

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Therapiebegrenzung am Lebensende: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung

4. Ethiktag des Städtischen Klinikums München:

Therapieziele, Therapiebegrenzung und Patientenautonomie  
– Möglichkeiten einer Medizin mit Maß

Klinikum Schwabing, 18.05.11





## *Fallbeispiel 1*

Begriffsklärung: Formen der Sterbehilfe

## *Fallbeispiel 2*

### **Passive** Sterbehilfe (Therapiebegrenzung)

- Nutzlosigkeit
- Stellvertretende Entscheidung

### Sondenernährung (PEG)

- Demenz
- PVS („Wachkoma“)



25j. Patient, verh. 2 Kinder:

- Z.n. Chronisch Myeloischer Leukämie (CML, ED vor 2,5 Jahren)
- allogene Stammzelltransplantation vor 2 Jahren
- CML seither in Remission

Komplikationen:

- Irreversibler Lungenschaden (Bronchiolitis obliterans)
- Pulmonale Aspergillose (ED vor 1 Jahr), aktuell pulmonale Streuung, therapieresistent

Aufnahme aktuell mit respiratorischer Insuffizienz

Zunächst CPAP, dann Intubation bei zunehmender respiratorischer Insuffizienz, später Tracheotomie

Transplantationschirurgen: Lungentransplantation aussichtslos

Patient lehnt Heimbeatmung ab, möchte lieber sterben

Soll/darf man dem Wunsch des Patienten nachkommen?



unter best. Bed.  
erlaubt

## Passive Sterbehilfe

Behandlungsbegrenzung

## Indirekte (aktive) Sterbehilfe

Leidensmindernde Maßnahme

verboten  
(StGB)

---

## (Direkte) aktive Sterbehilfe

Tötung auf Verlangen



1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.
3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.



73jähriger Patient: vor 7d mittelgroßer ischämischer Insult im Media-Stromgebiet

Rechtsseitige Hemiparese, Aphasie ⇒ Gehirnschwellung ⇒ Intensivstation, keine Kontaktaufnahme möglich

Pneumonie ⇒ antibiotische Behandlung

Patient inzwischen etwas wacher, Kommunikation aber sehr eingeschränkt

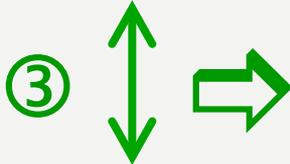
Schluckstörung ⇒ i.v., dann nasogastrische Sonde, jetzt: PEG-Sonden-Anlage?

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?



- **Nutzen** für den Patienten
  - Prinzipien *Wohltun & Nichtschaden* ← ① Nutzen?
  - Fürsorge („Fremdbestimmung“)
  - ③  Wille vor Wohl
- **Einwilligung** des Patienten ← ② Wille?
  - Prinzip: *Respekt der Selbstbestimmung*
- Ausführung *lege artis*



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!



## 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

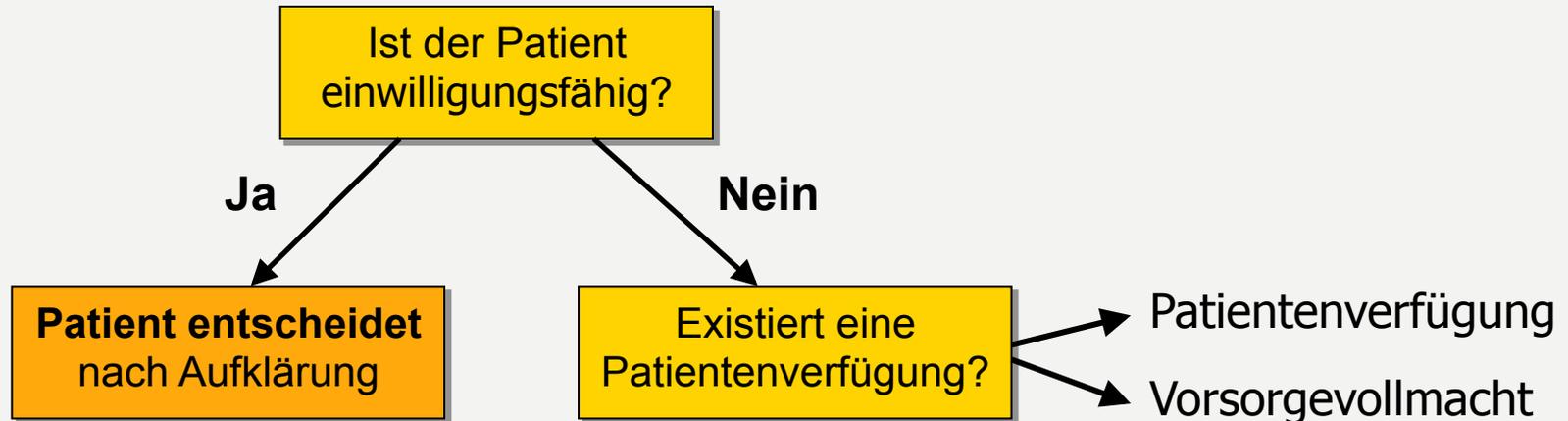


PEG-Sondenernährung: Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit ⇒  
Lebensverlängerung  
⇒ PEG ist **wirksam** (= nicht im *engeren* Sinne nutzlos)  
⇒ *einseitige* ärztliche Entscheidung zum Verzicht auf PEG nicht  
vertretbar

