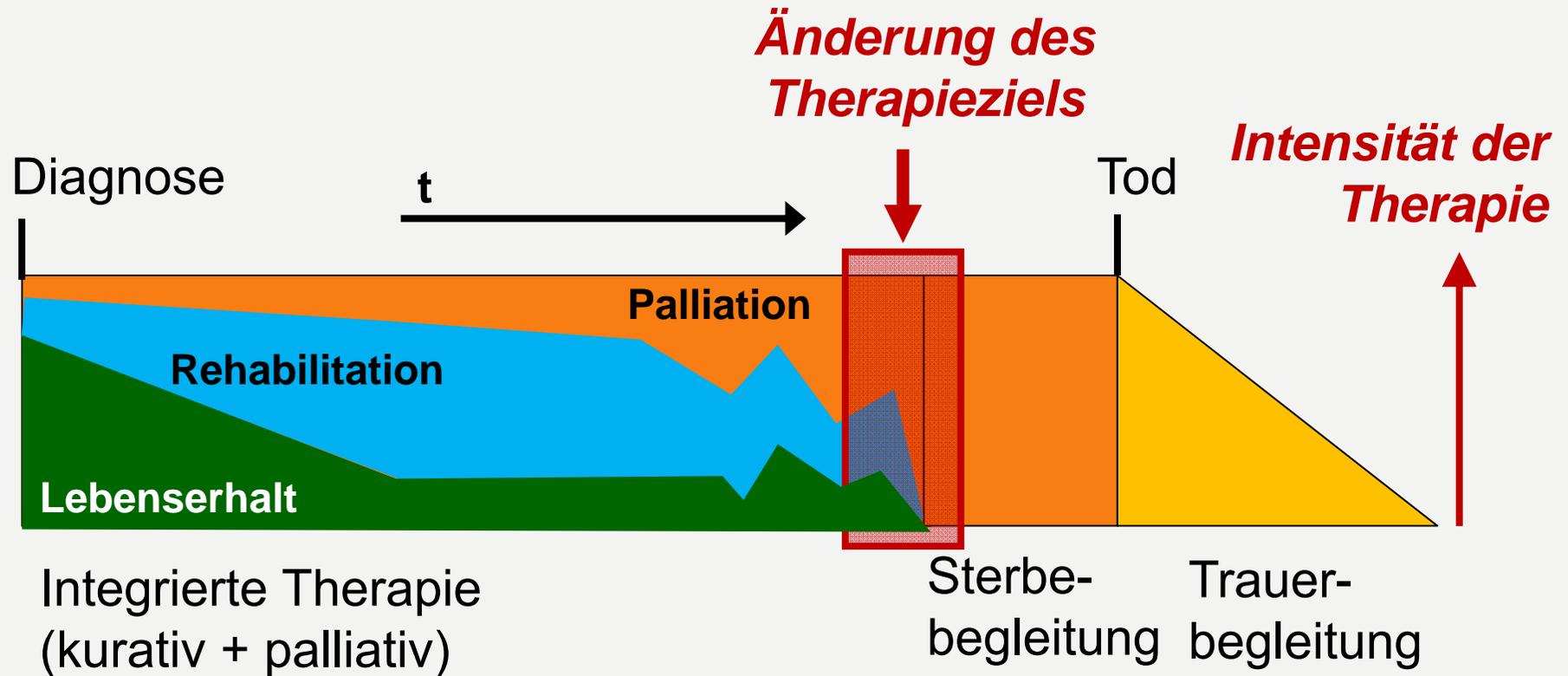


*„Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht ( § 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.“*

