

# Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Grundlagen von Entscheidungen am Lebensende

---

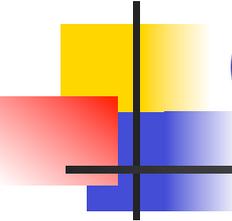
Georg Marckmann

Ludwig-Maximilians-Universität München

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Fortbildungsveranstaltung MARIEN Akademie

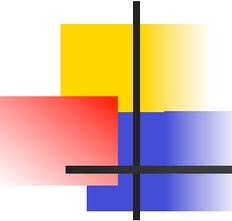
St. Marien-Krankenhaus Siegen, 19.10.11



# Gliederung

---

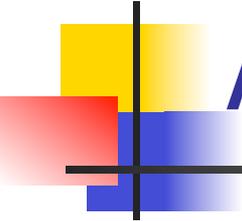
- *Fallbeispiel 1*
- Begriffsklärung: Formen der Sterbehilfe
- *Fallbeispiel 2*
- **Passive** Sterbehilfe (Therapiebegrenzung)
  - Nutzlosigkeit
  - Stellvertretende Entscheidung
- Sondenernährung (PEG)
  - Demenz
  - PVS („Wachkoma“)
- Fragen & Diskussion



# Fallbeispiel 1

---

- 25j. Patient, verheiratet, 2 Kinder:
  - Z.n. Chronisch Myeloischer Leukämie (CML) vor 2,5 Jahren
  - Knochenmark-Transplantation vor 2 Jahren
  - CML seither in Remission
- Komplikationen:
  - Unumkehrbarer Lungenschaden (Bronchiolitis obliterans)
  - Pilzinfektion der Lunge (Pulmonale Aspergillose),  
Behandlung bislang erfolglos
- Aufnahme aktuell mit zunehmender Atemnot
- Zunächst unterstützende Beatmung (CPAP), dann Intubation,  
später Tracheotomie
- Lungentransplantation aufgrund der Pilzinfektion aussichtslos
- Patient lehnt Heimbeatmung ab, möchte lieber sterben
- Soll/darf man dem Wunsch des Patienten nachkommen?



# Aktive – passive Sterbehilfe

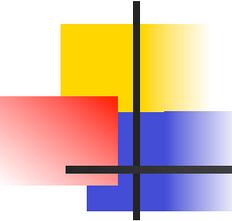
---

- **Passive** Sterbehilfe

Verzicht auf lebenserhaltende  
Behandlungsmaßnahmen

- **Aktive** Sterbehilfe

Das „aktive“ Eingreifen (Medikament etc.)  
in den Sterbeprozess mit Todesfolge  
= Tötung auf Verlangen



# Direkte – indirekte Sterbehilfe

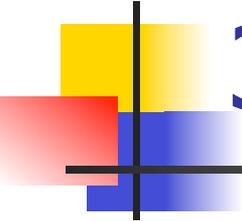
---

- **Direkte Sterbehilfe**

Die Lebensverkürzung wird als primäres Ziel einer Intervention angestrebt.

- **Indirekte Sterbehilfe**

Die Lebensverkürzung wird als unbeabsichtigte Nebenfolge einer medizinisch notwendigen Behandlung lediglich in Kauf genommen.



# 3 Haupttypen der Sterbehilfe

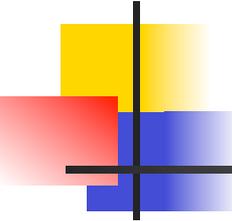
---

unter best. Bed.  
erlaubt

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

verboten  
(StGB)

- (Direkte) aktive Sterbehilfe  
Tötung auf Verlangen



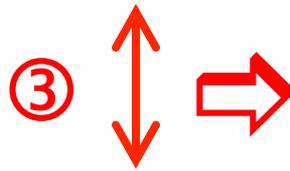
# Fall 2

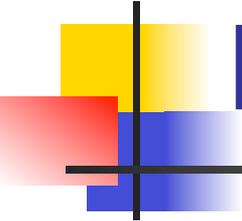
---

- 73jähriger Patient: vor 7d mittelgroßer Schlaganfall in der linken Gehirnhälfte
- Halbseitenlähmung re, Sprachstörung ⇒ Gehirnschwellung ⇒ Intensivstation, keine Kontaktaufnahme möglich
- Lungenentzündung ⇒ antibiotische Behandlung
- Patient inzwischen etwas wacher, Kommunikation aber sehr eingeschränkt
- Schluckstörung ⇒ Nahrung & Flüssigkeit über Venen, dann Nasen-Magen-Sonde, jetzt: PEG-Sonden-Anlage?
- Prognose: zu diesem Zeitpunkt schwer abschätzbar, große Spannbreite möglich
- Bevollmächtigte Angehörige (Ehefrau & Sohn): Patient würde auch mit einer leichten Behinderung nicht mehr leben wollen ⇒ Verzicht auf lebensverlängernden Maßnahmen (inkl. PEG)
- Ethische Frage: Soll die Sondenernährung fortgesetzt werden?

