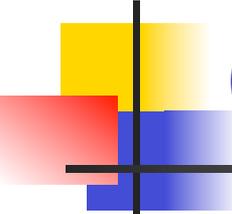


Ethische Fragestellungen am Lebensende

Georg Marckmann

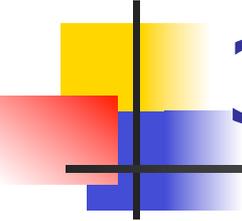
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Hospizdienst Gomaringen e.V.
Gomaringen, 15.11.12



Gliederung

- Formen der Sterbehilfe
- *Fallbeispiel*
- Ethische Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen
- Herausforderungen beim Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen
 - Nutzlosigkeit
 - Stellvertretende Entscheidung, bes. Patientenverfügung
- PEG-Sondenernährung
- Fragen & Diskussion



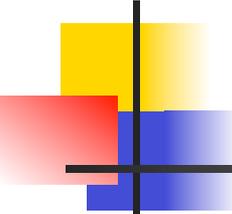
3 Haupttypen der Sterbehilfe

unter best. Bed.
erlaubt

- Passive Sterbehilfe
Behandlungsbegrenzung
 - Indirekte (aktive) Sterbehilfe
Leidensmindernde Maßnahme
-

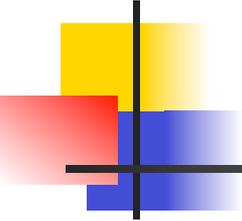
verboten
(StGB)

- (Direkte) aktive Sterbehilfe
Tötung auf Verlangen



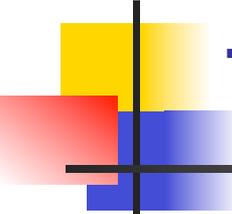
Fallbeispiel

- 41-jährige Patienten mit Subarachnoidal-Blutung (SAB) bei Aneurysma der A. carotis interna rechts
- OP: Ummantelungs-Clip, Entlastungs-Hemikraniektomie bei zunehmendem Hirndruck mit drohender Einklemmung
- Gefäßspasmen in den basalen intrakraniellen Arterien \Rightarrow Spasmolyse
- Nach 7d: Sedierung \downarrow , Patientin öffnet Augen, drückt rechte Hand, keine Kommunikation möglich
- CCT nach 14d: Multiple Ischämiezonen im Media-Stromgebiet beider Hemisphären, re > li; Hirndruck-Anstieg, Patientin bewusstlos
- Nach Rücksprache mit Vater: keine Eskalation der Therapie
- Seit 2d: Patientin atmet spontan am T-Stück, aber nicht ansprechbar
- Liquorkissen über Kraniotomiestelle \Rightarrow Indikation zur Anlage eine V-P-Shunts
- Vater: Anlage des V-P-Shunt widerspricht dem Willen seiner Tochter
- \rightarrow Ethische Fallbesprechung über Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen



Ethische Voraussetzungen medizinischer/pflegerischer Maßnahmen

- Nutzen für den Patienten
 - Prinzipien Wohltun & Nichtschaden
- Einwilligung des Patienten
 - Prinzip: Respekt der Selbstbestimmung
- Ausführung *lege artis*



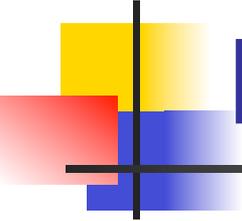
Therapiebegrenzung: Leitfragen

Auf lebensverlängernde Maßnahmen ist zu verzichten, wenn

- diese dem Patienten keinen Nutzen mehr bietet oder
- der Patient seine Einwilligung in die Durchführung der Maßnahme verweigert

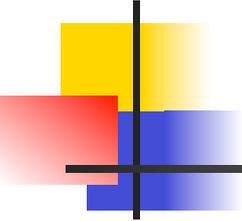
Leitfragen beim Verzicht auf lebensverl. Maßnahmen:

- (1) Bietet die fortgesetzte lebensverlängernde Therapie dem Patienten einen **Nutzen**?
- (2) Entspricht die lebensverlängernde Behandlung dem (aktuellen, erklärten oder mutmaßlichen) **Willen** des Patienten?



