



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Deutsche Richterakademie  
Aufbautagung „Betreuungsrecht“  
Wustrau, 16. November 2012

# Fragen zum Ende des menschlichen Lebens: ärztliche und ethische Aspekte

**PD Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox**  
Ethox Centre, University of Oxford, UK  
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:**

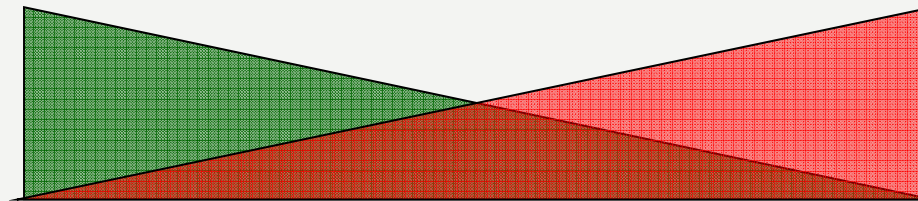
70% der Todesfälle durch Therapieverzicht

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

# Wer trifft die Entscheidungen?



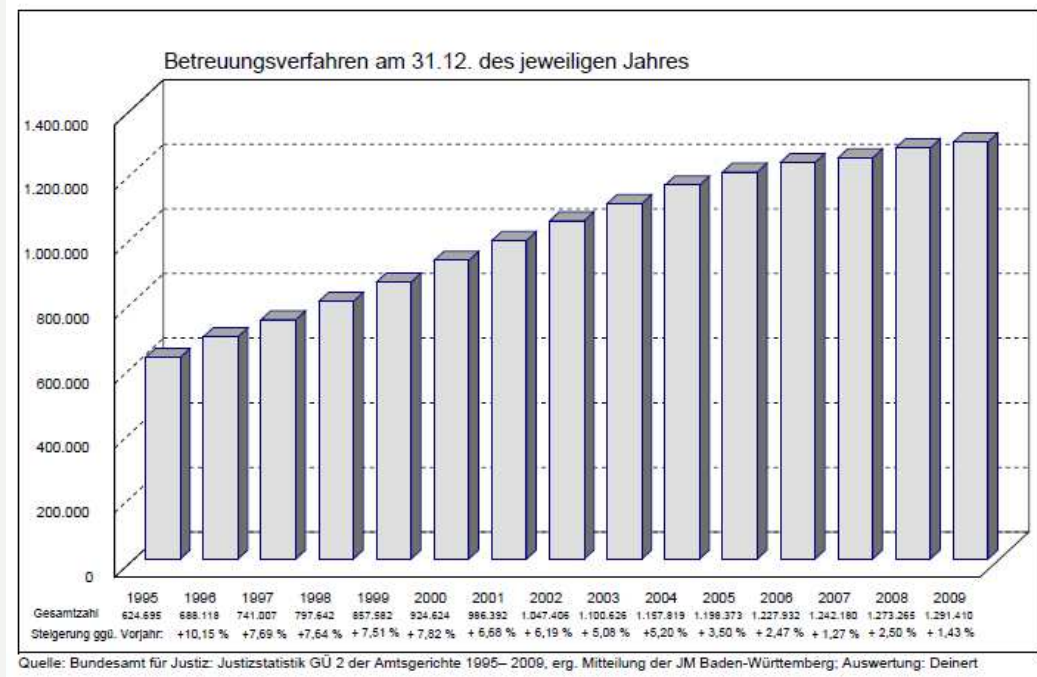
Fähigkeit zu selbstbestimmter Entscheidung



Existenzielle Tragweite der Entscheidungen

Krankheitsprozess →

Zunahme rechtlicher  
Betreuungen und  
Vorsorgevollmachten



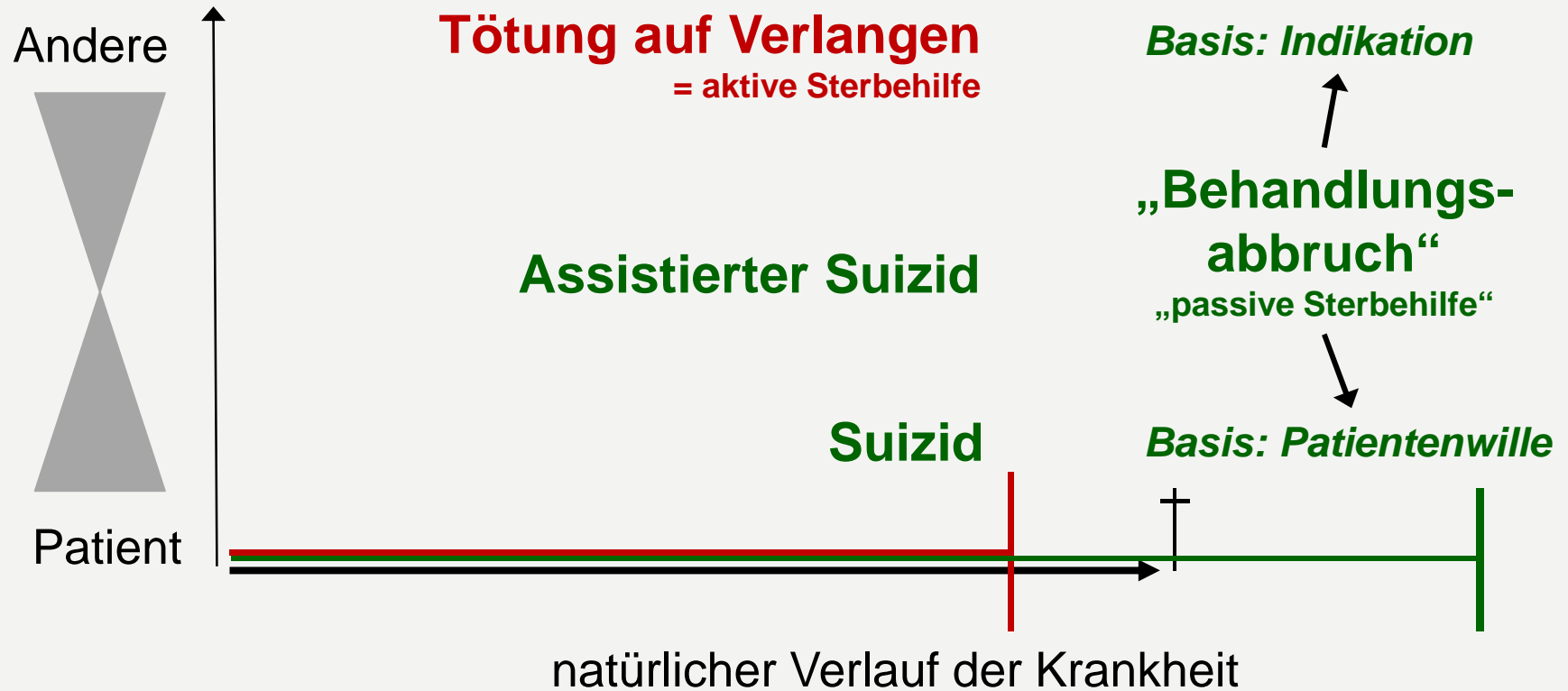
Betreuungsverfahren 1995-2009 (amtliche Erhebung)



