



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

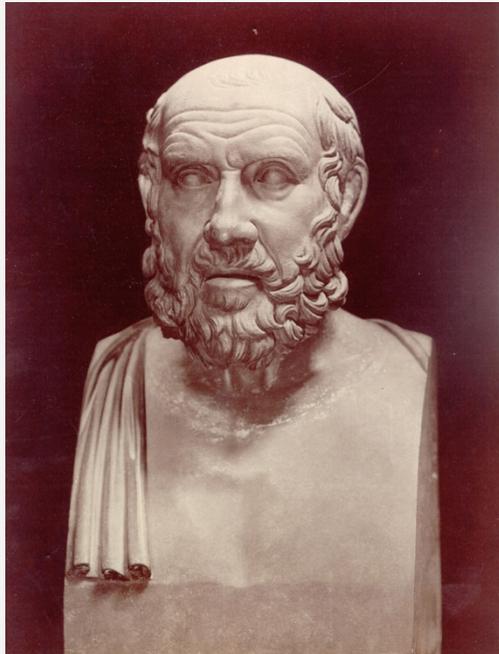
V. TOP Management Programm
„Bioethik – dürfen wir, was wir können?“
St. Quirin am Tegernsee, 7 Februar 2013

Bioethik: Fragen, die uns alle angehen

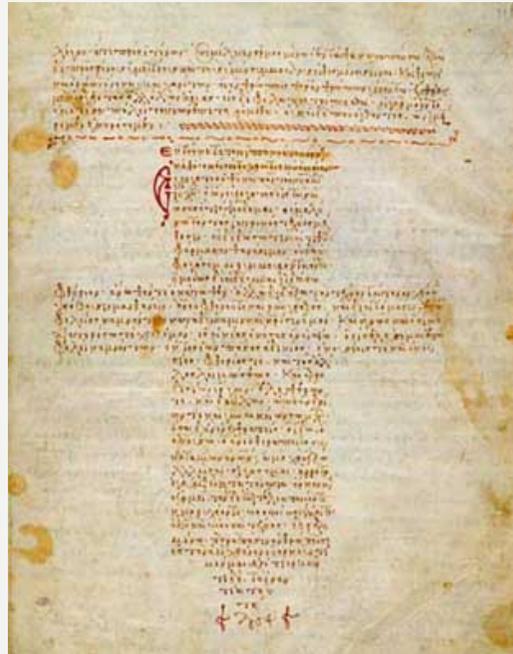
PD Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München



1. Historische Entwicklung
2. Begriffe und Theorien
3. Prinzipien biomedizinischer Ethik
4. Entscheidungen am Lebensende



Hippokrates von Kos
(460-370 v.Chr.)



Pergament, Byzanz
(12. Jh. n. Chr.)

Ich werde ärztliche
Verordnungen treffen zum
Nutzen der Kranken...

Auch werde ich
niemandem ein tödliches
Gift geben, auch nicht,
wenn ich darum gebeten
werde...

Was ich bei der
Behandlung (...) sehe
und höre, werde ich
verschweigen



- Entstanden ab der Mitte des 20. Jahrhunderts
- Führende Impulse aus USA und Großbritannien
- Professionalisierung
- Philosophische und sozialwissensch. Methodik
- „Arztethik“ → „Bio/Medizinethik“
- Breite gesellschaftliche Debatten (in Demokratien)



