



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

1. Regensburger Medizinethik-Tag  
„Ethische Spannungsfelder der modernen Medizin“  
Universitätsklinikum Regensburg  
16. November 2013

# Therapieverzicht gegen den Patientenwillen?

**PD Dr. Dr. Ralf J. Jox**

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
& Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin  
Ludwig-Maximilians-Universität München



1. Exemplarische Fälle
2. Juristische Antwort
3. Ethische Antwort

- 38jährige Frau Weisweiler, 2 Kinder (6 und 8 Jahre)
  - Urothel-Karzinom, kein Ansprechen auf Chemotherapie
  - Multiple Knochenmetastasen
  - 2nd line Chemo: 6% Chance auf Ansprechen
  - Arzt sieht keine Indikation
  - Im Behandlungsteam herrscht jedoch keine Einigkeit
  - Patientin gut informiert, sehr realistisch, aber will so lange wie möglich leben (für ihre Kinder)
- ⇒ **Darf der Arzt seiner Patientin die gewünschte lebenserhaltende Therapie verwehren?**

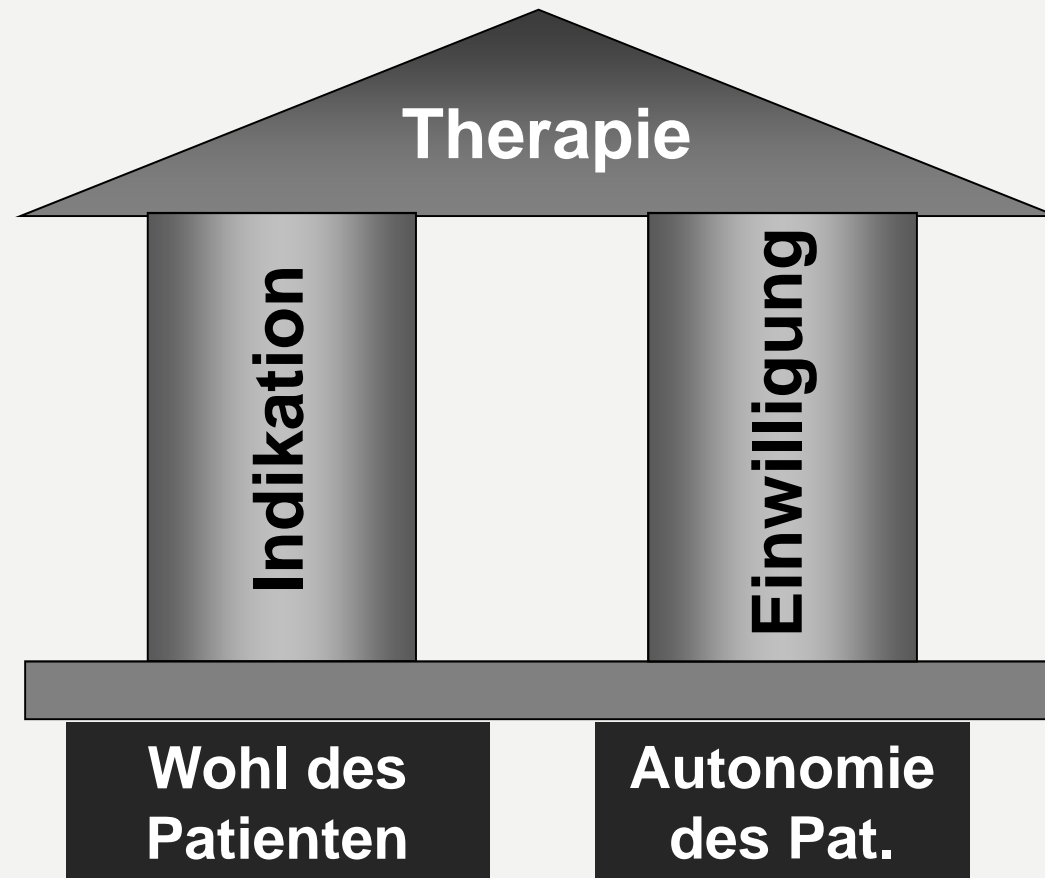
- 59jähriger Herr Bruckner, Landwirt
  - Amyotrophe Lateralsklerose seit 2 Jahren, späte Diagnose
  - Versucht weiterzuarbeiten, lehnt Patientenverfügung ab, möchte nicht über Krankheit reden
  - Riluzol: max. 1 Monat Lebensverlängerung, variables Ansprechen, aber im fortgeschrittenen Stadium wirkungslos, häufig gastrointestinale Nebenwirkungen
  - Herr Bruckner hat von dem Medikament gehört, will es haben, um wieder besser arbeiten zu können
  - Neurologe lehnt die Medikation ab
- ⇒ **Darf der Arzt seinem Patienten das einzige verfügbare Medikament verweigern?**