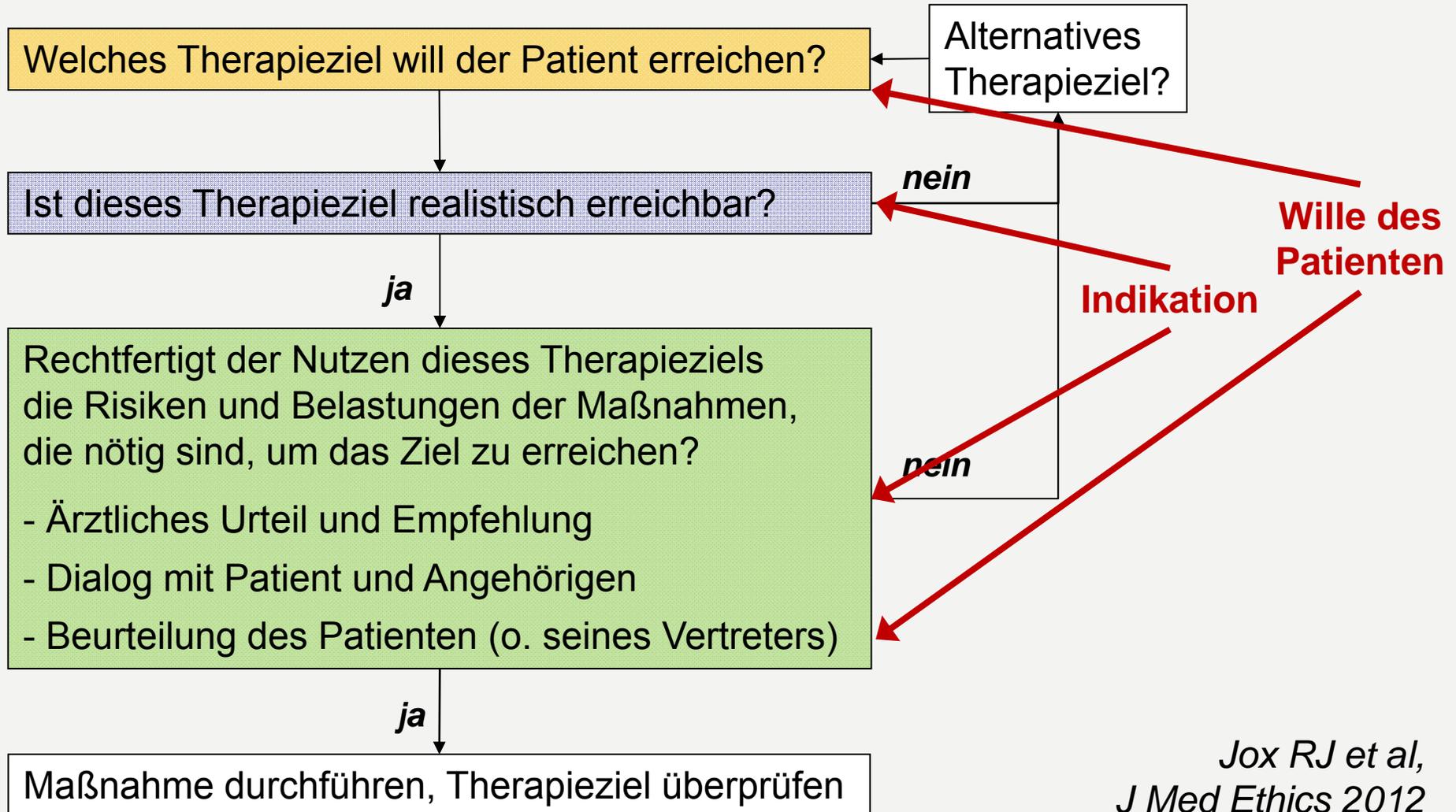
*„Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.“*

*„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.“*

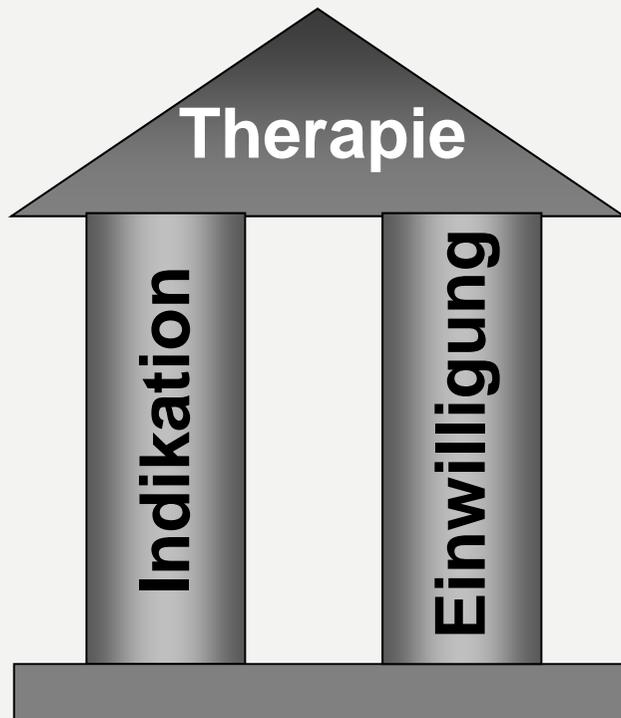
BGH 2 StR 454/09



*Nach Murray SA et al, BMJ 2005*



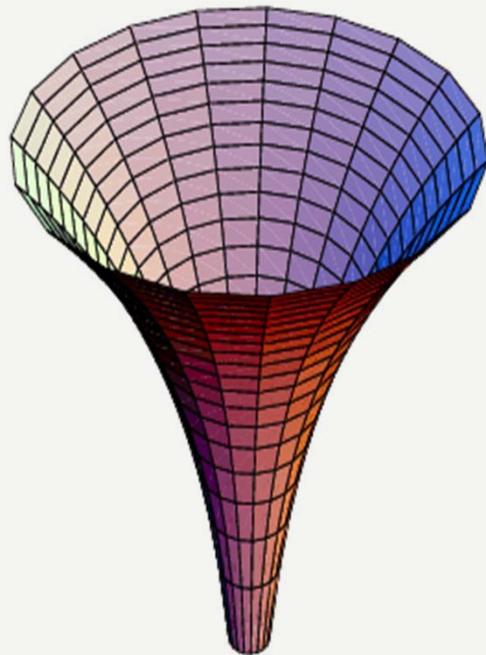
Jox RJ et al,  
J Med Ethics 2012



*„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

1. Therapieentscheidungen
- 2. Ärztliche Indikation**
3. Patientenwille
4. Ärztliche Suizidhilfe



- „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 Schmerzen
- Versprechen einhalten