- 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 sind Betreuer, wollen PEG-Therapie beenden
- ⇒ **Wie ist zu entscheiden?**



Handlungskontrolle



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



- Ursachen für reduzierte Nahrung/Flüssigkeitsaufnahme oft schwer zu klären
- Bei suizidaler Intention ethisch analog zu behandeln
- Häufigkeit unklar
- **Studie aus Oregon:**
  - Umfrage unter Pflegenden aus dem Hospizbereich (n=307)
  - 33% hatten in den letzten 4 Jahren mind. einen Fall erlebt
  - Motive: schlechte QoL, Tod bevorstehend, Sinnlosigkeitserleben
  - 85% starben inn. 15d, „Sterbequalität“ 8 auf Skala 1-9 (!)



Tony Nicklinson, GB

*Ganzini L et al. NEJM 2003*



- Opioide, Sedativa wirken nicht lebensverkürzend  
*Sykes et al. Lancet Oncol 2003;4:312*
- Opioide, Sedativa im Kontext einer Beendigung der Beatmung verlängern die Lebenszeit leicht  
*Bakker et al. Am J Hosp Pall Care 2008;25:152*
- Palliative Sedierung verlängert das mediane Überleben im Hospiz von 9 auf 12 Tage  
*Maltoni et al. Ann Oncol 2009;20:1163*
- Frühe Palliativ-Begleittherapie bei Lungenkrebs:  
↑ LQ, ↓ Depression, ↑ Lebenszeit  
*Temel et al. N Eng J Med 2010;363:733*



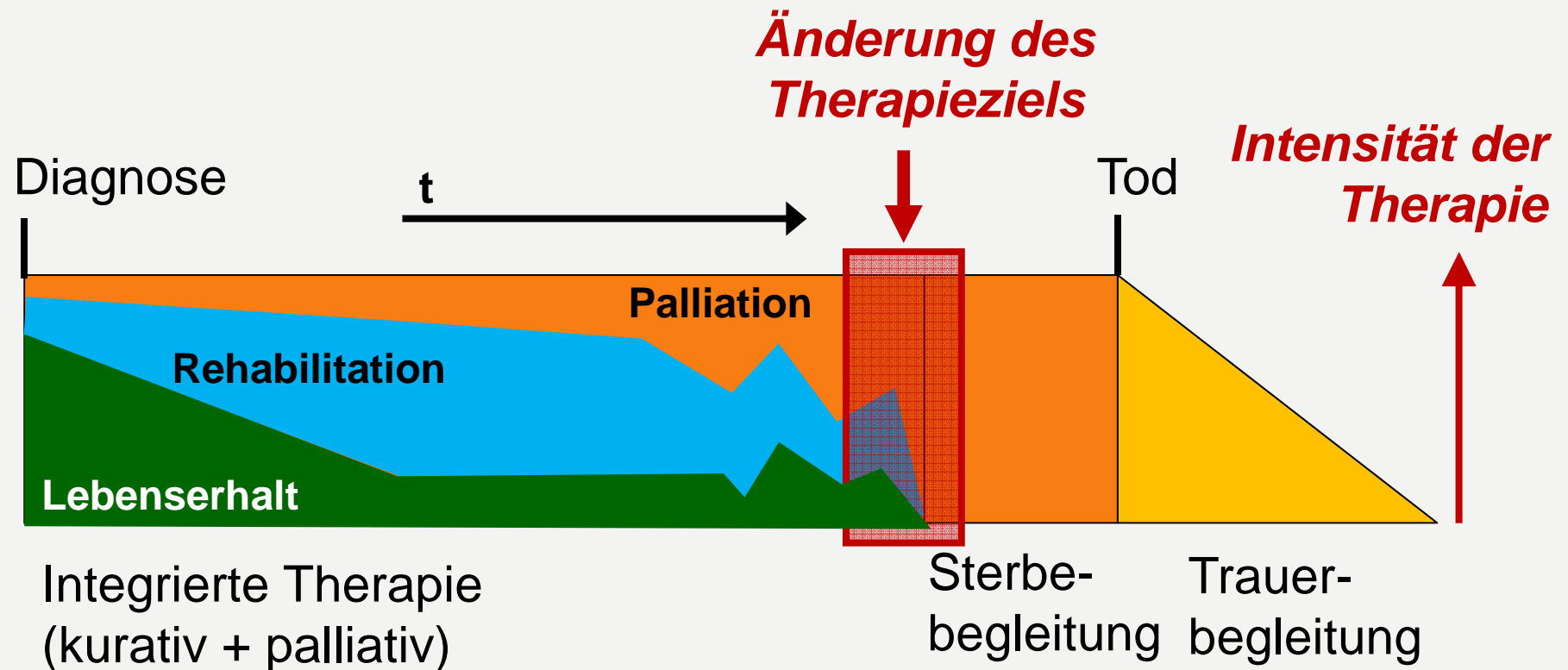
- Entstanden in den 1960ern (GB, KAN)
- Patienten mit fortschreitenden Krankheiten und begrenzter Lebenserwartung
- Ziel: Linderung von Leiden (physisch, psychosozial, spirituell), Lebensqualität
- *Unit of care*: Patient & Angehörige
- Den Tod weder hinauszögern noch beschleunigen („natürlicher Verlauf“)