Dr. Leonardo Conti,
NS-Arzt



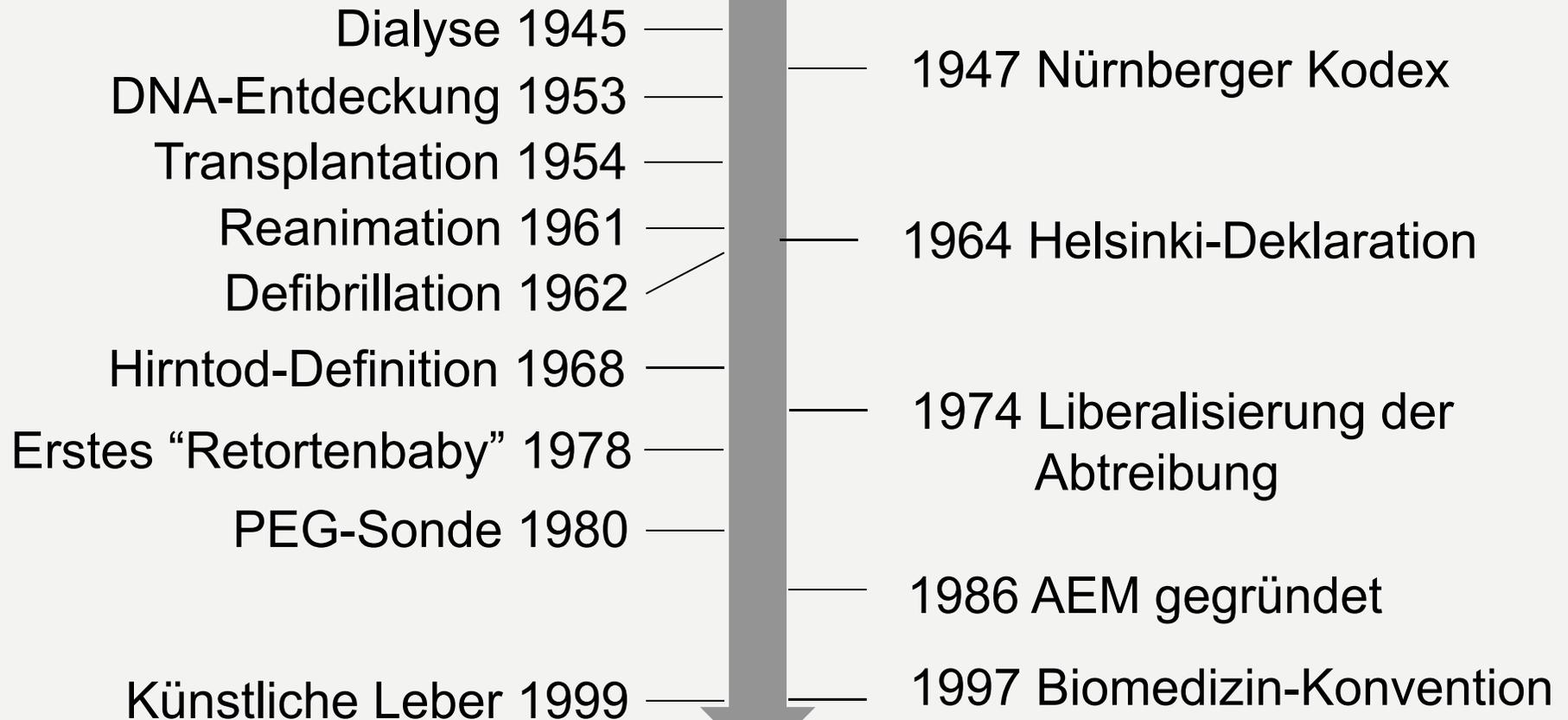
Nürnberger Ärzteprozesse





Fortschritte

Bioethik



Fall Karen Ann Quinlan (1975/76)



Karen Ann Quinlan

- 21 Jahre: Koma nach Drogenkonsum
- Wachkoma, beatmet
- Eltern wollen Beatmung beenden
- New Jersey Supreme Court
- Quinlan lebt 9 Jahre weiter dank künstlicher Ernährung und Hydrierung



Gesellschaft

Pluralisierung, Globalisierung

Nachlassende moralische
Autorität der Kirchen

Lockerung der Familienstrukturen

Schere zwischen Kosten und
Ressourcen im Gesundheitswesen

Erweiterte Erwartungen an
Medizin (z.B. Lifestyle-Medizin,
Gestaltung des Sterbens)

Ethische Reflexion

Medizin

Erweiterte Machbarkeiten

Strukturwandel: vom Hausarzt
zum fremden Klinikarzt

Ärztliche Spezialisierung und
Multiprofessionalität:

Teamarbeit statt Einzelkämpfer

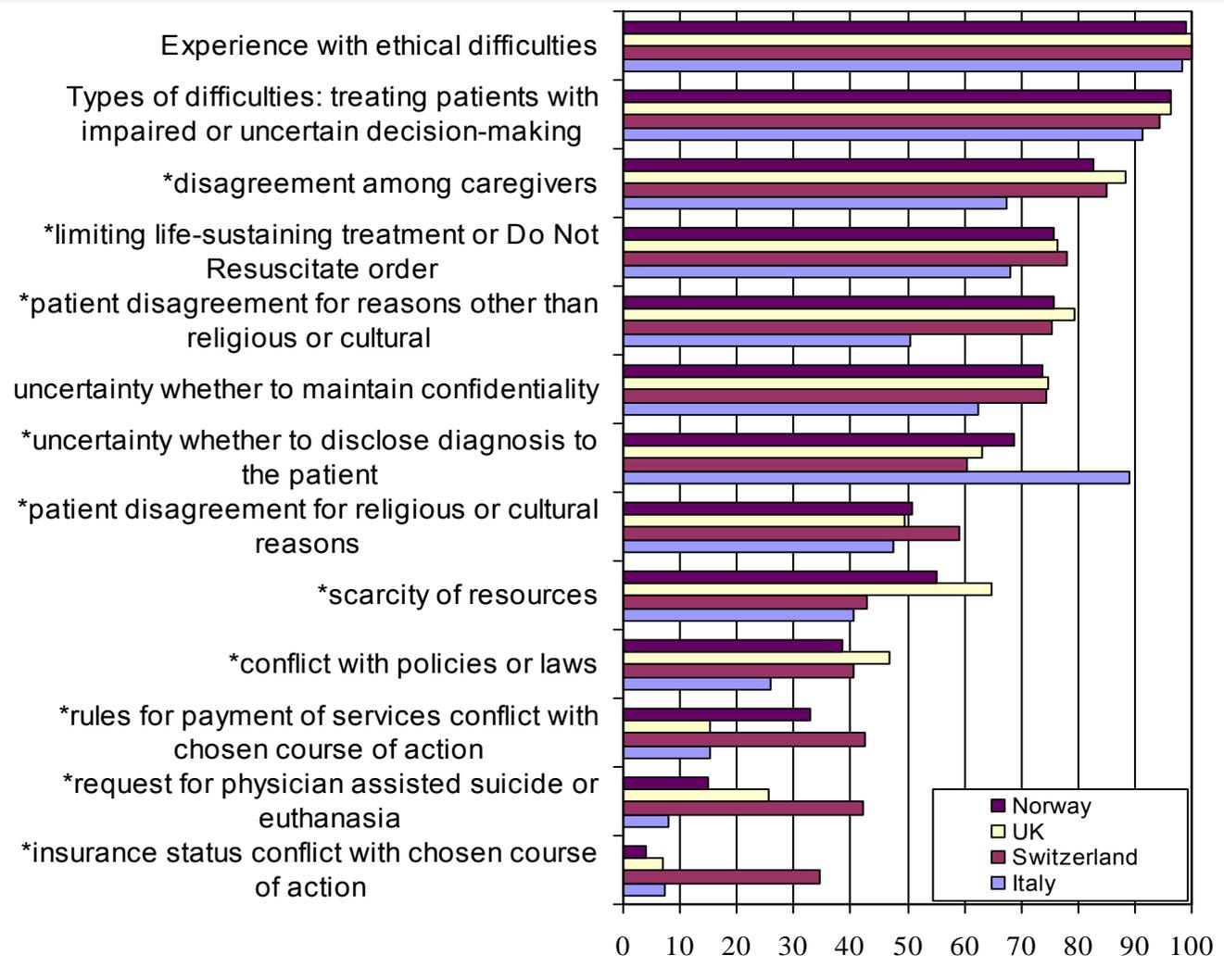
Wandel ärztlicher Berufsethik und
Veränderung der Arzt-Patient-
Beziehung („mündiger Patient“)



**Umfrage unter
Klinikärzten:**

Welche ethischen
Probleme treten
auf?

*Hurst SA (2007)
J Med Ethics*





Künstliche Befruchtung
Samenspende
Eizellspende
Leihmutterschaft
Abtreibung
Pränataldiagnostik
...