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



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



Pflege

## Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung



Leitfaden des Bayerischen  
Landespflegeausschusses  
Dezember 2008



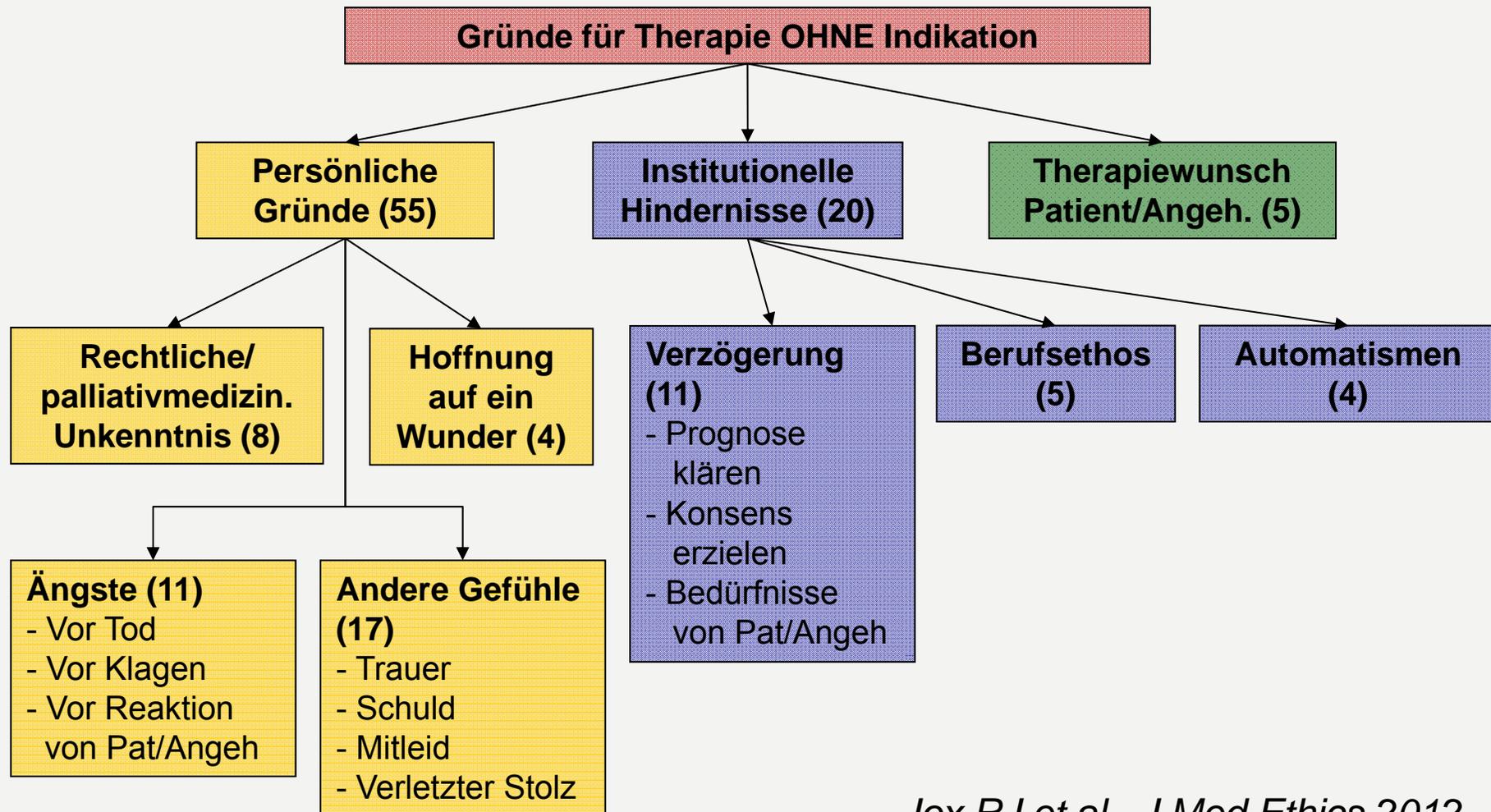
- 83jähriger Vater einer ärztlichen Kollegin
- Rasch progrediente Demenz (Creutzfeldt-Jakob)
- Tochter wird gedrängt zur Entscheidung PEG-Sonde  
→ überlastet, will Betreuung zurückgeben
- Übernahme auf Station, Klärung: keine Indikation,  
*shared decision making* → friedlicher Trauerverlauf