Nutzen für den Patienten

- Nutzen \neq Wirksamkeit!
- **Nutzen** = für Patient erstrebenswertes Behandlungsziel erreichbar
- **Wirksamkeit**: i.d.R. notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Nutzen
- Ethische Verpflichtung: Nutzen, nicht Wirkung!!
- Problem: **prognostische Unsicherheit!**
- Bei begründetem (!) Zweifel: Behandlung beginnen, Nutzen überprüfen, dann ggf. abbrechen
- Abbruch **emotional** belastender als primärer Verzicht, **moralisch** aber (häufig) zu bevorzugen!
- Nie eine Behandlung vorenthalten, weil „verzichten“ leichter als „abbrechen“ ist!



Bestimmung der Nutzlosigkeit

- Enge Definition

- Keine physiologische Wirksamkeit
- Versagen der Maximaltherapie
- Versagen der Therapiemaßnahme
- Therapieziel nicht erreichbar

Medizinisch-
fachliche
Urteile

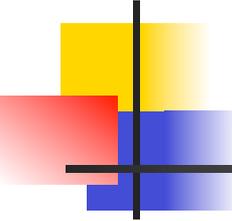
→ Arzt

- Weite Definition

- Geringe Erfolgsaussichten
- Keine erstrebenswerten Ziele erreichbar
- Inakzeptable Lebensqualität
- Voraussichtlich: Schaden > Nutzen

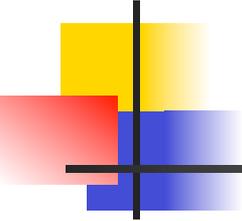
Werturteile

→ Patient



Fallbeispiel: Nutzen für die Patientin?

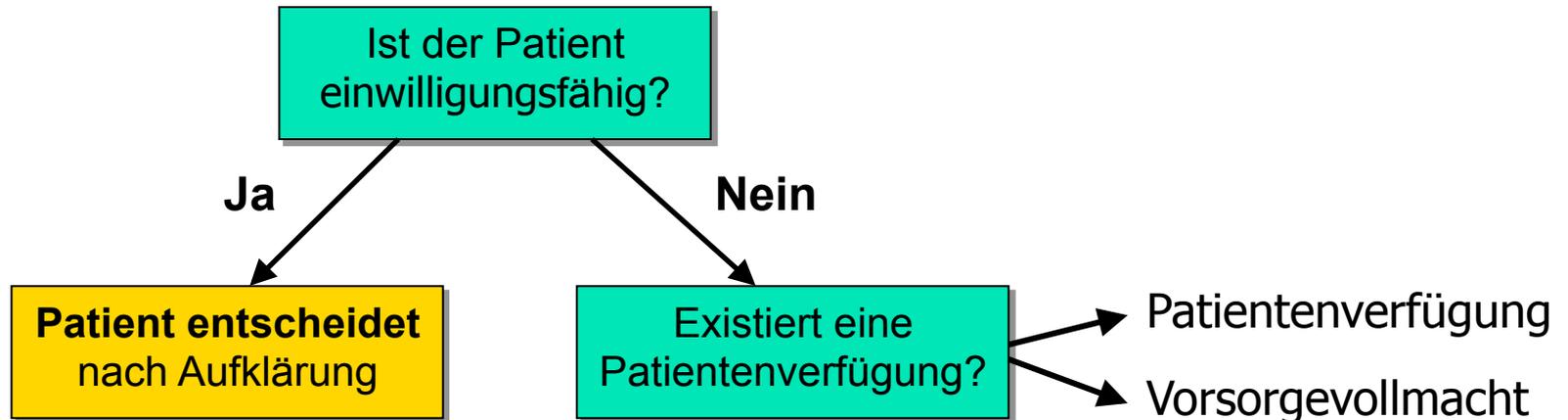
- Lebensverlängerung möglich \Rightarrow nicht im engeren Sinne nutzlos
- Schwerwiegende ischämische Schädigung beider Gehirnhälften, genaue Prognose derzeit noch nicht sicher abschätzbar
- Aber: Schwere körperliche sowie kognitive & kommunikative Einschränkungen sind zu erwarten
 - Pat. wird ihren Beruf (internationales Marketing bei einer großen Firma) sicher nicht mehr ausüben können
- Frage: Ist der Patientin unter der vorliegenden Prognose ein Weiterleben zuzumuten?
- Problem: Erfordert Bewertung der zu erwartenden Lebensqualität
 - Chance der ethischen Fallbesprechung: Perspektiven verschiedener Disziplinen auf das Patientenwohl verbinden
- Tendenz: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen entspricht eher dem Wohlergehen der Patientin