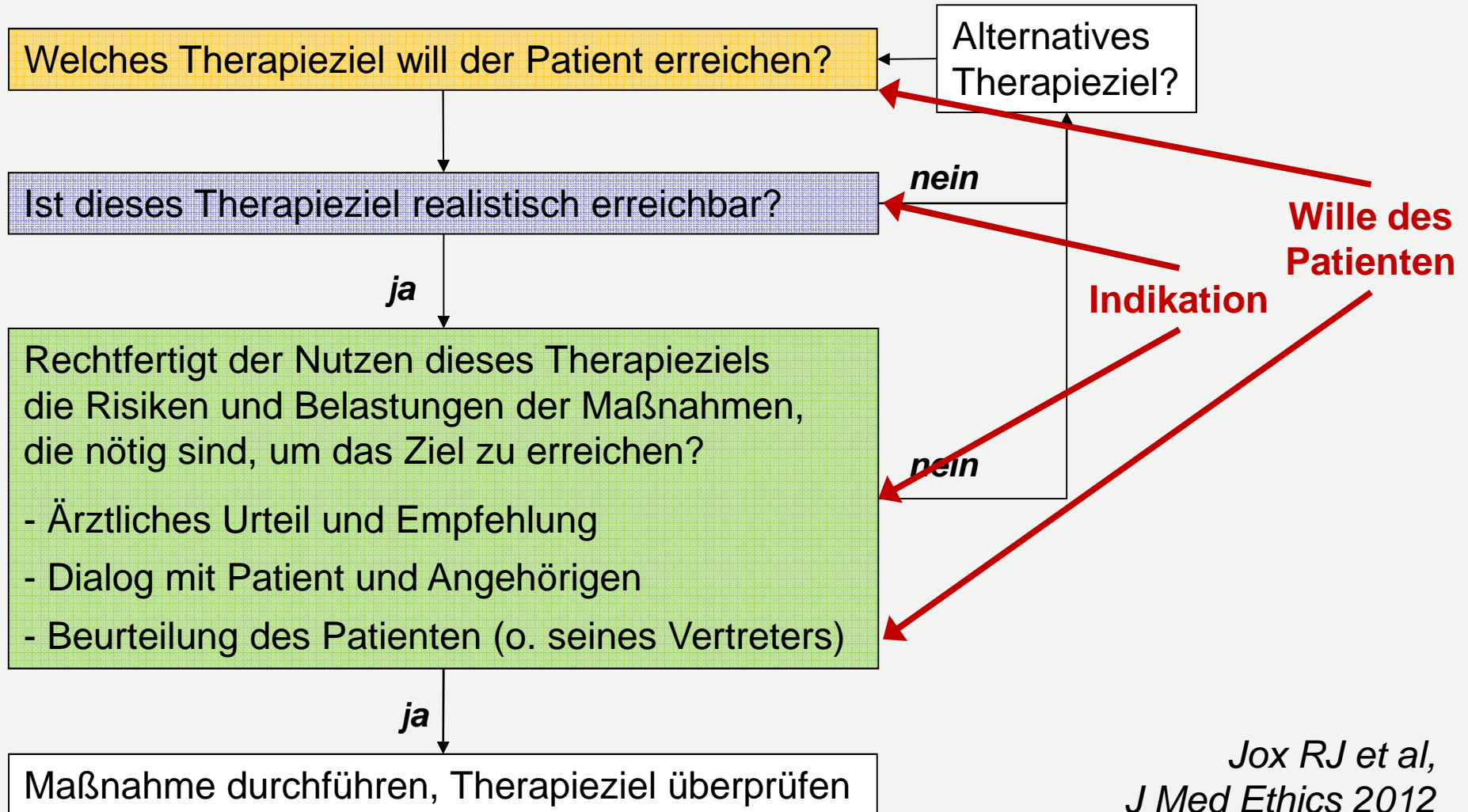
**Cicely Saunders:**

**„Nicht dem Leben  
mehr Tage geben,  
sondern den Tagen  
mehr Leben.“**

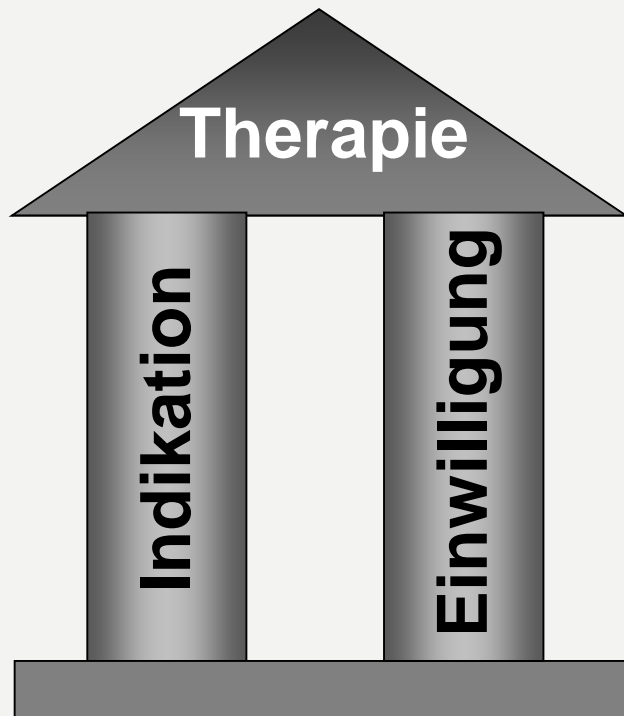
- Allgemeine vs. *spezialisierte* Palliativmedizin
- Stationär: Hospiz, Palliativstation, Konsildienst
- Ambulant: Hospizdienste, SAPV
- Rechtsanspruch auf SAPV: §37b SGB V
- Desiderata:
  - *regional gleichmäßige (gerechte) Versorgung*
  - *Professionalisierung, Evidenzbasis*
  - *Erhalt des spezifischen Charakters*
  - *Verzahnung mit Ehrenamt*



*Nach Murray SA et al, BMJ 2005*



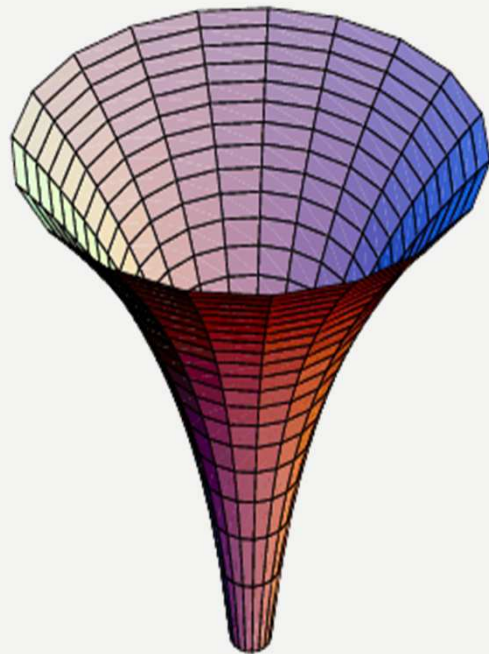
Jox RJ et al,  
J Med Ethics 2012



*„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*



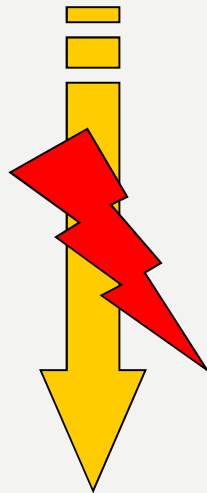
- Ärztliche Indikation (konkret):