**➔ Entlastung von einseitiger Entscheidungen  
verringert Schuldgefühle und pathologische Trauer**

## Ethikberatung auf Intensivstationen (2007, n=17)

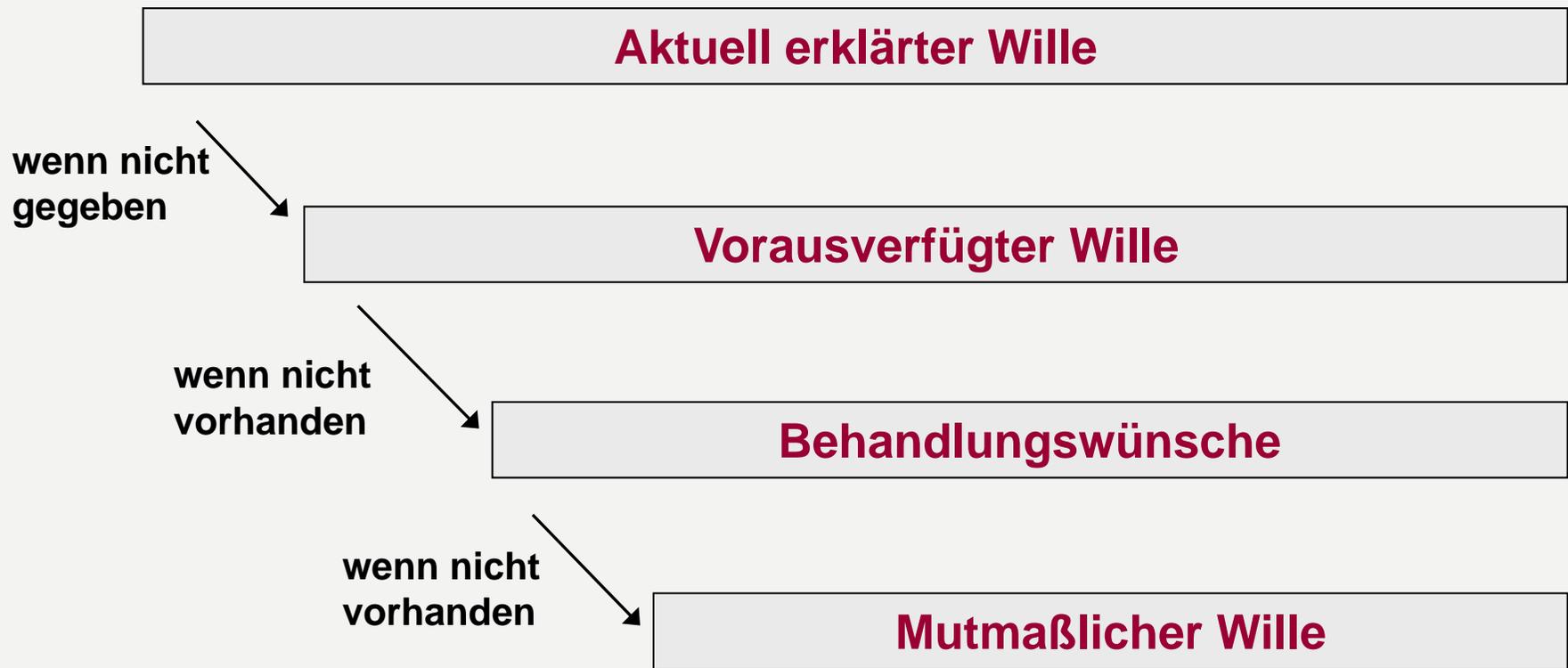
	Einwilligung	Keine Einwilligung	Einwilligung fraglich
Indikation bejaht	-	<b>5</b>	<b>1</b>
Indikation verneint	<b>10</b>	-	-
Indikation strittig	-	<b>1</b>	-

*Jox RJ et al, J Med Ethics 2012*



*Jox RJ et al, J Med Ethics 2012*

1. Therapieentscheidungen
2. Ärztliche Indikation
- 3. Patientenwille**
4. Klinikinterne Leitlinie



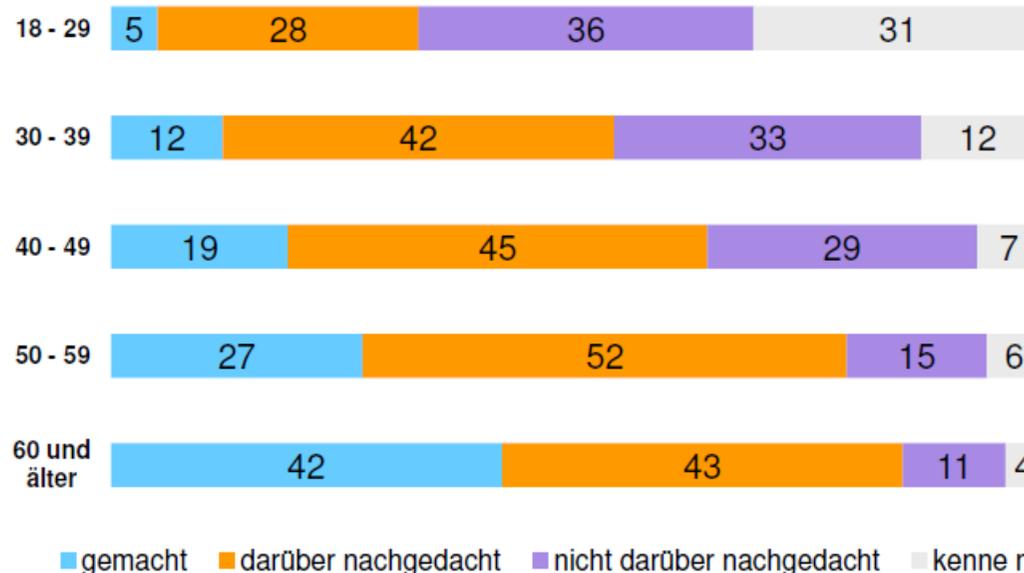
3. BtÄndG 2009



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 den Ernstfall.