# Ethische Voraussetzungen ärztlichen Handelns

---

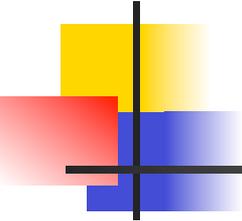
- Nutzen für den Patienten ←<sup>①</sup> Nutzen?
- ③  Wille vor Wohl
- Einwilligung des Patienten ←<sup>②</sup> Wille?
- Ausführung *lege artis*



# Nutzen für den Patienten

---

- Nutzen ≠ 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

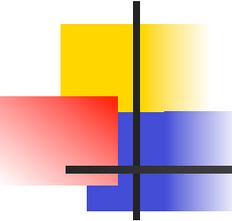
→ Arzt

- Weite Definition

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

Werturteile

→ Patient

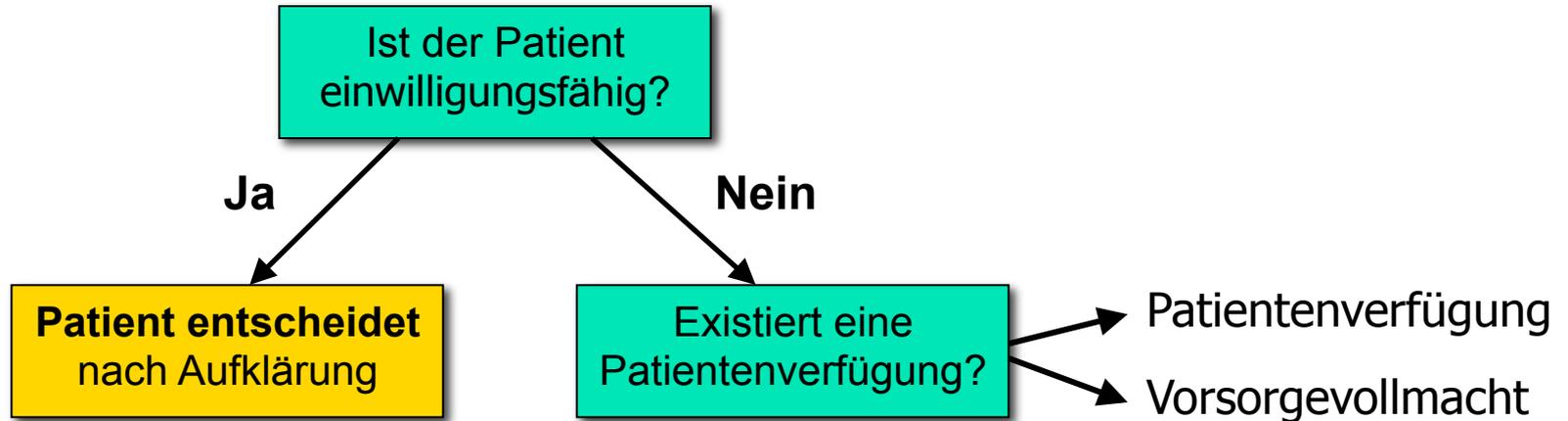


# Fall 3: Nutzlosigkeit?

---

- PEG-Sondenernährung: Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit ⇒ Lebensverlängerung
  - ⇒ PEG ist **wirksam** (= nicht im *engeren* Sinne nutzlos)
  - ⇒ *einseitige* ärztliche Entscheidung zum Verzicht auf PEG nicht vertretbar
- Hat die PEG einen **Nutzen** für den Patienten?
  - ⇒ Ist das Weiterleben mit der vorliegenden Prognose ein *erstrebenswertes* Behandlungsziel?
  - Bewertung der Prognose ⇒ muss sich an Patientenpräferenzen orientieren ⇒ Nutzlosigkeit im *weiteren* Sinne??
  - Berücksichtigung bei fehlender Einwilligungsfähigkeit?
  - Stellvertretende Entscheidung