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



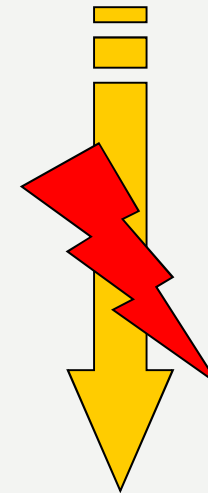


## Verdursten

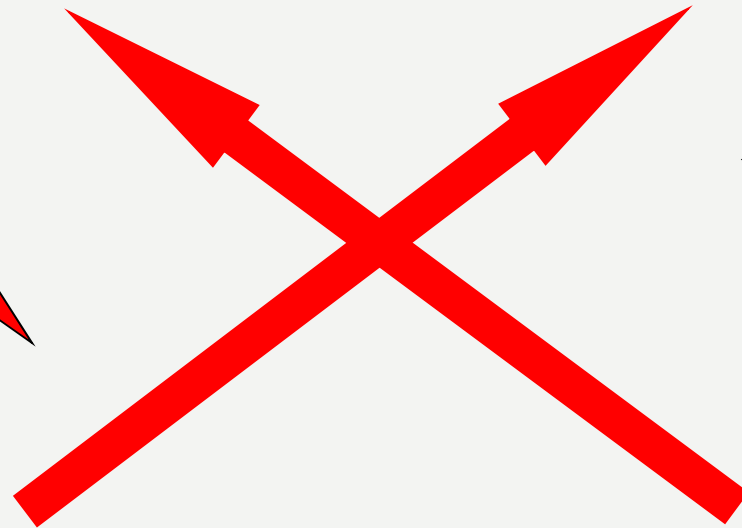


## Flüssigkeitsgabe

## Ersticken



## Sauerstoffgabe





## Angestrebte Therapieziele:

- Verlängerung des Lebens
- Besserer Gesundheitsstatus
- Mehr Lebensqualität
- Weniger Schmerzen
- Verschieben von Entscheidungen

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



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



## Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung



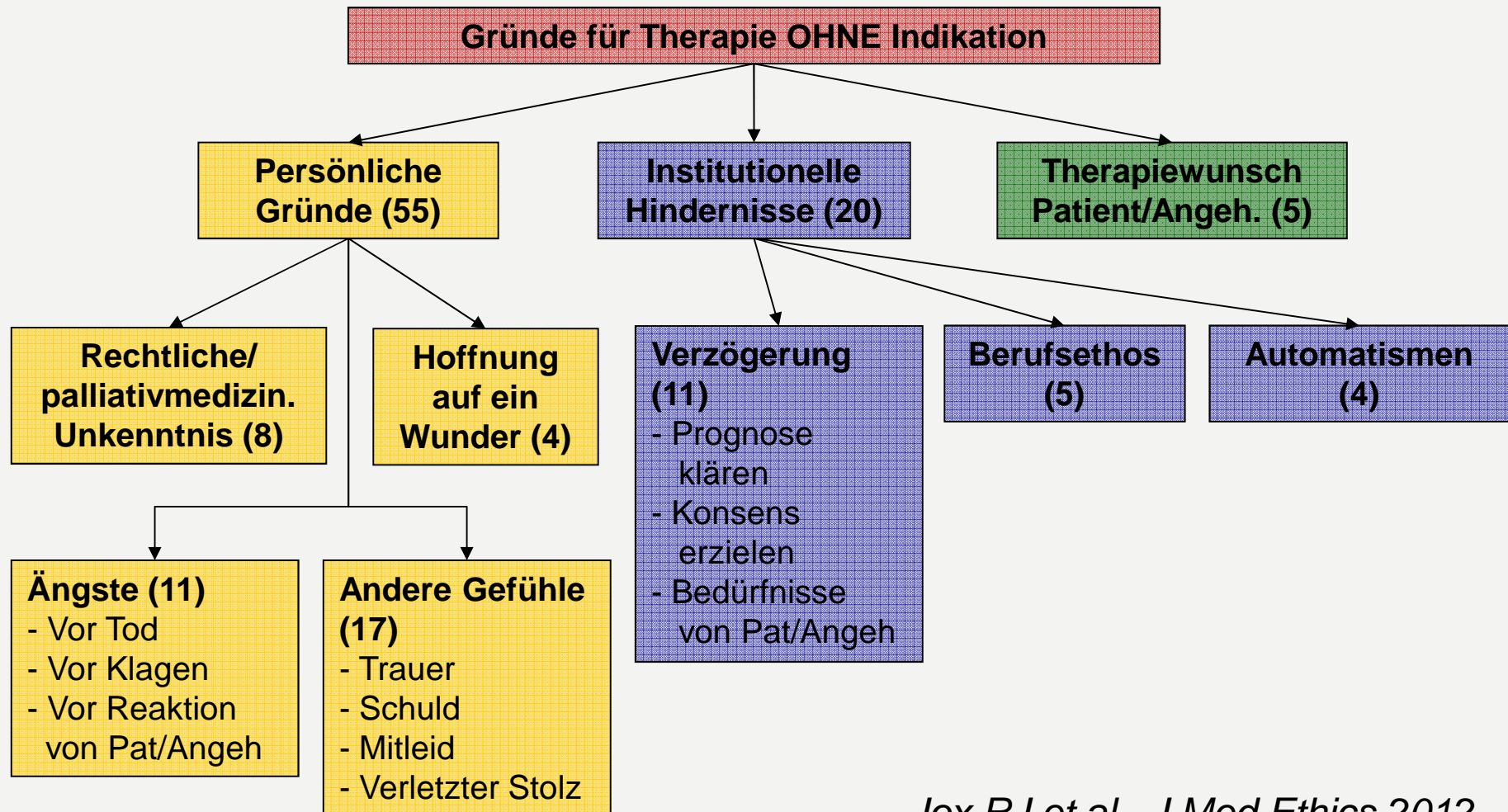
- 83jähriger Vater einer ärztlichen Kollegin
- Rasch progrediente Demenz (Creutzfeldt-Jakob)
- Tochter wird gedrängt zur Entscheidung PEG-Sonde → überlastet, will Betreuung zurückgeben
- Übernahme auf Station, Klärung: keine Indikation, *shared decision making* → friedlicher Trauerverlauf

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

Ethikberatung auf Intensivstationen (2007, n=17)