Sollte sich mein Gesundheitszustand  
in meinem hohen Alter einmal verändern,  
möchte ich meinen Sohn [REDACTED] +  
meine Tochter [REDACTED] bitten,  
alle meine Formalitäten u. Anweisungen  
für mich in meinem Sinne zu erledigen.  
Ich erteile Ihnen hiermit meine Vollmacht.  
Eine solche liegt für finanziellen Ange-  
legenheiten bei der Raiffeisenkasse [REDACTED]  
vor.

Ich möchte einen natürlichen Krankheits-  
verlauf, ohne medizinische Verlängerungs-  
Apparate. Ein Leben in Frieden + Würde  
bestehen.

9. Juli 2004

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

## Patientenverfügung

Ich, [REDACTED]

[REDACTED] im Vollbesitz meiner geistigen & körperlichen Kräfte, ver fasse folgende Patientenverfügung:

Sollte ich selbst außerstande sein, meinen Willen zu äußern, so verfüge ich im Voraus folgendes:

1. Ich setze es als selbstverständlich voraus, daß mir meine Schmerzen stets genommen bzw. gelindert werden. Haben zwei Ärzte diagnostiziert, daß ich mich in einem unumkehrbaren Sterbeprozess befinde, so verweigere ich, daß mir die schmerzstillenden Medikamente in ausreichender Dosis gewährt werden, auch wenn der Tod dadurch früher eintritt.

2. Die Anwendung bzw. Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen und die Therapie interkurrent auftretender Krankheiten lehne ich ab, wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander diagnostiziert haben

- 2 -

- 2 -

- a) daß ein unumkehrbarer Sterbeprozess eingetreten ist, oder
  - b) daß nur eine geringe Aussicht besteht, daß ich mein Bewußtsein wiedererlange oder
  - c) daß eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, daß ich eine schwere Dauer-erschädigung meines Gehirns davontrage, die mir ein personales Dasein nicht mehr erlaubt oder
  - d) daß mir nur eine risikoreiche Operation helfen könnte. Unter einer risikoreichen Operation verstehe ich eine solche bei der die Wahrscheinlichkeit, daß ich sterbe mit mindestens 50% zu Beweise ist.
3. Für den Fall, daß ich nicht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte sein sollte oder selbst keine Entscheidung treffen kann, so setze ich meinen Ehemann [REDACTED] oder meine Tochter [REDACTED] als meine Betreuer ein, die auch mein vermögensrechtliches Angelegenheiten verwalten. Sollte nur ein Betreuer in



Vorsorge für

**UNFALL  
KRANKHEIT  
ALTE**

[www.verwaltung.bayern.de](http://www.verwaltung.bayern.de)

Vollmacht

Betreuungsverfügung

Patientenverfügung





- 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?



*„Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.“*

§ 1901a Abs. 1 BGB



- Wie konkret müssen die Festlegungen sein?
- PV von einwilligungsfähigen Minderjährigen?
- Patientenverfügungen in der Psychiatrie?
- Was gilt als Widerruf? „Natürlicher Wille“?
- Direkte Bindungswirkung?
- **Wie sind das Vorliegen der PV im Notfall und qualifizierte ärztliche Beratung sicherzustellen?**

## Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich

Living wills under close scrutiny: Medical consultation is indispensable

Autoren

M. Schöffner<sup>1</sup> K.W. Schmidt<sup>2,3</sup> U. Benzenhöfer<sup>3</sup> S. Sahm<sup>4,3</sup>

*Schöffner M.  
et al, DMW  
2012*

- Ärztliche Beratungsseminare zu PV 2006-2010
- Befragung vor und nach Seminaren
- 25% hatten schon PV: fast 100% äußerten danach die Absicht zur Korrektur ihrer PV
- <10% der Bürger mit PV waren ärztlich beraten worden



- Fördert autonome Entscheidung durch Information
- Attestiert Einwilligungsfähigkeit
- Schafft ärztlichen Ansprechpartner für Interpretation
- Fördert die Umsetzung *Richter KP et al (1995) Arch Fam Med*
- Stärkt Arzt-Patient-Verhältnis

*Reilly BM et al (1994) Arch Intern Med*



**Schulung, Finanzierung und Organisation?**



*„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

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



- 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*

*Jox RJ et al (2012) Int J Ger Psych*

- Viele Patienten wollen, dass ihre Angehörigen eigene Interessen berücksichtigen