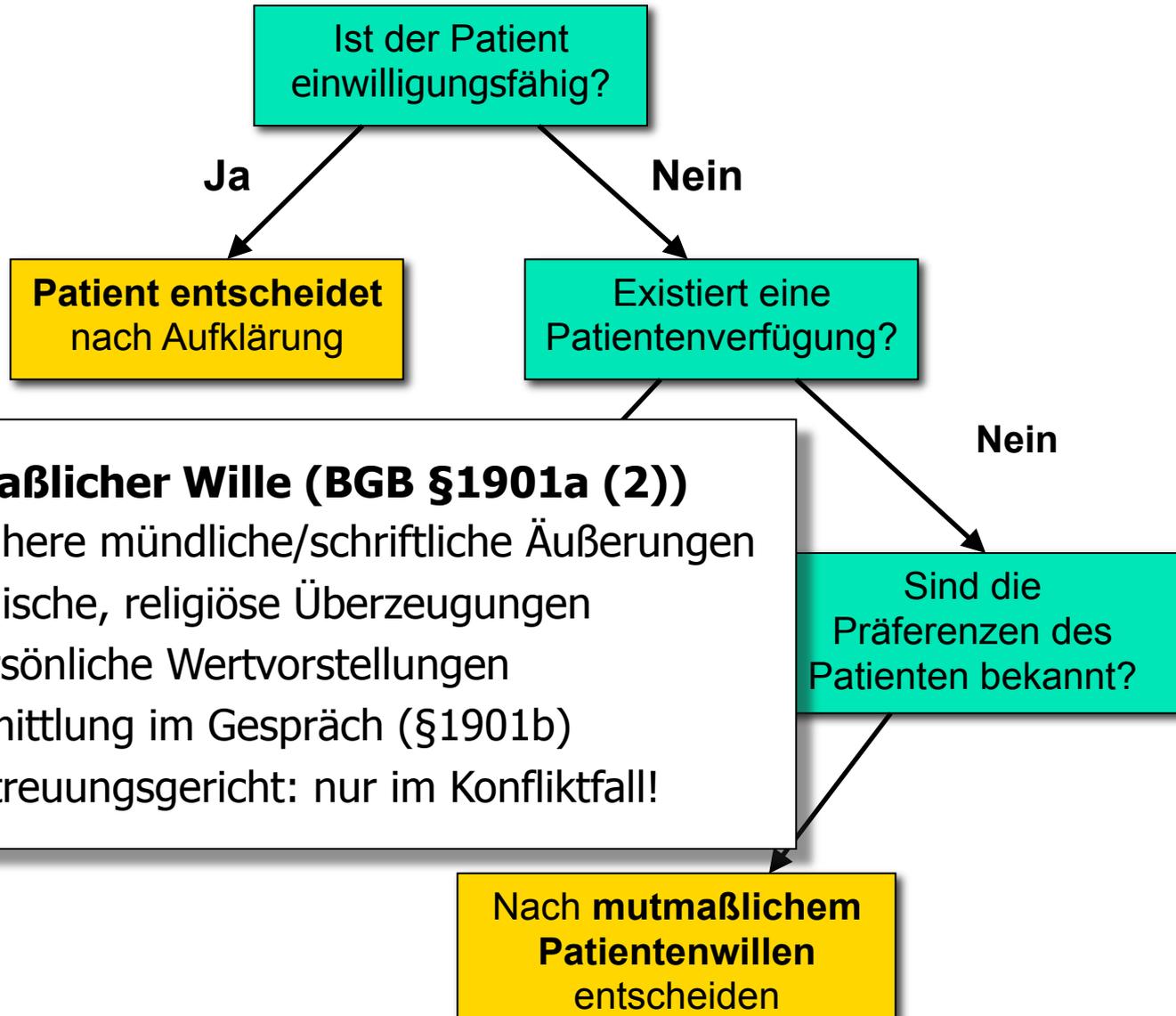
# Stellvertretende Entscheidung



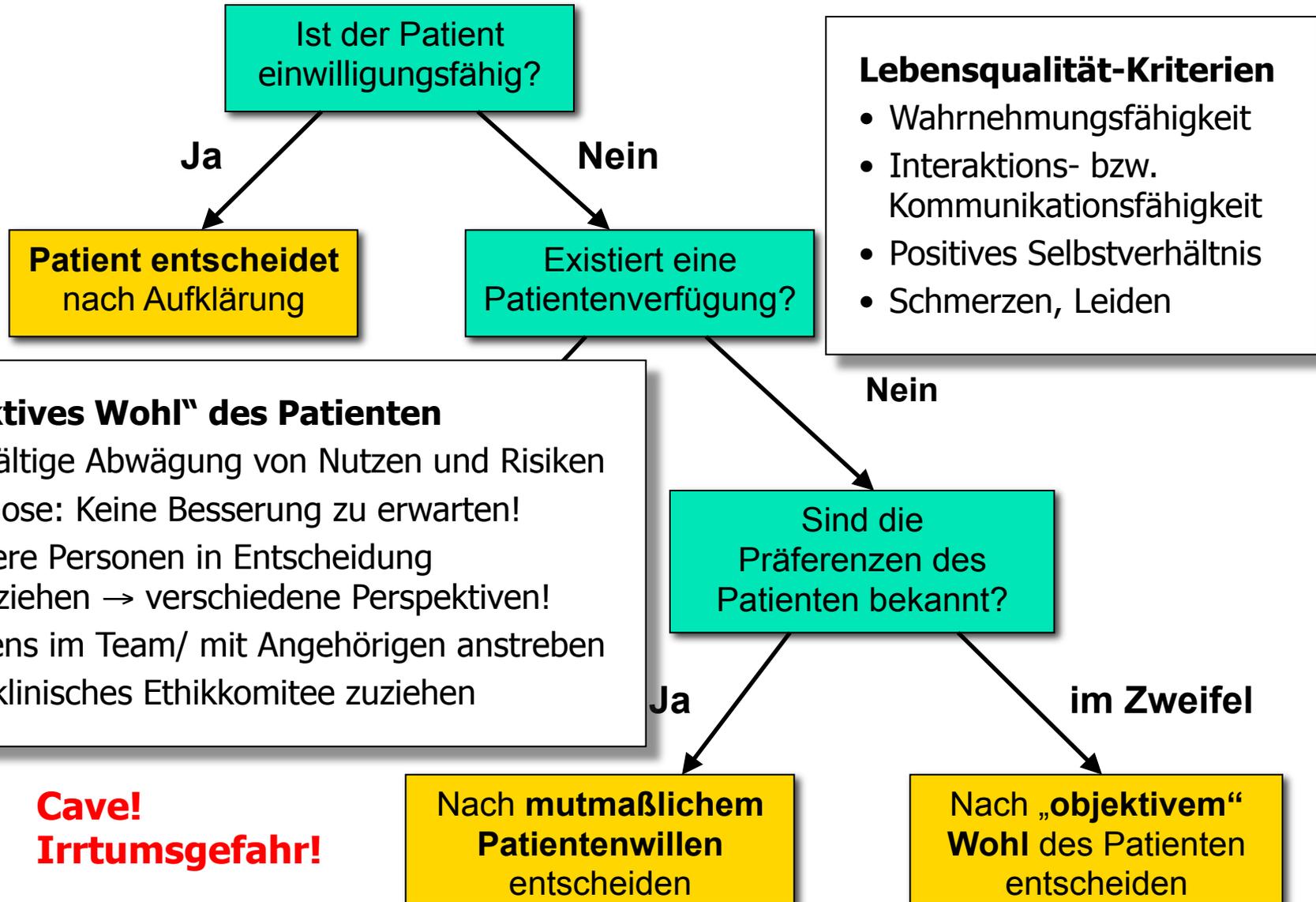
## 3. BetrRÄG (seit 01.09.09 in Kraft)

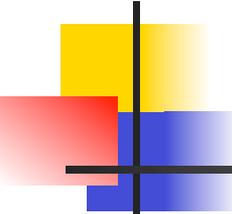
- Eine schriftliche PV ist zu befolgen, wenn sie auf die vorliegende medizinische Situation zutrifft (BGB §1901a (1))
- Unabhängig von Art & Stadium der Erkrankung!
- Ermittlung des Patientenwillens im Gespräch mit Betreuer / Bevollmächtigtem, ggf. andere Angehörige (BGB §1901b)
- Alternativ: mündliche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