Prädiktive Genetik
Stammzell-Medizin
Organtransplantation
Zwangsmaßnahmen
Behandlungsfehler
Ressourcenverteilung
Lifestyle-Medizin
Public-Health-Ethik
Forschung am Menschen
...

Sterbehilfe
Patientenverfügung
Hirntod
Umgang mit Leiche
...

Roboter-Hilfen



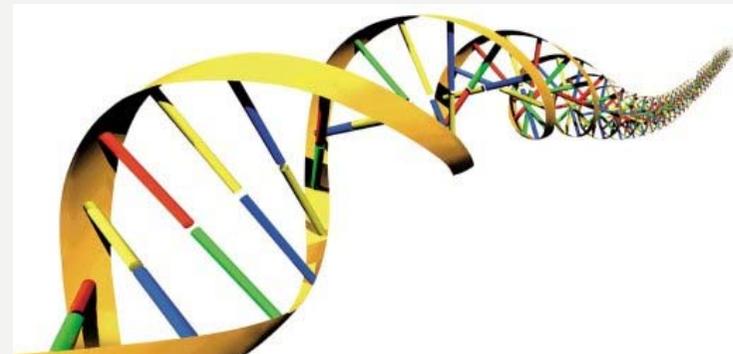
Künstliche Organe



Brain-Computer-Interface



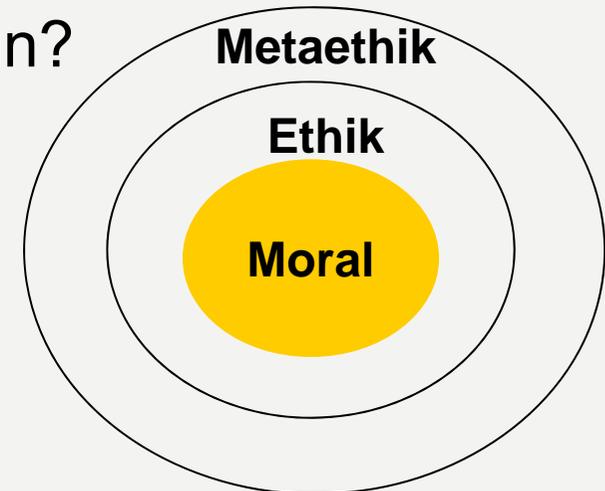
Individualisierte Medizin



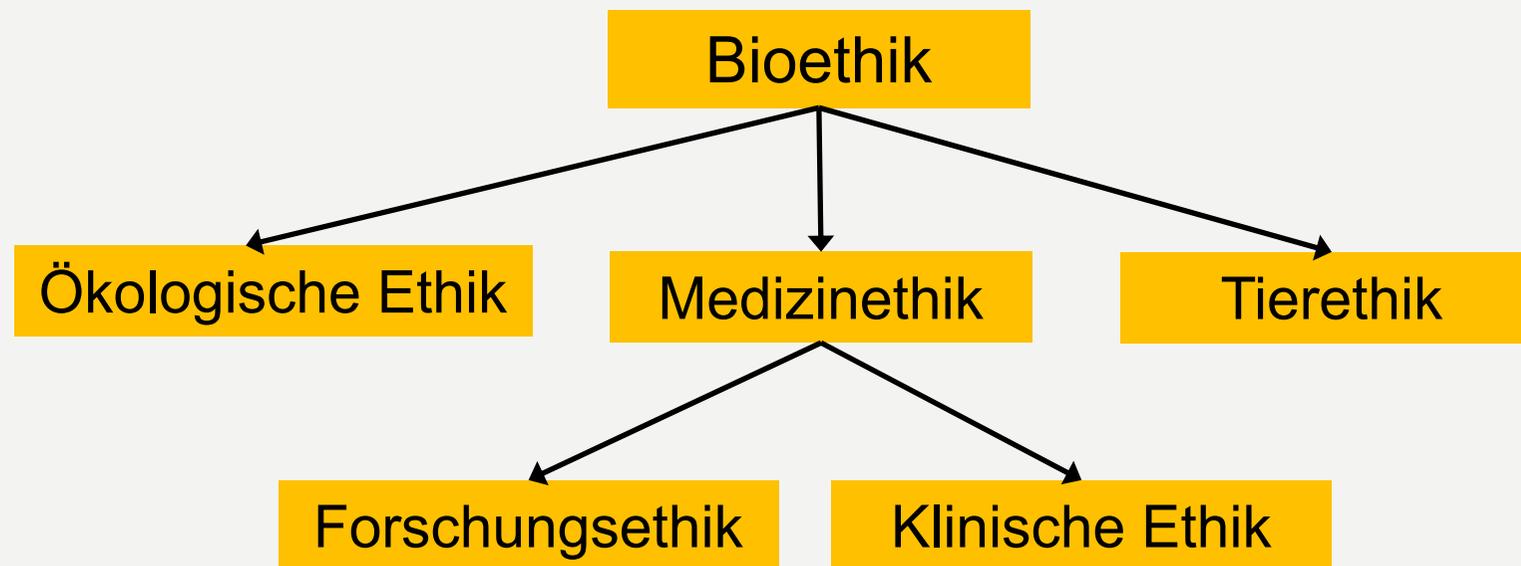
1. Historische Entwicklung
- 2. Begriffe und Theorien**
3. Prinzipien biomedizinischer Ethik
4. Entscheidungen am Lebensende