*Hawkins NA et al (2005) Gerontologist*

# Unterschiede je nach Vertreter



## Fremdbetreuer

Entscheidung braucht Zeit

Distanziert

Fokus: Patientenautonomie

Absprache mit Arzt

Oft Anfrage ans Gericht



**Professionelle Rolle**

## Angehörige

Intuitive Entscheidung

Bezug zu eigenen Werten

Fokus: Patientenwohl

Absprache im Familienkreis

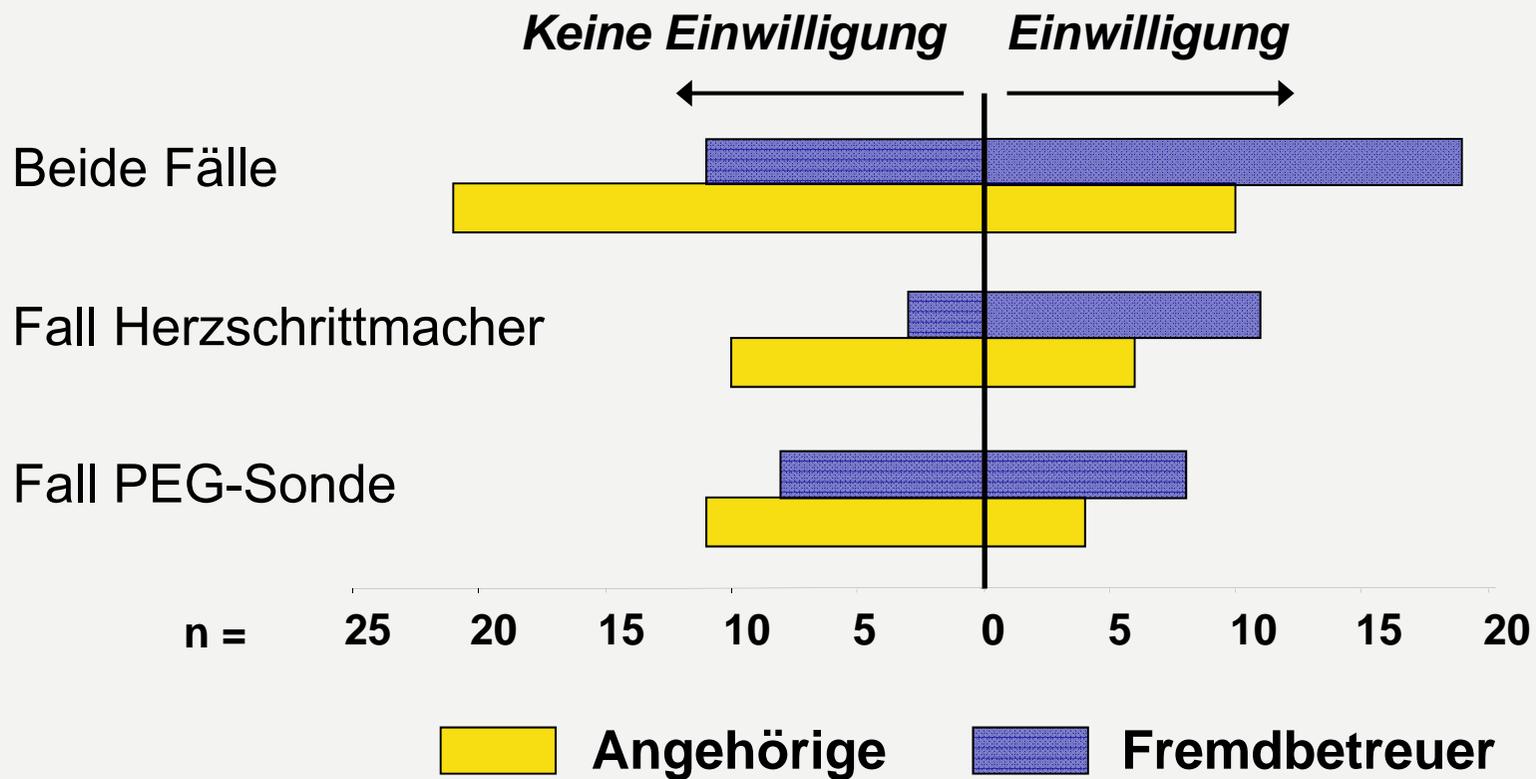
Keine Anfrage ans Gericht



**Existentielle Rolle**

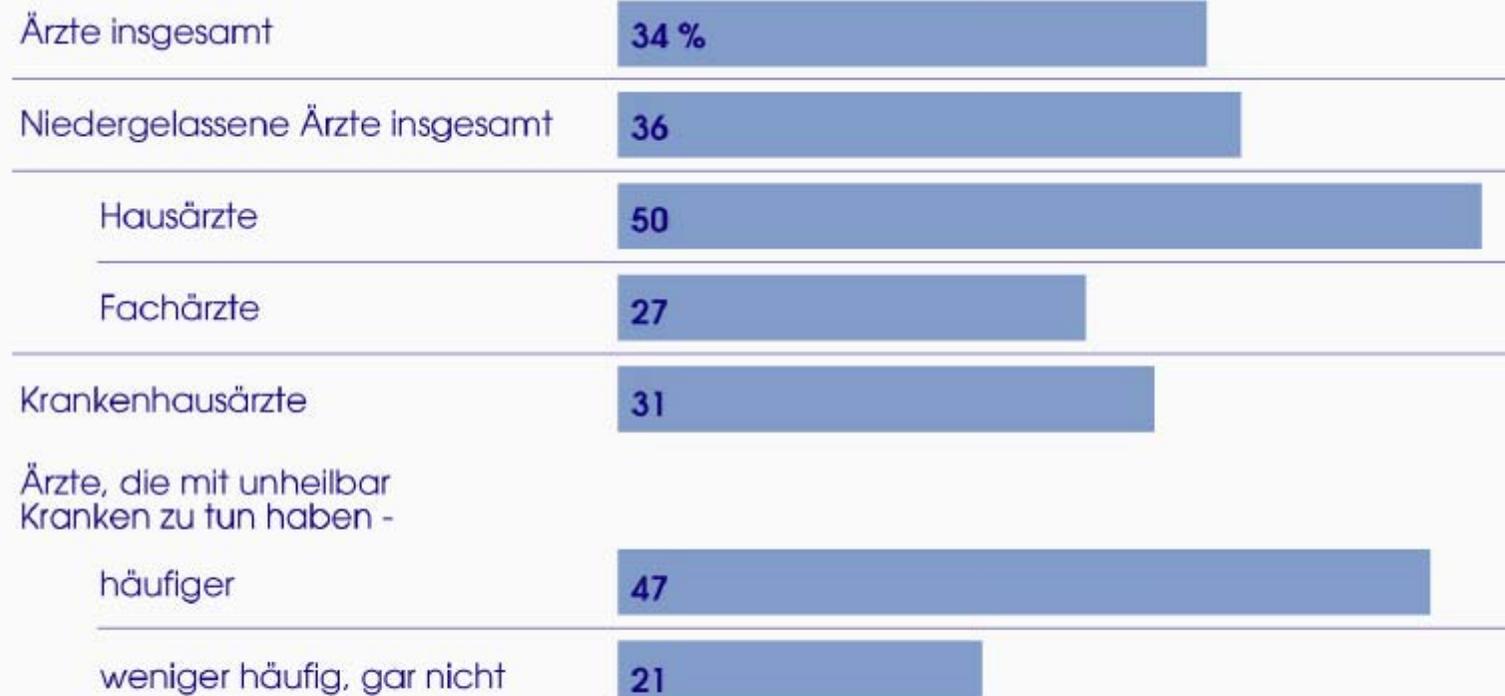
*Jox RJ et al. (2012) Int J Geriatr Psychiatr*