- 43jährige kinderlose Anwältin Dr. Cyran, Raucherin
  - Akute schwerste Subarachnoidalblutung mit Hydrozephalus, vasospastischen Infarkten, Epilepsie
  - Unkontrollierbare Pneumonie mit resistenten Keimen
  - Entwicklung einer Sepsis
  - Eltern (Betreuer) vermuten Behandlungsfehler, brauchen mehr Zeit für ihr „Coping“, fordern maximale Therapie
  - Eltern verweisen auf starken Lebenswillen ihrer Tochter
  - Ärzte favorisieren „Therapieabbruch“
- ⇒ **Darf die Intensivtherapie entgegen der Aussage der Eltern eingestellt werden?**

- Was heißt „medizinische Indikation“?
- Dürfen finanzielle Erwägungen bei der Indikationsstellung eine Rolle spielen?
- Was steckt hinter den Therapiewünschen?
- Macht es ethisch einen Unterschied, um welche Therapie/welches Therapieziel es geht?
- Dürfen die Bedürfnisse, Interessen und Werthaltungen von Angehörigen eine Rolle spielen?

1. Exemplarische Fälle
- 2. Juristische Antwort**
3. Ethische Antwort





**BGH, Beschluss vom 17.03.2003 XII ZB 2/03 (Lübecker Fall)**

*„Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird - sei es daß sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist.“*

**BGH, Urteil vom 25.6.2010 2 StR 454/09 (Putz-Fall)**

*Der behandelnde Hausarzt unterstützte das Vorhaben der Betreuer, weil aus seiner Sicht eine medizinische Indikation zur Fortsetzung der künstlichen Ernährung nicht mehr gegeben war.*

→ Putz-Fall: Zulässigkeit des Therapieabbruchs jedoch **nicht über Indikation**, sondern über Patientenwillen begründet!



*„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

*Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, **wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist** und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.*

BGB §1901b Abs.1

- Verschiedene Begrifflichkeiten verwendet
- Indikationsstellung = primäre ärztliche Aufgabe
- Indikation ist ein rein fachliches Urteil
- Vorgaben: holistische und zukunftsorientierte Sicht
- Bei fehlender Indikation:
  - a) keine Erörterung des Patientenwillens hierzu *nötig*
  - b) keine richterliche Genehmigungspflichtigkeit



***Entschluss zum Sterbenlassen kann allein auf ärztlichem Urteil (Nicht-Indikation) basieren – auch gegen den Patientenwillen!***

ABER:

- Als Fachurteil muss die Indikation den aktuellen **Stand der medizinischen Wissenschaft** wiedergeben
- Falls nicht, könnte es **justitiabel** sein:
- (A) *Fehlerhafte Indikation*: Körperverletzung  
Bsp: aktueller Transplantations-Prozess in Göttingen:
- (B) *Fehlerhafte Nichtindikation*: fahrlässige Tötung o.ä.



***Das Recht vereinfacht die Situation und lässt wesentliche Probleme unberührt.***

1. Exemplarische Fälle
2. Juristische Antwort
- 3. Ethische Antwort**



Wie definieren Sie „Indikation“?

**Die Intensivstation ist eine Brücke zur Überquerung eines Sumpfes. Auf der anderen Seite muss der Weg weitergehen. Wenn es dort keinen weiteren Weg gibt, gibt es gar keinen Grund, erst die Brücke zu bauen bzw. den Patienten draufzuschieben.**

(Arzt, Palliativmedizin)

**Indikation braucht eine Datenlage, die sagt, dass diese oder jene Maßnahme mit einer vernünftigen Wahrscheinlichkeit erlaubt, mit vernünftigen Nebenwirkungen das Ziel zu erreichen.**

(Arzt, Intensivmedizin)

*Jox RJ et al. J Med Ethics 2012*



Wie definieren Sie „Indikation“?

***Wenn ich ein Bronchialkarzinom habe, das die großen Bronchien zu-  
drückt und dem Patienten Atemnot macht, dann kann ich vielleicht  
mit einer künstlichen Beatmung noch ein, zwei Wochen  
herausschinden, ohne dass ich den Patienten aber je von der  
Beatmung wegstreife. In diesen Situationen ist es ganz klar, da gibt's  
keine medizinische Indikation mehr.***

(Arzt, Palliativmedizin)

***Ich denke „nicht schaden“ reicht nicht. Also, ich denke, es muss ihm  
(dem Patienten) helfen, und, ähm, muss auch irgendwie in dem  
Kostensystem verantwortbar sein.***

(Pfleger, Palliativmedizin)

*Jox RJ et al. J Med Ethics 2012*



## Definitionsversuch:

Eine medizinische Maßnahme ist dann indiziert, wenn sie mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit ein Therapieziel erreichen wird, das für den Patienten mehr Nutzen als Schaden bedeutet.