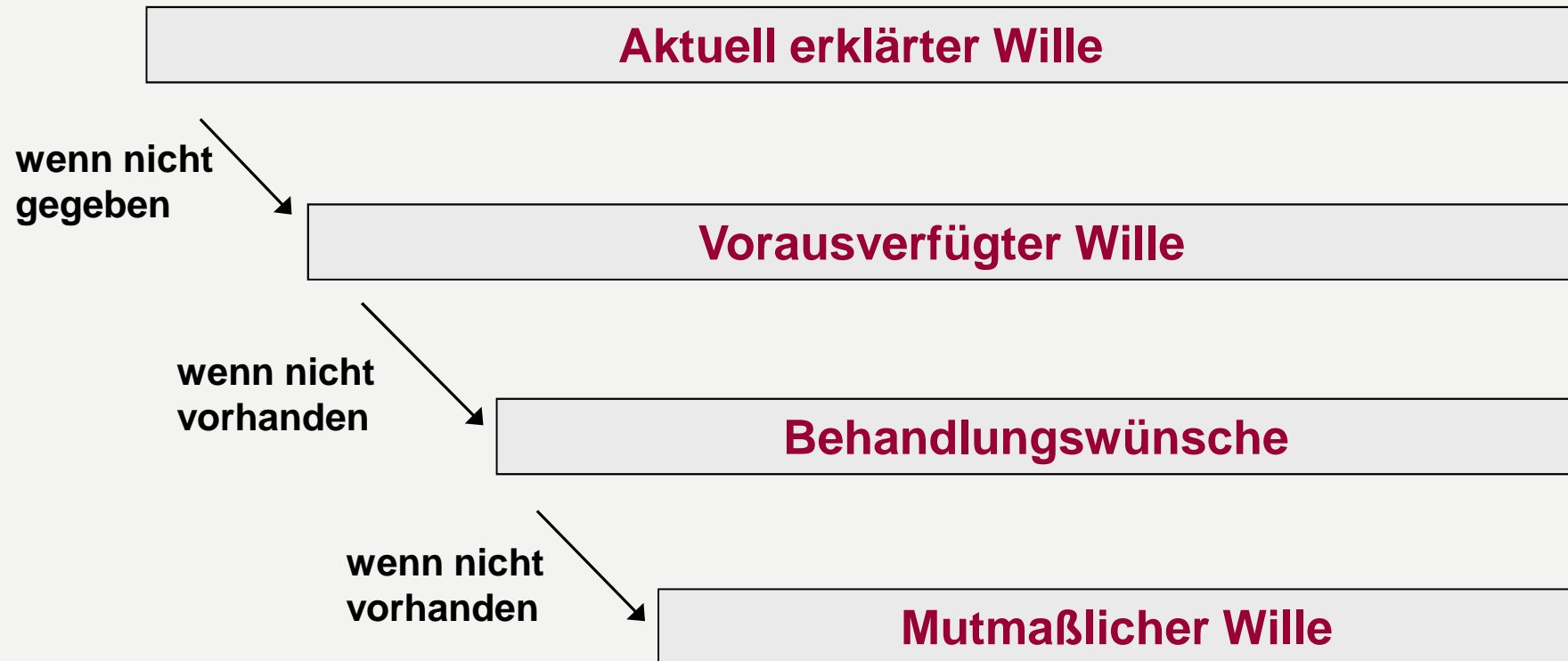
	Einwilligung	Keine Einwilligung	Einwilligung fraglich
Indikation bejaht	-	<b>5</b>	<b>1</b>
Indikation verneint	<b>10</b>	-	-
Indikation strittig	-	<b>1</b>	-

*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



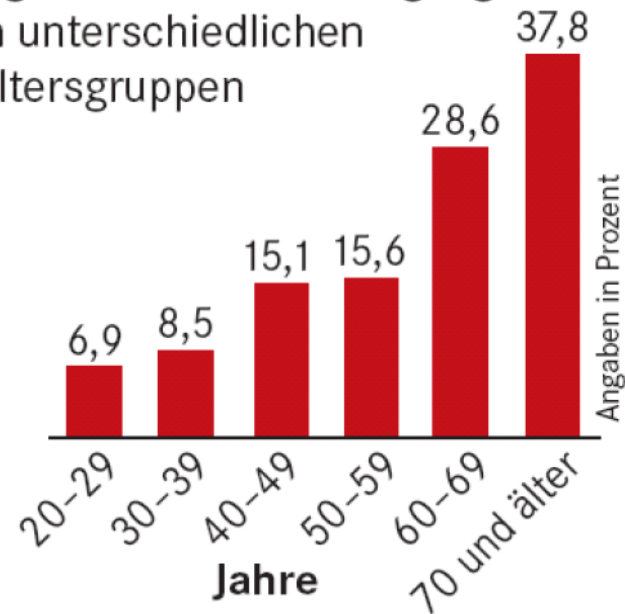
*BHG 2003, Jox RJ et al. Nervenarzt 2008*





## Einsicht wächst mit Alter

Anteil der Menschen mit eigener Patientenverfügung in unterschiedlichen Altersgruppen



Quelle: Repräsentative Umfrage der GfK-Marktforschung im Auftrag der Apotheken Umschau, 2009

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 im 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 unheilbaren 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  
ALTER**

[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?

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

 **Ärztliche Beratung verbessern!**

- Neues Modell: *Advance Care Planning (USA)*
- Strukturierter, langfristiger Kommunikationsprozess
- Angebot an chronisch Kranke oder Betagte
- Beratung durch Sozialarbeiter, Pflegende, Ärzte – orientiert an Therapiezielen und Patientenwünschen
- Dokumentation: Werteanamnese, Vorsorgevollmacht, PV, ärztliche Notfallpläne
- Vernetzung mit Arzt, Klinik, Heim, Rettungsdienst – Dokumente für alle leicht zugänglich





# BMJ

## RESEARCH

### The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader,<sup>1</sup> Andrew D Hancock, project officer,<sup>1</sup> Michael C Reade, physician,<sup>2</sup> William Silvester, intensive care physician and director<sup>1</sup>