# Unterschiede je nach Vertreter



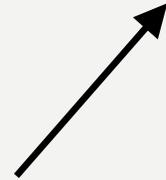
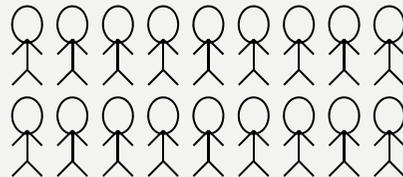
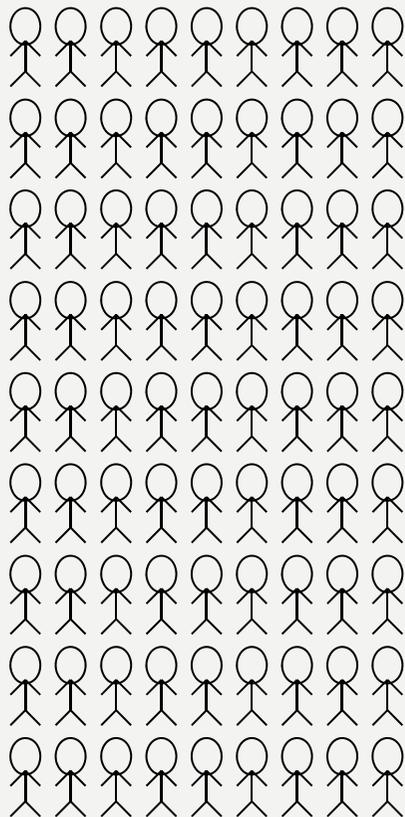
Jox RJ et al. (2012) *Int J Geriatr Psychiatr*

1. Therapieentscheidungen
2. Ärztliche Indikation
3. Patientenwille
- 4. Ärztliche Suizidhilfe**



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte  
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009