## Definitionsversuch:

Eine medizinische Maßnahme ist dann indiziert, wenn sie mit einer **akzeptablen Wahrscheinlichkeit** ein Therapieziel erreichen wird, das für den Patienten mehr Nutzen als Schaden bedeutet.



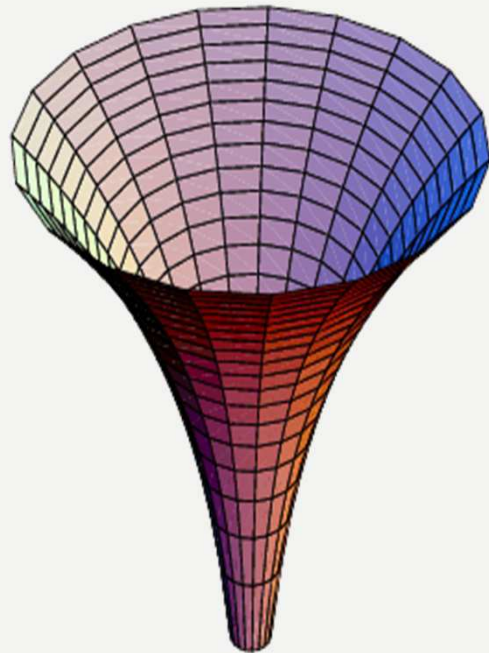
## Definitionsversuch:

Eine medizinische Maßnahme ist dann indiziert, wenn sie mit einer **akzeptablen Wahrscheinlichkeit** ein Therapieziel erreichen wird, das **für den Patienten** mehr Nutzen als Schaden bedeutet.



## Definitionsversuch:

Eine medizinische Maßnahme ist dann indiziert, wenn sie mit einer **akzeptablen Wahrscheinlichkeit** ein Therapieziel erreichen wird, das **für den Patienten mehr Nutzen als Schaden** bedeutet.