- Lat. „mores“ < gr. έθος (Sitte) ηθος (Charakter)
- Sittliche Regeln, Normen, Maßstäbe in einer Gesellschaft
- Was soll ich tun? Was ist gut?
- Abgrenzung: - Spielregeln
- Konventionen
- Klugheitsregeln
- 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

Recht	Moral/Ethik
Handlungsrahmen	Handlungsorientierung
Externe Sanktionen	Auch interne „Sanktionen“
Innere Distanz möglich	Keine innere Distanz
Relativer Geltungsanspruch	Universaler Geltungsanspruch



Kognitivistische Theorien

Nonkognitivistische Th.

z.B. Emotivismus, Dezisionismus

Deontologische Th.

Dekalog, Kant

Was ist richtig?

Kirchliches
Abtreibungsverbot

Konsequentialistische Th.

Utilitarismus (Bentham, Mill)

Was ist gut?

Tumor-Screening
gerechtfertigt?

Tugendethik

(Aristoteles)

Was ist tugendhaft?

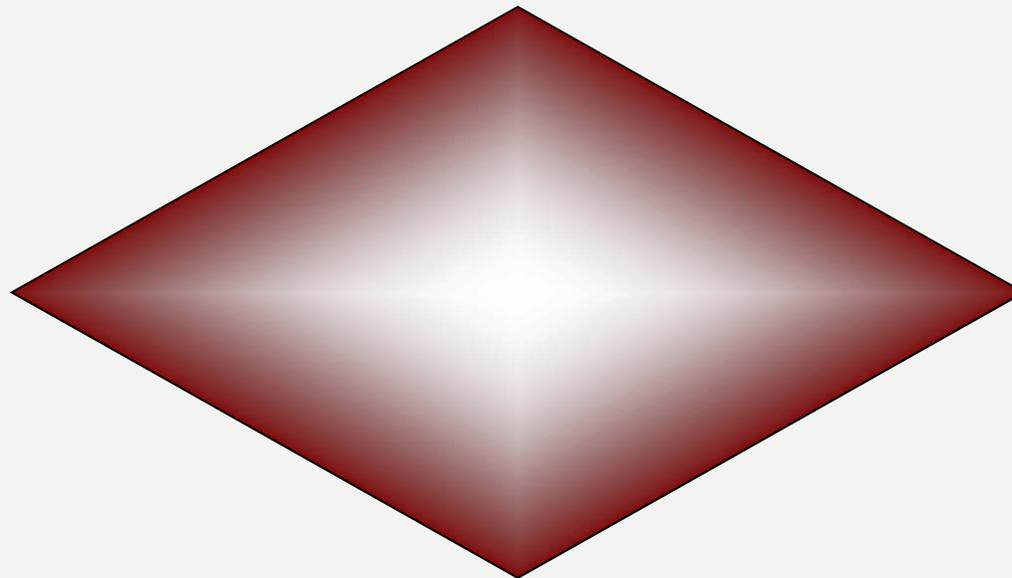
Ärzte sollen
empathisch sein

1. Historische Entwicklung
2. Begriffe und Theorien
- 3. Prinzipien biomedizinischer Ethik**
4. Entscheidungen am Lebensende