# Stellvertretende Entscheidung



# Stellvertretende Entscheidung

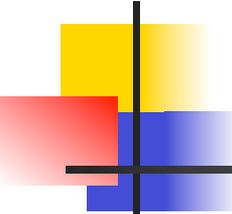




# Fall 3: Einwilligung?

---

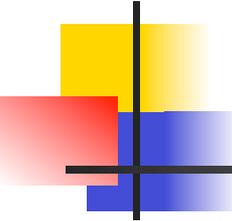
- Patientenverfügung: liegt nicht vor, reine Vorsorgevollmacht
- Mutmaßlicher Wille:  
Angehörige berichten, Patient würde in der vorliegenden Situation nicht weiter leben wollen
- (Mutmaßlich) **keine Einwilligung** zu PEG-Sondenernährung (+ lebensverlängernde Maßnahmen) = Nutzlosigkeit im *weiteren* Sinne
- Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (inklusive PEG-Sonde) ethisch geboten
- Verlauf:
  - Fortsetzung der lebensverlängernden Maßnahmen mit vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung
  - Weitere Erholung des Patienten, Rehabilitation
  - Nach ½ Jahr: Verzicht auf Behandlung eines Ulkus am Bein  
⇒ Patient verstirbt



# PEG-Sonde/Künstl. Ernährung

---

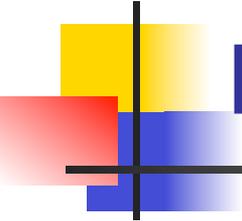
- PEG-Sonde/i.v.-Flüssigkeit: Medizinische Behandlung
  - legitimationsbedürftiger Eingriff
  - nicht erst der Abbruch, sondern bereits die **Fortführung** der Sondenernährung bedarf der ethischen Rechtfertigung!
  - Abbruch PEG-Sondenernährung = Abbruch einer (potenziell) lebensverlängernden Maßnahme ⇒ **passive** Sterbehilfe
    - vgl. 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!)
- Mögliche Indikationen zur PEG-Sondenernährung
  - Isolierte Schluckstörung bei noch gut erhaltener Lebensqualität
  - Reversible Schluckstörung



# PEG-Sonde bei Demenz

---

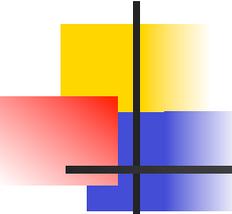
- Ziele einer Sondenernährung
  - Aspirationspneumonien verhindern
  - Ernährungszustand verbessern
  - Leben verlängern
  - Patienten entlasten
- Wirksamkeitsnachweis fehlt: (Finucane et al. 1999; Gillick 2000)
  - Aspirationen lassen sich durch Sonde nicht (sicher) verhindern
  - Überlebensrate mit Sonde nicht besser
  - Kein Nachweis einer Leidensminderung
  - Negative Auswirkungen: lokale Komplikationen, z.T. Fixierung der Patienten notwendig, Zuwendung durch Essen geben entfällt
- Leiden Patienten im Endstadium noch Hunger und Durst?
- Dehydratation → Endorphine↑ → körpereigene Analgesie
- Ernährungssonde nicht als Routine, sondern Flüssigkeit und Nahrung oral anbieten!



# PEG-Sonde bei PVS („Wachkoma“)

---

- Lebensverlängerung möglich (T. Schiavo)
  - ⇒ PEG = wirksame Maßnahme
- Nutzen: Lebensverlängerung im PVS = erstrebenswertes Behandlungsziel?
- Keine konnektive Funktion des Kortex ⇒ keine bewusste Wahrnehmung
  - ⇒ Bedingung der Möglichkeit für Lebensqualität fehlt ⇒ Lebensverlängerung nutzlos (?)
- Ohne Konsens: keine *einseitige* Entscheidung zum Therapieabbruch ⇒ erklärter/mutmaßlicher Patientenwille
- BÄK-Grundsätze zur Sterbebegleitung (2011)
  - Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung
  - eine anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen
  - dabei ist der „zuvor geäußerte oder der mutmaßliche Wille zu achten“
- BGH-Urteil vom 13.09.1994 (LG Kempten): Abbruch der Sondenernährung gemäß **mutmaßlichem Willen** zulässig



# Fazit

---

Keine absolute Verpflichtung zum Lebenserhalt!