- „Medizinische Indikation“ (abstrakt):
  - *Evidenz-basierte Medizin, Lehrbuch*

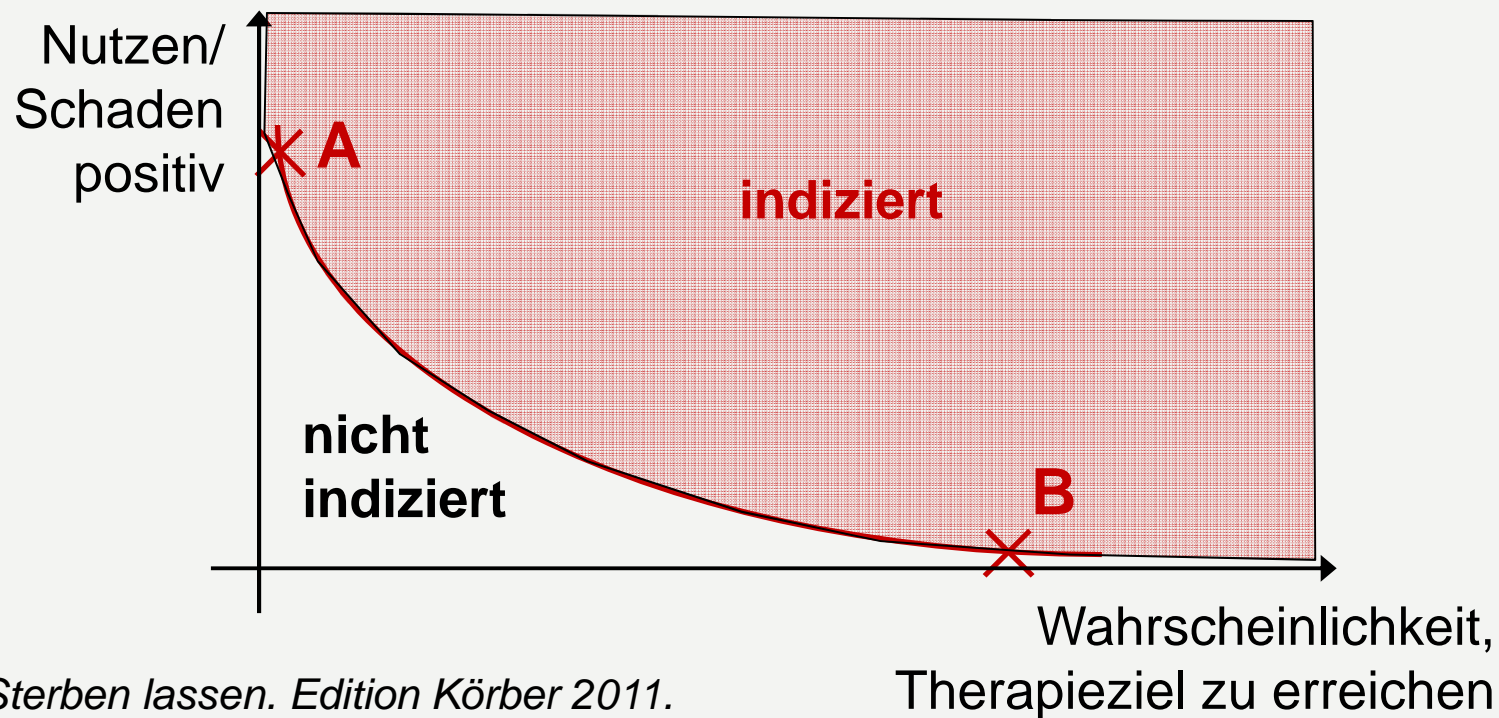


- Ärztliche Indikation (konkret):
  - *Organismus des Patienten*
  - *Soziales Umfeld des Patienten*
  - *Persönlichkeit des Patienten*



Was heißt akzeptabel? 20%? 10% 5%?

- Eine starre probabilistische Schwelle würde dem Einzelfall nicht gerecht.



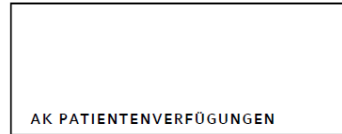
*Jox RJ. Sterben lassen. Edition Körber 2011.*

3 Situationen sind zu unterscheiden:

- 1) **Eindeutig indiziert**: Nutzen  $>$  Schaden,  
Wahrscheinlichkeit hoch
- 2) **Fraglich indiziert**: Nutzen  $\approx$  Schaden oder unklar,  
Wahrscheinlichkeit unsicher, schwer abschätzbar
- 3) **Eindeutig nicht indiziert**: Nutzen 0, Nutzen  $<$  Schaden,  
Wirkungslosigkeit ( $P = 0$ ; „futility“)

Nutzen/Schaden bezieht sich auf das Patientenwohl (QoL)

→ Indikation enthält also neben der fachlichen Einschätzung  
auch ein **wertendes (normatives) Urteil**



LEITLINIE  
ZUR FRAGE DER THERAPIEZIEL-  
ÄNDERUNG BEI SCHWERSTKRANKEN  
PATIENTEN UND ZUM UMGANG MIT  
PATIENTENVERFÜGUNGEN

[www.ethik-komitee.de](http://www.ethik-komitee.de)

*2., überarbeitete Version (2010)*

Herausgeber: AK Patientenverfügungen am Klinikum der Universität München  
(Leitung: Prof. Dr. G.D. Borasio, Peter Jacobs, RD Jürgen Weber)

unter wissenschaftlicher Mitarbeit von Dr. Dr. Ralf Jox und Dr. Eva Winkler

An der Erstellung dieser Leitlinie haben folgende Mitglieder des AK Patientenverfügungen mitgewirkt: Prof. Dr. G.D. Borasio (Palliativmedizin), N. D'Este (Juristin im Klinikum), Prof. em. Dr. W. Eisenmenger (Rechtsmedizin), Prof. Dr. M. Graw (Rechtsmedizin), Prof. Dr. M. Führer (Pädiatrie), Prof. Dr. J. Hoffmann (Chirurgie), P. Jacobs (Pflegedirektor), Dr. Dr. R. J. Jox (Neurologie, Medizinethik), T. Kammerer (Seelsorge), I. Luber (Referentin des Vorstandes), B. Müller (stellv. Pflegedirektorin), Prof. Dr. N. Nedopil (Psychiatrie), PD Dr. Dr. F. S. Oduncu (Hämatologie/Onkologie), Prof. Dr. T. Roser (Spiritual Care), PD Dr. S. Stübner (Psychiatrie), Prof. Dr. M. Volkenandt (Dermatologie), RD J. Weber (Jurist im Klinikum), Dr. Eva Winkler (Hämatologie/Onkologie, Medizinethik).