- 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

- 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*

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

LMU



Klinikum der  
Universität München

EMPFEHLUNGEN  
ZUR FRAGE DER THERAPIEZIEL-

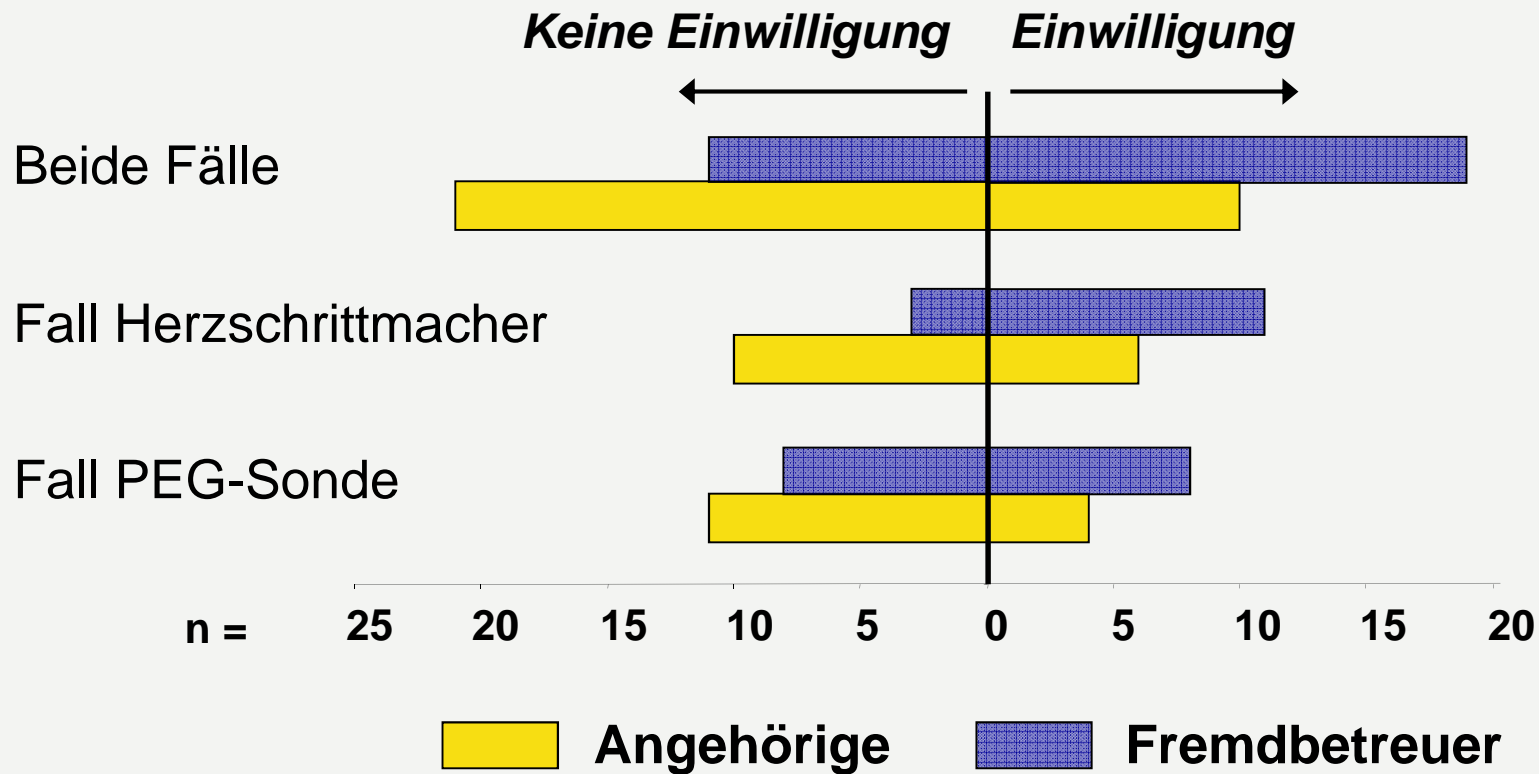
[www.izp-muenchen.de](http://www.izp-muenchen.de)

LANGFASSUNG

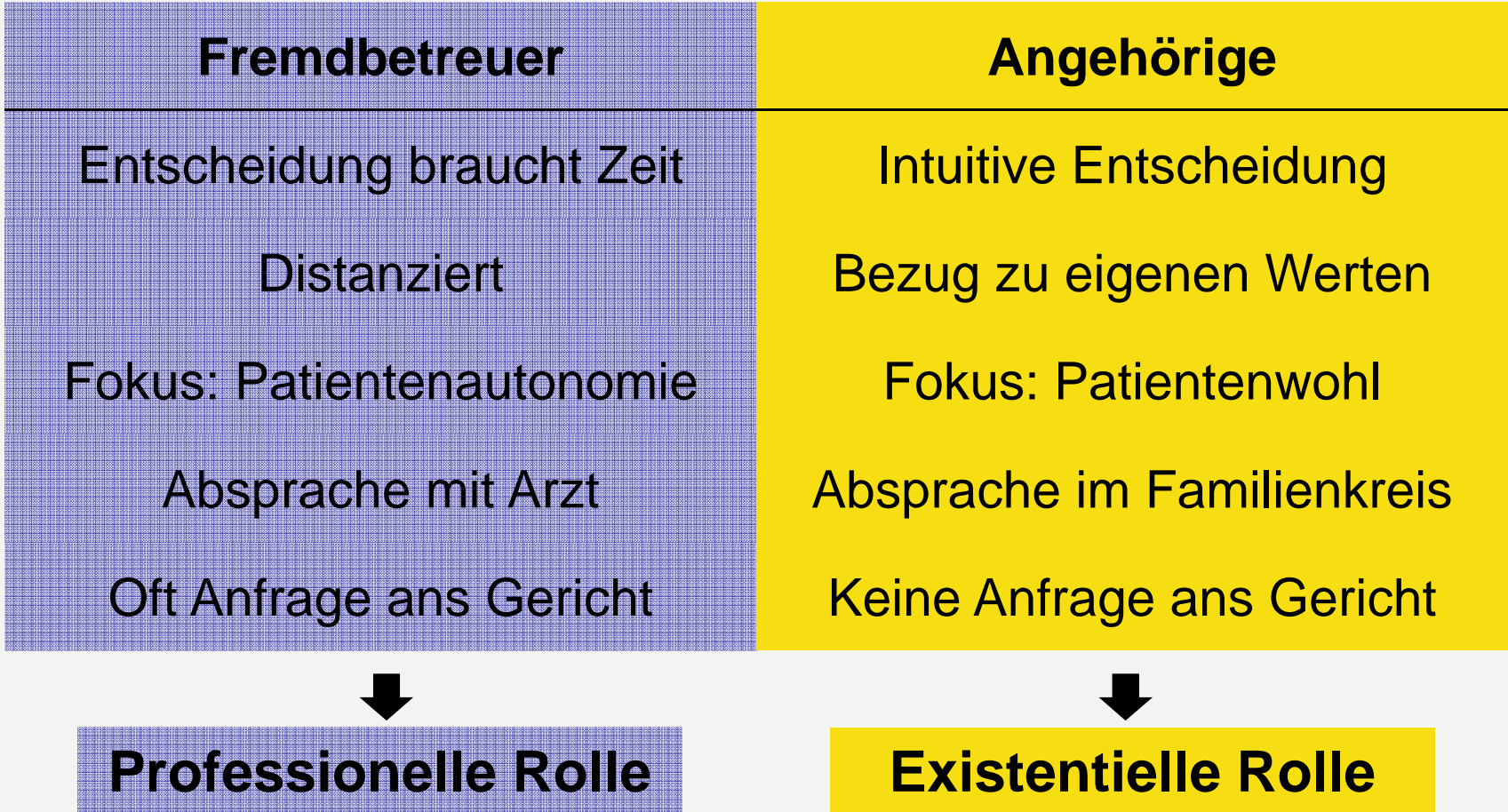
Verfasser: AK Patientenverfügungen am Klinikum der Universität München  
(Leitung: Prof. Dr. G.D. Borasio, Peter Jacobs, RD Jürgen Weber)

unter wissenschaftlicher Mitarbeit von Dr. Ralf Jox M.A.