Therapiebegrenzung am Lebensende bei

(1) **fehlendem Nutzen** für den Patienten:

- Nutzlosigkeit im engeren Sinn → ärztliche Entscheidung
- Nutzlosigkeit im weiteren Sinn → Patientenentscheidung

(2) **fehlender Einwilligung** des Patienten ⇔ Stellvertretende Entscheidung:

- (1) Patientenverfügung
- (2) mutmaßlicher Wille
- (3) „objektives“ Wohl/objektive Interessenabwägung

→ Vorsorge treffen: Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen **rechtzeitig** mit Patient und ggf. Angehörigen besprechen

→ „Kultur des Sterbens“ (Palliativmedizin, Hospizdienst, ambulante Pflege)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

J.G., geb. 11.01.1924

Kontakt:

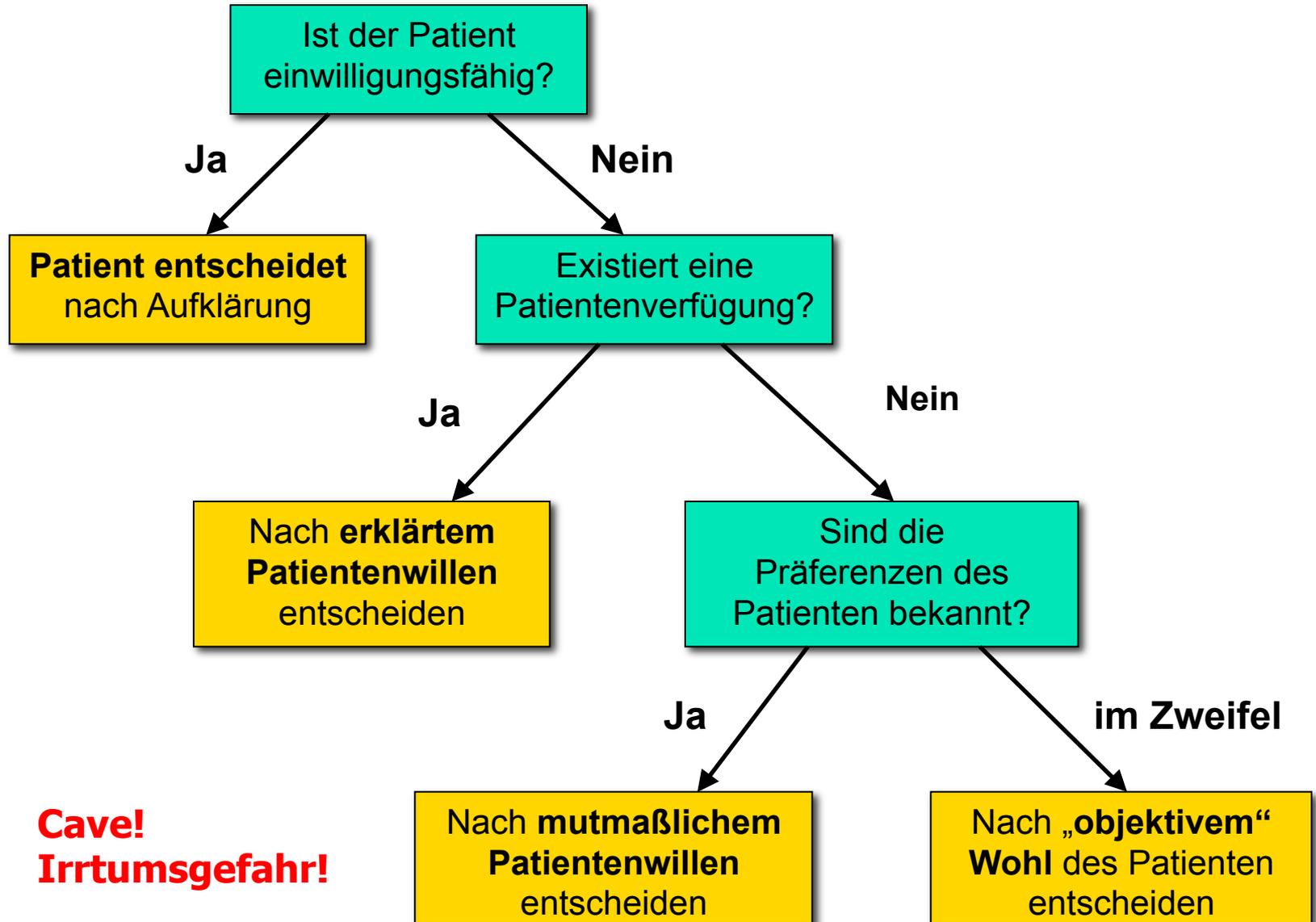
[marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

Folien:

[www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann](http://www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann)

- 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.

# Stellvertretende Entscheidung



**Cave!**  
**Irrtumsgefahr!**