1. Informationen sammeln aus versch. Perspektiven
  - Medizinisch, pflegerisch, psychosozial, religiös...
  - Handlungsoptionen? (Rechtliche) Rahmenbedingungen?
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
4. Synthese: Konflikt? → *Begründete* Abwägung
5. Reflexion
  - Stärkster Einwand?
  - Konsens erreichbar?
  - Regelmäßige Überprüfung

nach Marckmann G.  
Onkologe 2009



1. Informationen sammeln aus versch. Perspektiven
  - Medizinisch, pflegerisch, psychosozial, religiös...
  - Handlungsoptionen? (Rechtliche) Rahmenbedingungen?
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**
4. Synthese: Konflikt? → *Begründete* Abwägung
5. Reflexion
  - Stärkster Einwand?
  - Konsens erreichbar?
  - Regelmäßige Überprüfung

*nach Marckmann G.  
Onkologe 2009*



Patient wünscht Therapie ↔ Arzt lehnt Therapie ab

Dissens über das Patientenwohl

Konflikt ethischer Prinzipien

Differente Lage-  
Einschätzung  
(*epistemisch*)

Differente  
Bewertung  
(*evaluativ*)

Wohl ↔  
Autonomie

Wohl ↔  
Gerechtigkeit

Informations-  
defizit

Emotionale  
Abwehr

Allokation  
zwischen  
Patienten

Kosten für  
Gesell-  
schaft

Interessen  
Angehöriger

Aufklären

Psych. Support

Dialog

Prinzipien abwägen

Keine Therapie

Therapie



Patient wünscht Therapie ↔ Arzt lehnt Therapie ab

Dissens über das Patientenwohl

Differente  
Bewertung  
(*evaluativ*)

Dialog

Therapie



Patient wünscht Therapie ↔ Arzt lehnt Therapie ab

Dissens über das Patientenwohl

Differente Lage-  
Einschätzung  
(*epistemisch*)

Informations-  
defizit

Emotionale  
Abwehr

Aufklären

Psych. Support

Keine Therapie

# Fall 3: Frau Dr. Cyran



Patient wünscht Therapie ↔ Arzt lehnt Therapie ab

Konflikt ethischer Prinzipien

Wohl ↔  
Autonomie

Wohl ↔  
Gerechtigkeit

Kosten für  
Gesell-  
schaft

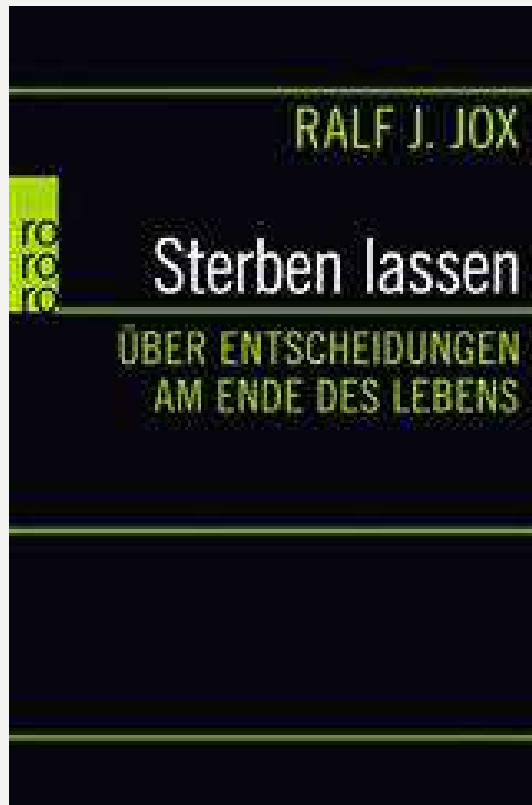
Interessen  
Angehöriger

Prinzipien abwägen

Therapie



- Die Frage „Therapieverzicht gegen den Patientenwillen“ kann in verschiedenen Kontexten auftreten.
- Rechtlich ist eine nicht indizierte Therapie weder anzubieten noch durchzuführen, doch eine fehlerhafte Indikationsstellung kann justitiabel sein.
- Ethisch betrachtet ist die Indikation ein komplexes Urteil mit fachlichen und wertenden Elementen (Prognose und Nutzen-Schadens-Relation).
- Die Entscheidungsfindung sollte differenziert erfolgen, die Therapiemotive berücksichtigen und ethische Prinzipien abwägen.



## Ethik

Eine ethische Orientierungshilfe

**Therapieverzicht gegen den Patientenwillen?**

Winkler EC und Marckmann G, Ärzteblatt BW 4/2012

## Clinical ethics

PAPER

**Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework**Eva C Winkler,<sup>1</sup> Wolfgang Hiddemann,<sup>2</sup> Georg Marckmann<sup>3</sup>

J Med Ethics 2012;38:647



**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

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