Ethische Voraussetzungen medizinischer/pflegerischer Maßnahmen

- Nutzen für den Patienten
 - Prinzipien Wohltun & Nichtschaden
 - Fürsorge („Fremdbestimmung“)
- Einwilligung des Patienten
 - Prinzip: Respekt der Selbstbestimmung
- Ausführung *lege artis*

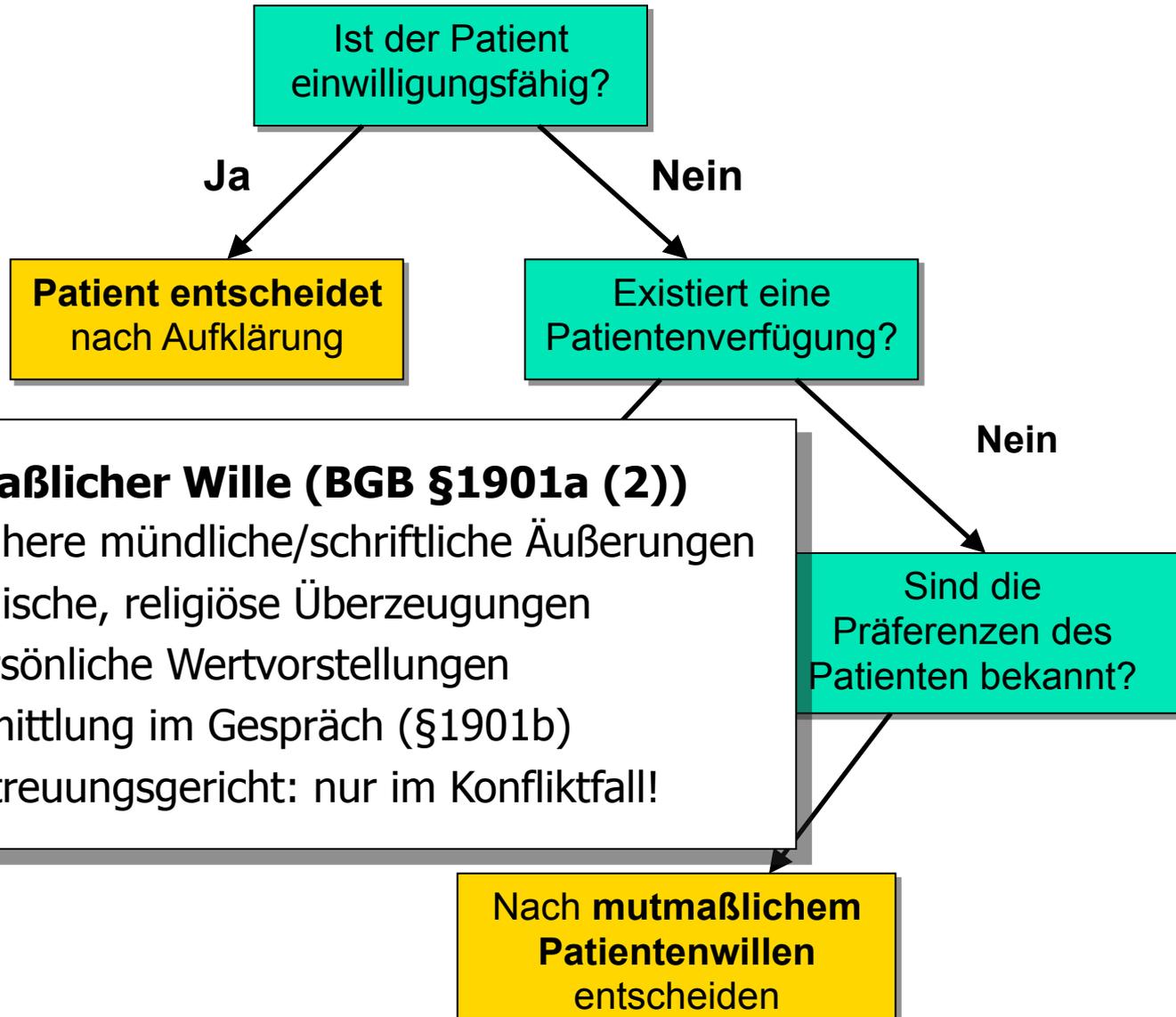
Stellvertretende Entscheidung



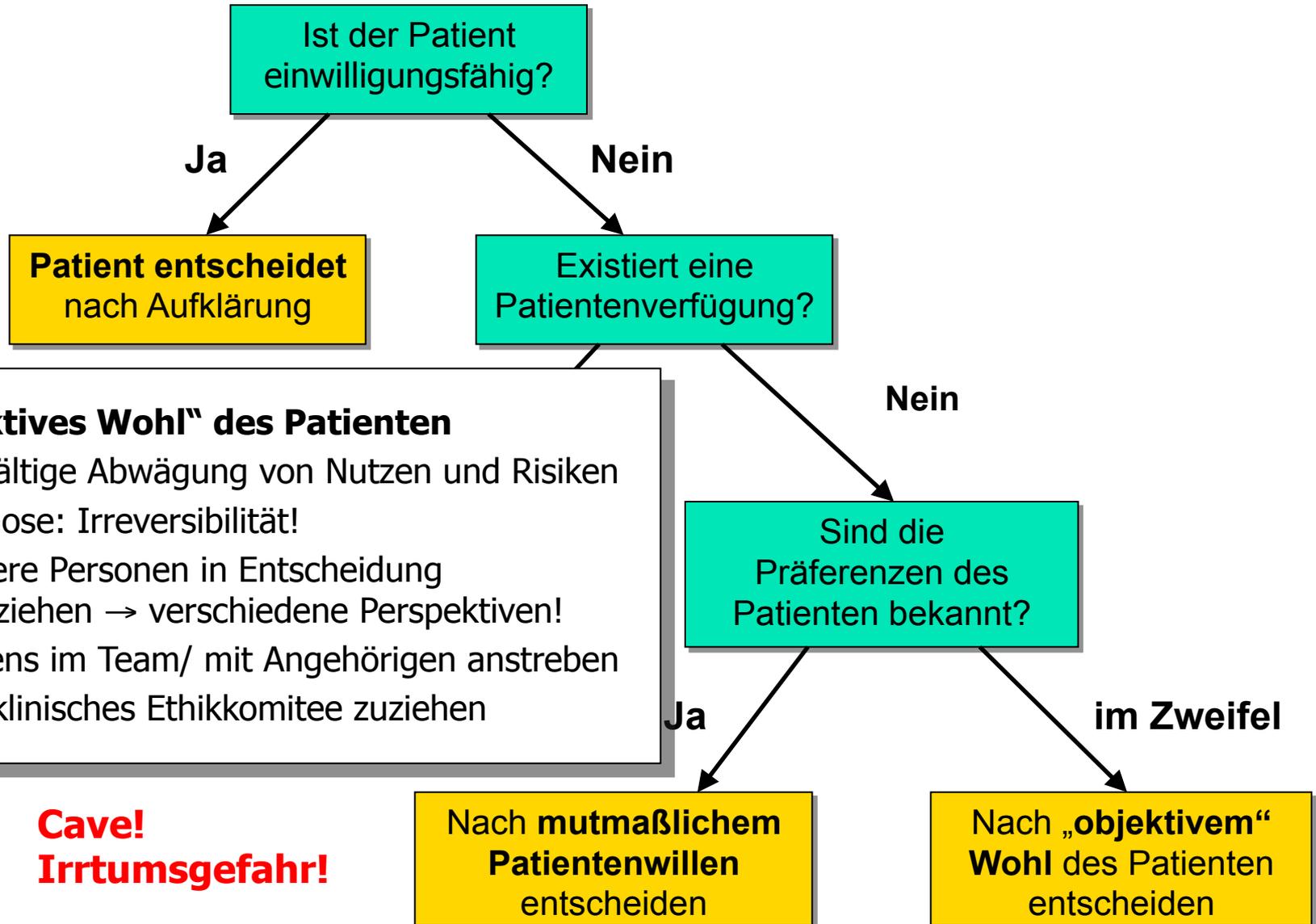
3. BetrRÄG (seit 01.09.09 in Kraft)