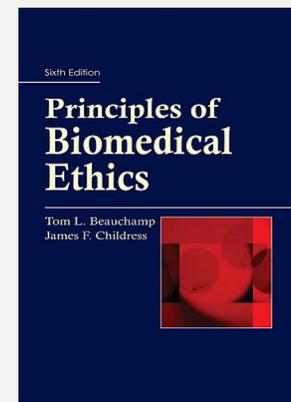
Respekt der Autonomie

**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
- Allokation erforderlich bei begrenzten Ressourcen
- Rationierung? Priorisierung?
- *Makroebene*: Gerechte Verteilung von Organen
- *Mikroebene*: Gerechte Zuteilung von Intensivbetten, faire Behandlung ohne Diskriminierung

1. Historische Entwicklung
2. Begriffe und Theorien
3. Prinzipien biomedizinischer Ethik
- 4. Entscheidungen am Lebensende**



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

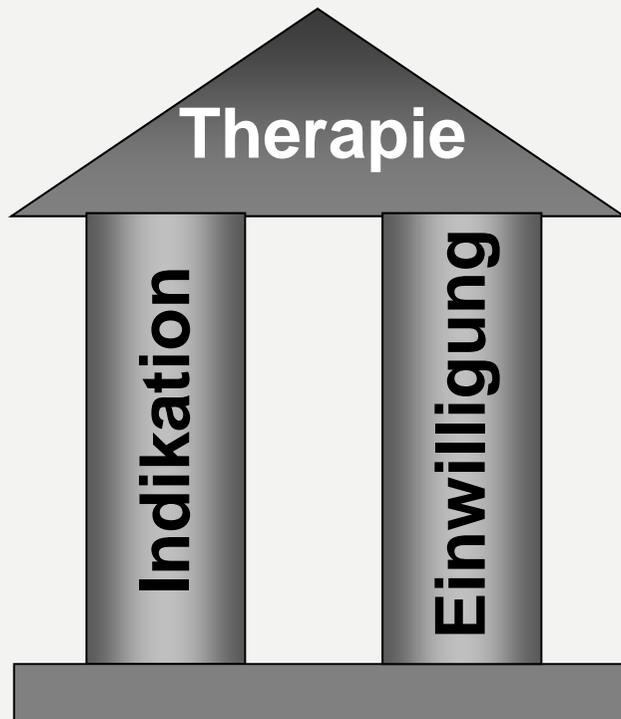
■ **Palliativbetreuung:**

70% der Todesfälle durch Therapieverzicht

Schildmann J et al, Palliat Med 2010

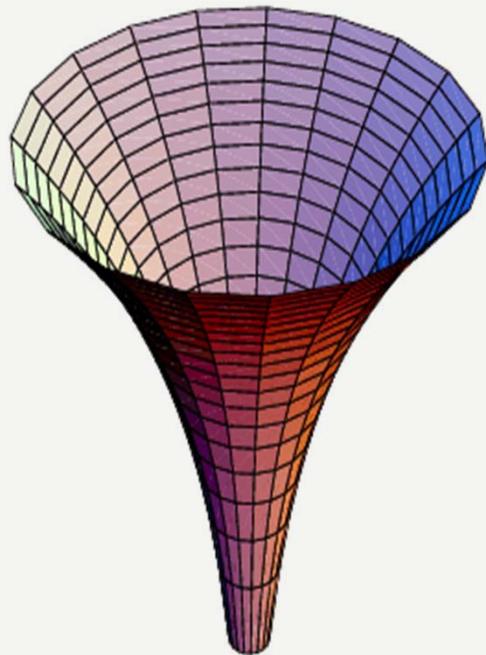


- Frau S., 77 Jahre, früher Leiterin eines Pflegedienstes, unverheiratet, lebt mit Schwester, bisher „gesund“
 - Notaufnahme → Intensivstation: 2 schwere Schlaganfälle (Sprachstörung, Lähmung rechts)
 - Prognose: hochgradig pflegebedürftig, keine Sprache
 - Lungenentzündung → Intubation, Beatmung
 - Nierenversagen → Blutwäsche
 - Bevollmächtigte Schwester ist unsicher über Patientenwillen
- ⇒ Soll Frau S. medizinisch am Leben erhalten werden?**