© IfD-Allensbach



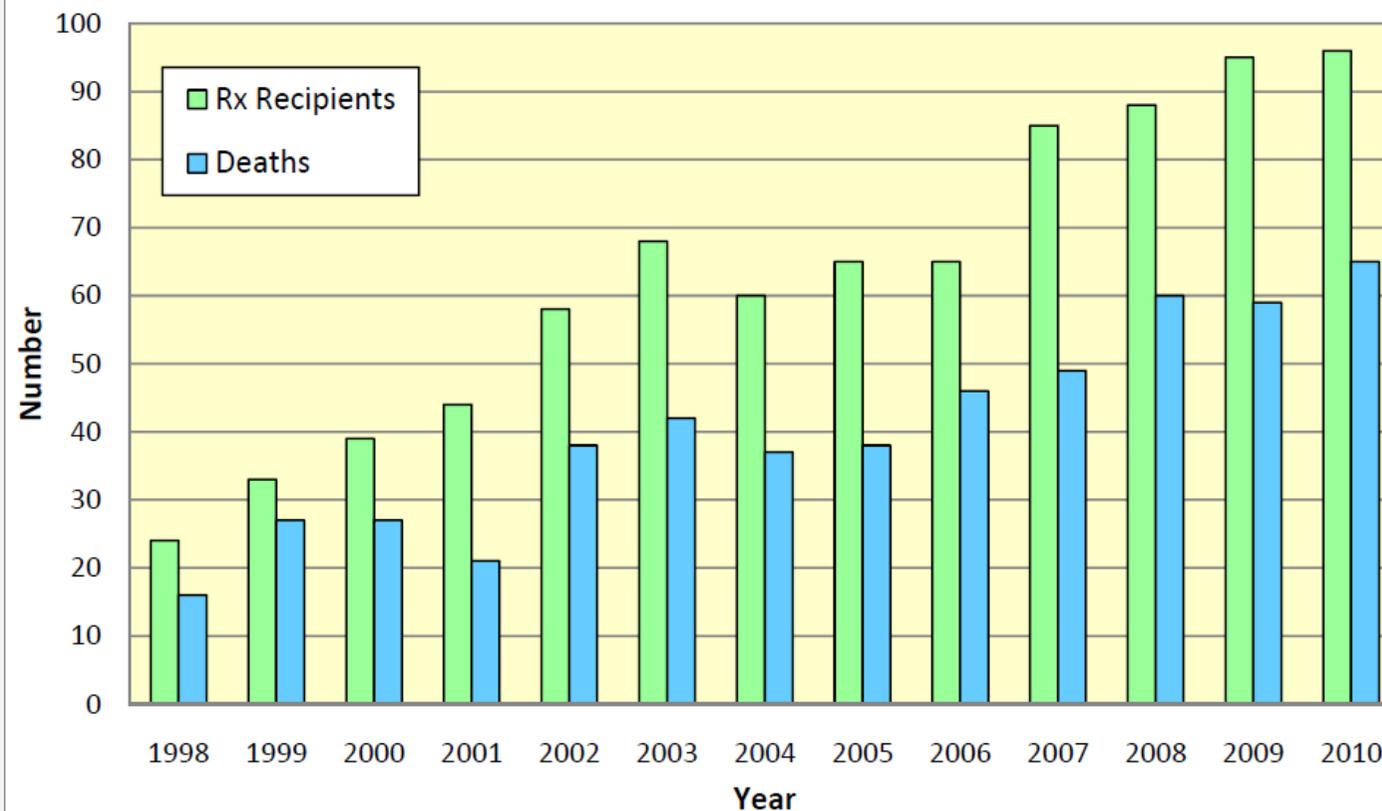


- **Häufigkeit:** 0,2% aller Todesfälle (Oregon, USA)
- **Motive:** Wunsch nach Kontrolle, Ängste, Verlust von Selbstständigkeit und Würde
- **Keine Motive:** Symptome, Depressivität, soziale Vereinsamung, finanzielle Sorgen
- **Folgen:** Keine Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen, keine Störung der Arzt-Patient-Beziehung, Palliativversorgung verbessert

*Ganzini L, New Engl J Med 2002, Ganzini L, Arch Intern Med 2009, Ganzini L, J Gen Int Med 2008, Battin MP, J Med Ethics 2007, Dobscha SK, J Palliat Med 2004, Lindsay RA, Am J Bioeth 2009*



Figure 1: Number of DWDA Prescription Recipients and Deaths as of January 7, 2011, by Year, Oregon, 1998-2010



Quelle. <http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year13.pdf>



- >90% der Suizide bei psychiatrischen Erkrankungen
- Depression (NL, Oregon): 8-47% der Anfragenden, 2-17% der durch assist. Suizid Gestorbenen (*Levene 2011*)
- Nicht jede (psych.) Krankheit verhindert Freiverantwortlichkeit im juristischen/ethischen Sinn
- 80% forensischer Psychiater in den USA: Suizid in manchen Fällen freiwillig und zulässig (*Ganzini 2000*)
- Freiwillige Todeswünsche unbestritten



„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“

*BÄK, Grundsätze zur ärztl. Sterbebegleitung 1998/2004*



„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

*BÄK, Grundsätze zur ärztl. Sterbebegleitung 2011*

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. **Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.**“

*§6 (Muster-)Berufsordnung*

## Aktuell:

- Heimliche Praxis ohne Bedingungen und Kontrolle
- „Suizidhilfe-Tourismus“

## Vorteile einer gesetzlichen Regelung:

- Ehrlichkeit und Transparenz
- Respekt der Würde und Autonomie der Person
- Stärkung des Lebensschutzes
- Verhütung fremdschädigender Suizidmethoden



- Oregon Death With Dignity Act 1997 (Volksentscheid)
- **Bedingungen** für Rezept über letale Barbituratdosis:
  - *Patient volljährig, entscheidungsfähig, Wohnsitz Oregon*
  - *Behandelnder und anderer Arzt bestätigen unabhängig:  
tödl. Erkrankung, < 6 Mo Lebenserwartung, freiwillige Bitte,  
Ausschluss psych. Krankheit, Aufklärung zu Alternativen*
  - *Mündliche Bitte wiederholt nach Bedenkzeit (15d)*
  - *Schriftlicher Antrag, zweifach bezeugt*



## § 217 StGB

*(1) Wer absichtlich und gewerbsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*

*(2) Ein nicht gewerbsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende Person ist.*

- Regierungsentwurf, BMJ
- 1. Lesung 30.11. → Rechts- und Innenausschüsse
- CDU verlangt gründliche Diskussion



- Ist auch der Arzt eine „nahestehende Person“?
- Förderung der nicht-gewerbsmäßigen Suizidhilfe?
- Konservative (z.B. Kirchen, DHPS): *organisierte, geschäftsmäßige* oder *jede* Suizidhilfe verbieten
- Liberale (z.B. HVD, DGHS): nur Werbung untersagen, auch Nichthinderung des Suizids erlauben
- Würde diese „Lex Kusch“ ihren Zweck erreichen?



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



Borasio GD et al.: Patientenverfügung: Das neue Gesetz in der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2011



**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

[ralf.jox@med.lmu.de](mailto:ralf.jox@med.lmu.de)