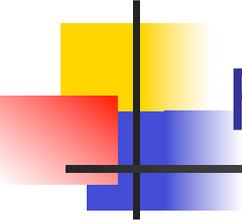
- Eine schriftliche PV ist zu befolgen, wenn sie auf die vorliegende medizinische Situation zutrifft (BGB §1901a (1))
- Unabhängig von Art & Stadium der Erkrankung!
- Ermittlung des Patientenwillens im Gespräch mit Betreuer / Bevollmächtigtem, ggf. andere Angehörige (BGB §1901b)
- Alternativ: mündliche Behandlungswünsche berücksichtigen
- Wichtig: medizinische Beratung bei Abfassung der PV!!

Stellvertretende Entscheidung



Stellvertretende Entscheidung





Fallbeispiel: Einwilligung der Patientin?

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, daß man auf Maßnahmen verzichtet, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Auf jeden Fall erwarte ich aber, daß eine ausreichende Schmerzbehandlung vorgenommen wird, auch wenn sich mein Leben dadurch verkürzen sollte.

Mein Leben soll sich in Stille und Würde vollenden.

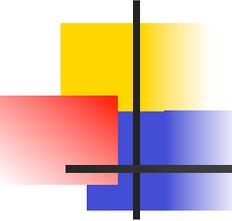
Ort, Datum

Unterschrift der/des Verfügenden

B

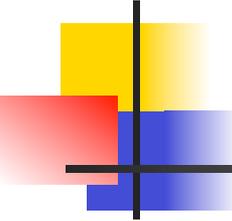
GA

S. Lu



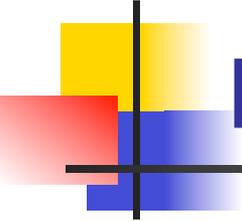
Fallbeispiel: Einwilligung der Patientin?

- Patientenverfügung ist eher allgemein formuliert:
 - Man soll auf Maßnahmen verzichten, „die nur eine Sterbens- *und* Leidensverlängerung bedeuten würden“
 - Trifft im vorliegenden Fall nicht exakt zu, da die Patientin sich nicht im Sterbeprozess befindet
- Gespräch mit Angehörigen (Eltern & Bruder)
 - Patientin: Sehr aktive, ehrgeizige, alleinstehende Frau
 - Beruf bedeutete ihr sehr viel: Internationales Marketing einer größeren Firma, viele Reisen ins Ausland, spricht mehrere Sprachen
 - Anlass zur Abfassung der PV mit 29 Jahren: zwei Fälle einer schweren Gehirnschädigung mit starken körperlichen & geistigen Beeinträchtigungen im nahen Bekanntenkreis
 - Pat. damals: „So möchte ich auf keinen Fall leben.“
- Ergebnis: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen entspricht dem mutmaßlichen Willen der Patienten



PEG-Sonde/Künstl. Ernährung

- PEG-Sonde/i.v.-Flüssigkeit: Medizinische Behandlung
 - legitimationsbedürftiger Eingriff
 - nicht erst der Abbruch, sondern bereits die Fortführung der Sondenernährung bedarf der ethischen Rechtfertigung!
 - Abbruch PEG-Sondenernährung = Abbruch einer (potenziell) lebensverlängernden Maßnahme ⇒ passive Sterbehilfe
 - vgl. BGH-Urteil vom 25.06.2010
 - vgl. Präambel BÄK-Grundsätze 2011
- PEG = Basisbetreuung? ⇒ ethisch irrelevant!
- Entscheidend: Wohlergehen und Wille des Patienten!
 - (1) Hat die PEG einen *Nutzen* für den Patienten?
 - (2) Entspricht die PEG dem *Willen* des Patienten?
 - Weigerung in PV ist zu respektieren! (sonst: strafbare Körperverletzung!)