„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
- Bess. Nahrungszustand
- Mehr Lebensqualität
- Weniger Schmerzen
- Versuchen zu verhindern

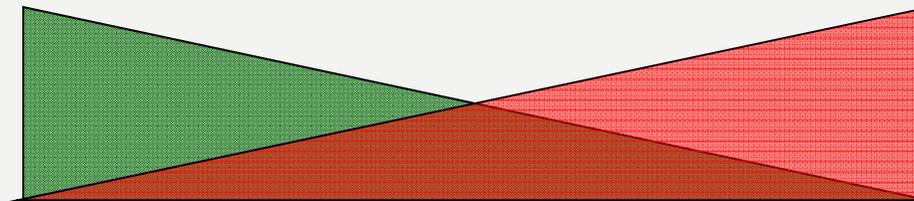
- Durchfall, Übelkeit, Erbrechen
- Hautentzündungen
- Weniger Zuwendung
- Oft Fixierung



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



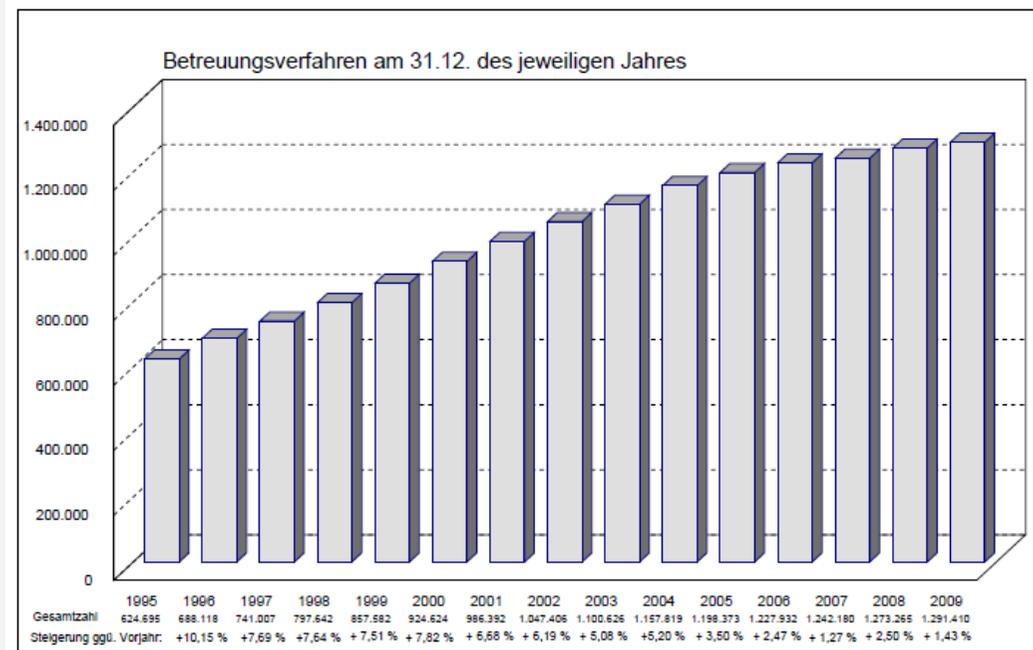
Fähigkeit zu eigener Entscheidung



Notwendigkeit und Gewicht der Entscheidungen

Krankheitsprozess →

Zunahme rechtlicher
Betreuungen und
Vorsorgevollmachten



Betreuungsverfahren 1995-2009 (amtliche Erhebung)



Aktuell erklärter Wille des entscheidungsfähigen Patienten

wenn nicht
gegeben

vorausverfügter Wille (Patientenverfügung)

wenn nicht
vorhanden

Behandlungswünsche

wenn nicht
vorhanden

Mutmaßlicher Wille

nach Jox RJ et al. Nervenarzt 2008



Vorsorge für
**UNFALL
KRANKHEIT
ALTER**

durch
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?

Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich

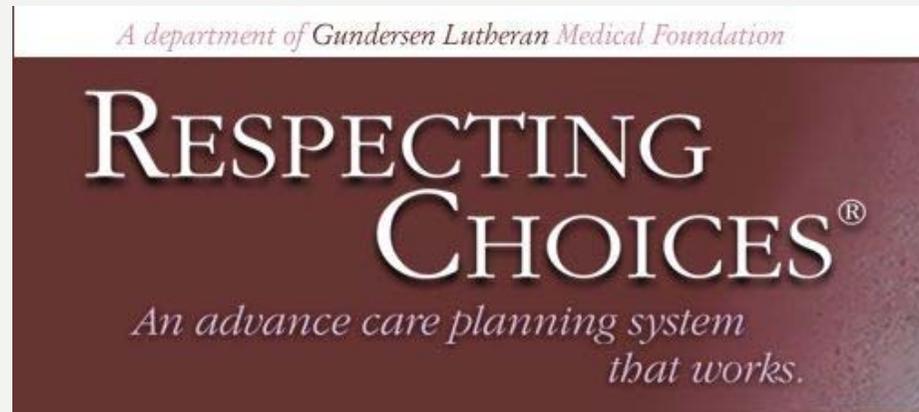
Living wills under close scrutiny: Medical consultation is indispensable

Autoren

M. Schöffner¹ K.W. Schmidt^{2,3} U. Benzenhöfer³ S. Sahm^{4,3}

*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

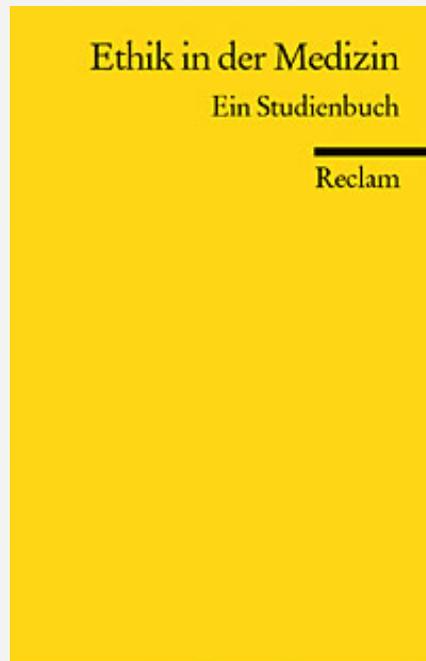


- Randomisierte Studie, n = 309 Patienten > 80 J.
- Nach 6 Monaten 56 †: Präferenzen respektiert bei 86% (ACP) vs. 30% (kein ACP)
- Angehörige (ACP): ↓ Stress, Angst, Depression

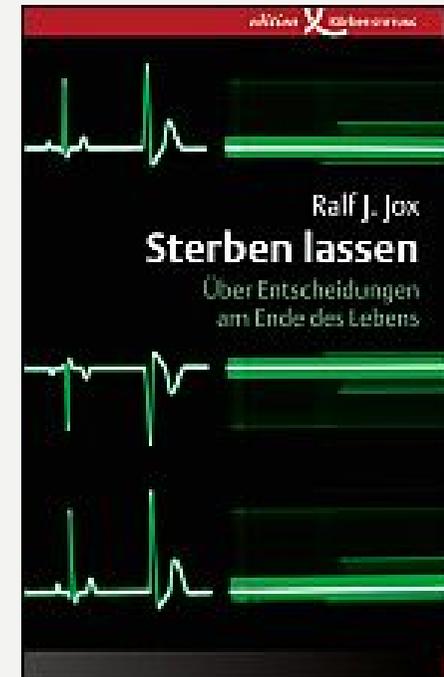
Detering KM et al. BMJ 2010

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





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



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



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

ralf.jox@med.lmu.de