Mitglieder des AK Patientenverfügungen: Beate Augustyn (Pflegekraft, Palliativmedizin), Dr. I. Bauerfeind (Frauenklinik), Dr. C. Bausewein (Palliativmedizin), Dr. A. Beyer (Anästhesie), Prof. Dr. G.D. Borasio (Palliativmedizin), PD Dr. J. Briegel (Anästhesie), M. Bruckmeier (Rechtsabteilung), Prof. Dr. W. Eisenmenger (Rechtsmedizin), Dr. A. Enders (Pädiatrie), B. Fittkau-Tönnemann MPH (Christophorus Akademie), Dr. L. Frey (Anästhesie), Dr. M. Führer (Pädiatrie), PD Dr. J. Hoffmann (Chirurgie), P. Jacobs (Pflegedirektor), Dr. R.J. Jox M.A. (Neurologie), Dr. M. Lang (Referent des Vorstands), B. Mueller (stellv. Pflegedirektorin), Dr. theol. T. Roser (Seelsorge/Palliativmedizin), Dr. S. Stübner (Psychiatrie), Prof. Dr. M. Volkenandt (Dermatologie), Prof. Dr. R. Voltz (Neuroimmunologie), RD J. Weber (Rechtsabteilung)



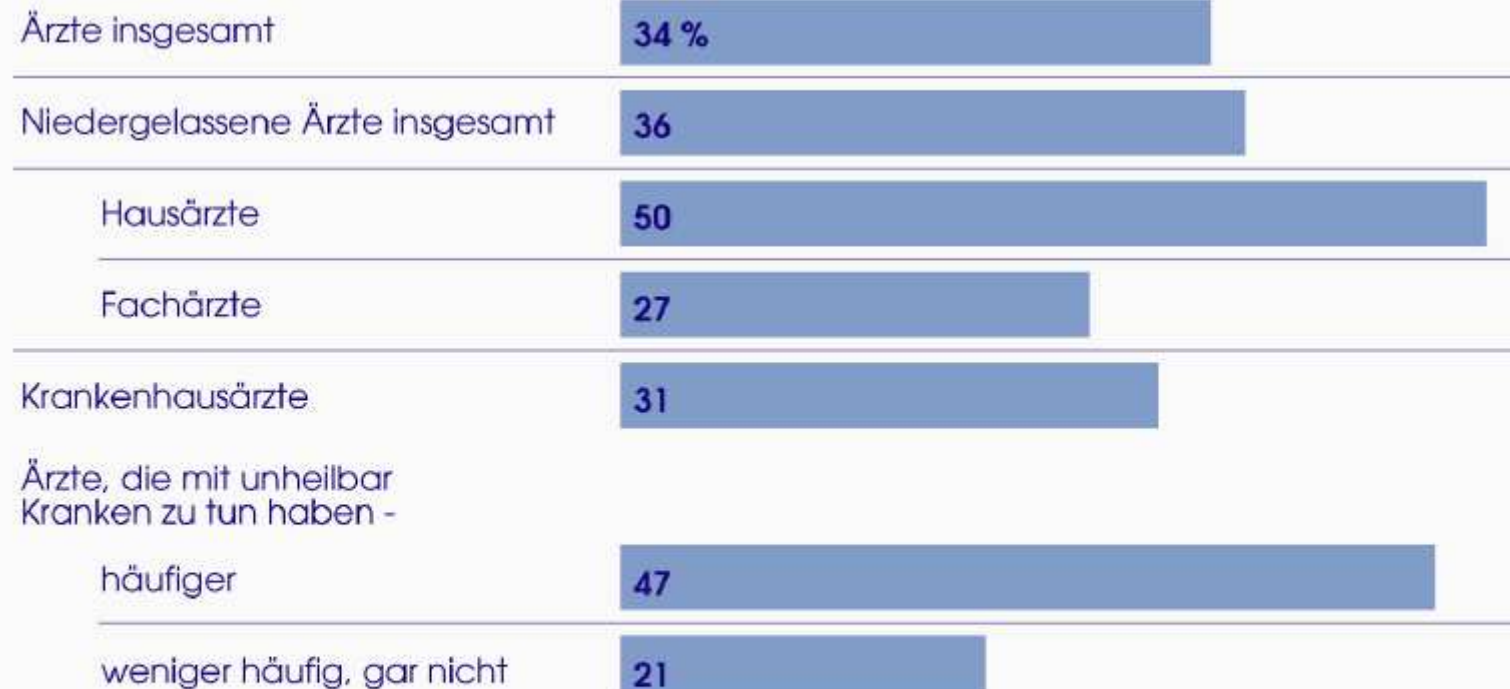
*Jox RJ et al. (2012) Int J Geriatr Psychiatr*