PEG-Sondenernährung: Indikationen

- Nutzen > Schaden
 - Reversible Schluckstörung
 - Unkomplizierte Schluckstörung bei noch gut erhaltender Lebensqualität
- Beispiele
 - Tumoren im HNO- & oberen GI-Bereich
 - Isolierte neurogen bedingte Schluckstörung
 - Reversible Schluckstörung bei akutem Schlaganfall
 - Unterernährung = Risikofaktor für Mortalität, Infektionen, schlechter funktionaler Zustand nach 6 Mo
- Wichtig: Sorgfältige Nutzen-Risiko-Abschätzung im Einzelfall (*interdisziplinäre Fallkonferenz*)!

PEG bei Demenz – Nutzen (1): Lebensverlängerung

- Sanders et al. 2000: Sterberate von Demenz-Patienten mit PEG
 - 1 Monat: 54%
 - 3 Monate: 78%
 - 6 Monate: 81%
 - 1 Jahr: 90%
 - Demenz mit Nahrungsverweigerung = Krankheit im Endstadium

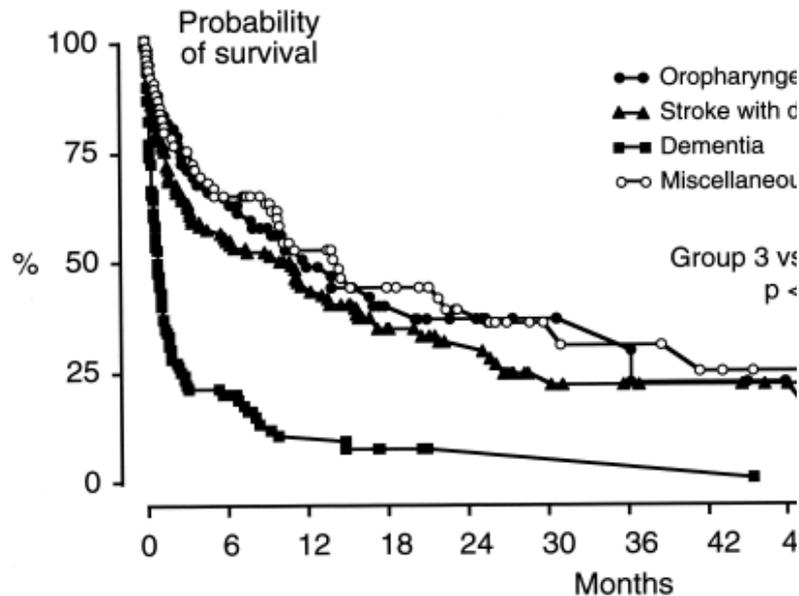
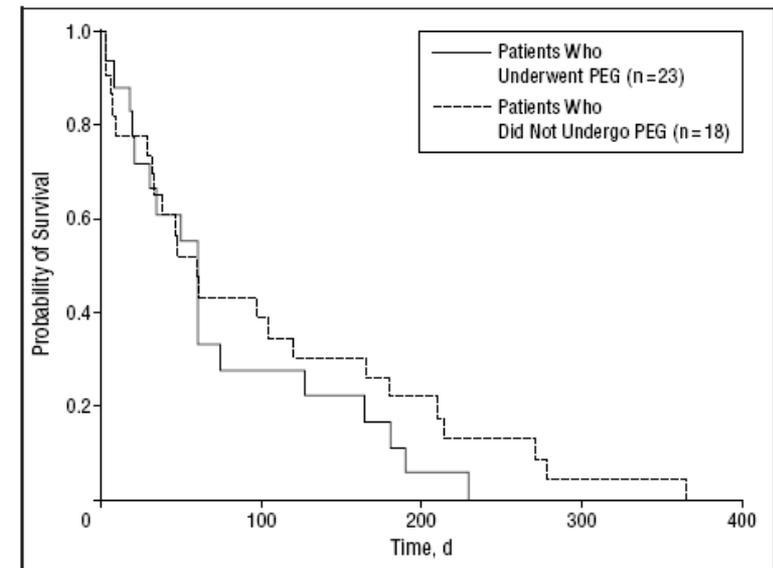
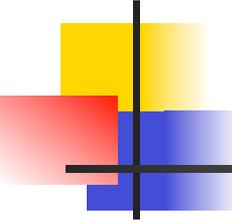


Figure 1. Life table analysis of patients undergoing gastrostomy

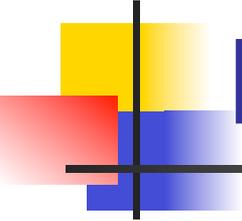
:G-Indikation, 18





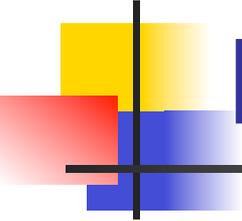
PEG-Sonde – Nutzen (2)

- Aspirationspneumonien
 - lassen sich mit PEG nicht sicher vermeiden
 - evtl. vermehrt (!) durch verringerten Druck im gastro-ösophagealen Sphinkter
- Ernährungszustand
 - Evtl. kurzfristig leichte Verbesserung, langfristiger Effekt fraglich (Demenz = kataboler Zustand)
 - Ernährungszustand verbessern ist kein Selbstzweck!
- Lebensqualität verbessern
 - Kein sicherer Nachweis in Studien
 - Verschlechterung der Lebensqualität durch Fixierung, lokale Komplikationen, Zuwendung durch Essen geben entfällt
 - Zunehmende Abhängigkeit durch fortschreitende Demenz



PEG-Sonde – Nutzen (3)

- Prognostisch ungünstig sind [Sanders et al. 2004]
 - weit fortgeschrittene Demenz
 - pulmonale Aspiration
 - Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes)
 - hohes Lebensalter
- Mögliche (!) Indikation für PEG-Sonde
 - Isolierte Schluckstörung (keine Begleiterkrankungen)
 - Interesse an Essen u. Trinken erhalten (Hunger & Durst?)
 - Erhaltene Lebensqualität (Kontaktaufnahme möglich, Zeichen von Lebensfreude)
- Fazit: Nutzen der PEG für Demenzpatienten fraglich
 - ⇒ PEG-Sonde nicht als Routinemaßnahme
 - ⇒ Klares Behandlungsziel definieren
 - ⇒ Erreichen der Ziele regelmäßig überprüfen



PEG-Abbruch – Leiden?

- Patienten im Endstadium ihrer Erkrankung leiden häufig weder Durst noch Hunger
- Dehydratation ⇒ Ausschüttung körpereigener Endorphine + Ketose (euphorisierender Effekt) ⇒ Leidenslinderung
- Körper kann die Flüssigkeit und Nahrung nicht mehr verarbeiten
kann
 - ⇒ Unverträglichkeiten
 - ⇒ Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
- Gefühl der Mundtrockenheit kann durch Mundpflege gelindert werden
- Studie von Pasma et al. 2005: kein Hinweis auf Leiden von Demenzpatienten bei Abbruch der künstlichen Ernährung
- Fazit: Ernährungsabbruch kann ein würdevolles Sterben ermöglichen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



J.G., geb. 11.01.1924

Kontakt:
marckmann@lmu.de

- Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Begrenzung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen: Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. DMW 2010;135(12):570-4.
- Vetter P, Marckmann G. Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? Ärzteblatt Baden-Württemberg 2009;64(9):370-374.
- Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2011;108(7):A346-348.

Name:

Modellprojekt in Grevenbroich:

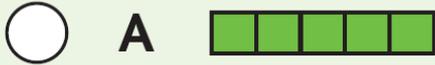
Vorname:

geboren am:

Für den Fall nicht selbst

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

A

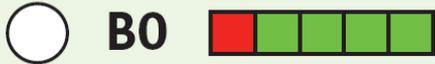


Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

B0

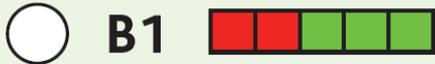
Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):

B1



Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B2



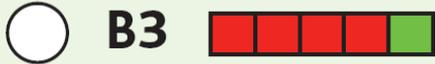
Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine **invasive (Tubus-) Beatmung**

B3



Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine **intensivmedizinische Behandlung**

C



Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine intensivmedizinische Behandlung,
keine **Mitnahme ins Krankenhaus** (aber ambulante Therapie)

Grevenbro

x

Unterschi
begleiten®



Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

Diese HANo (chen) vom ... ist ein quantifizierter Beratungsprozess zugrundegelegt.

Die vorliegende HANo reflektiert den Willen des Bewohners bzw. seines Vertreters und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, **sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist**. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.