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

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

# Bitte um ärztliche Suizidhilfe



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

© IfD-Allensbach



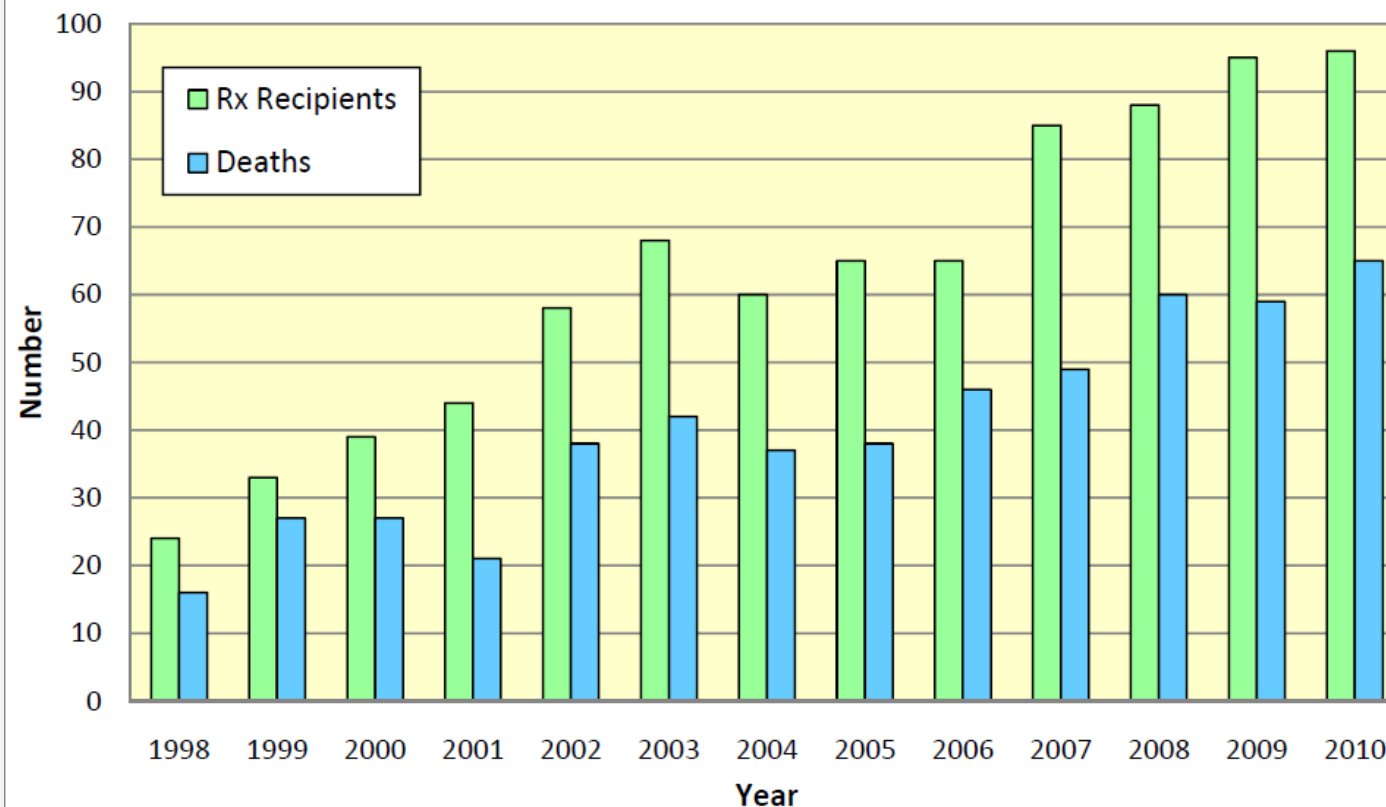


- **Häufigkeit:** 0,2% aller Todesfälle (Oregon, USA)
- **Motive:** Wunsch nach Kontrolle, Ängste, Verlust von Selbstständigkeit und Würde
- **Keine Motive:** Symptome, Depressivität, soziale Vereinsamung, finanzielle Sorgen
- **Folgen:** Keine Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen, keine Störung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

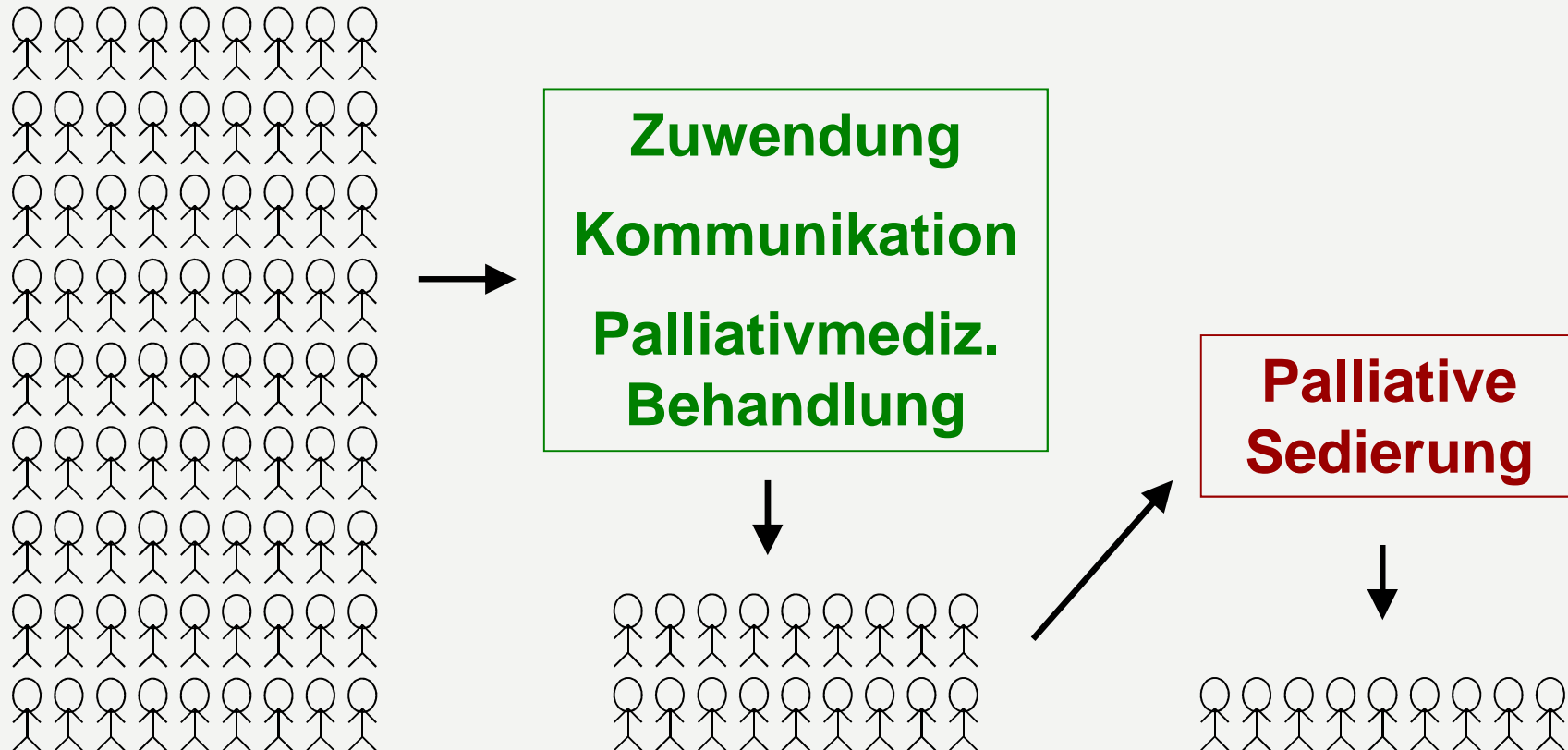


## ▪ Urteil des EGMR 2012 (Koch vs. Germany):

- BfArM lehnte es ab, einer Frau mit hoher Querschnittslähmung tödliche Medikamente auszuhändigen (dann Suizid in CH)
- Witwer durfte in Deutschland nicht mehr klagen
- EGMR: Einstellung zu Suizidhilfe den Staaten überlassen, Verfahrensrüge an deutsche Gerichte

## ▪ Aktueller Gesetzentwurf (BMJ):

- *gewerbsmäßige* Förderung des Suizids strafbar
- Geldstrafe/ Freiheitsentzug bis 3 Jahre
- explizite Straffreiheit für Angehörige und Helfer, die dem Patienten nahestehen



## Bisher:

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

## Gesetzliche Regelung:

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



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)**