Hat die PEG einen **Nutzen** für den Patienten?

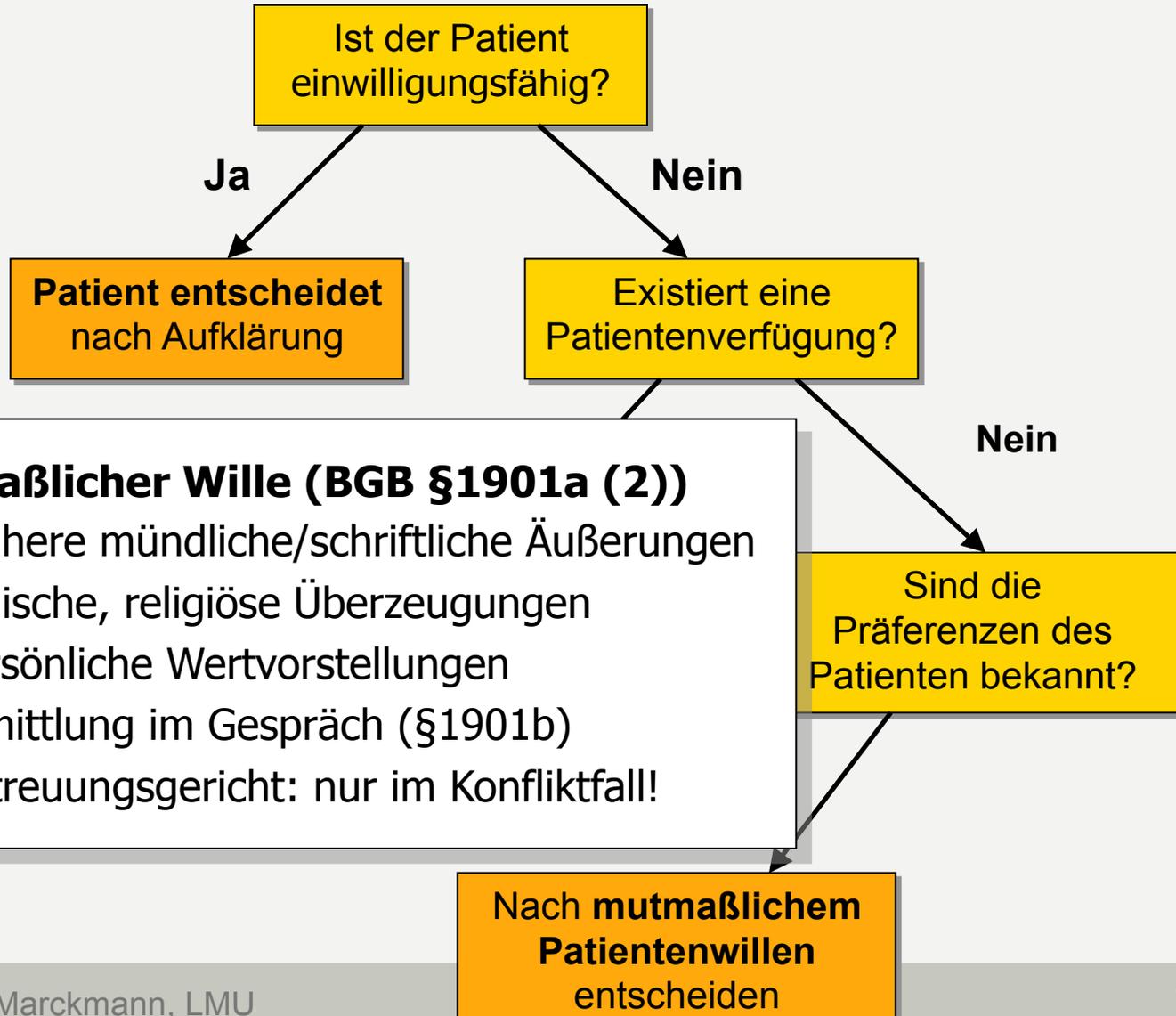
⇒ Ist das Weiterleben mit der vorliegenden Prognose ein  
*erstrebenswertes* Behandlungsziel?

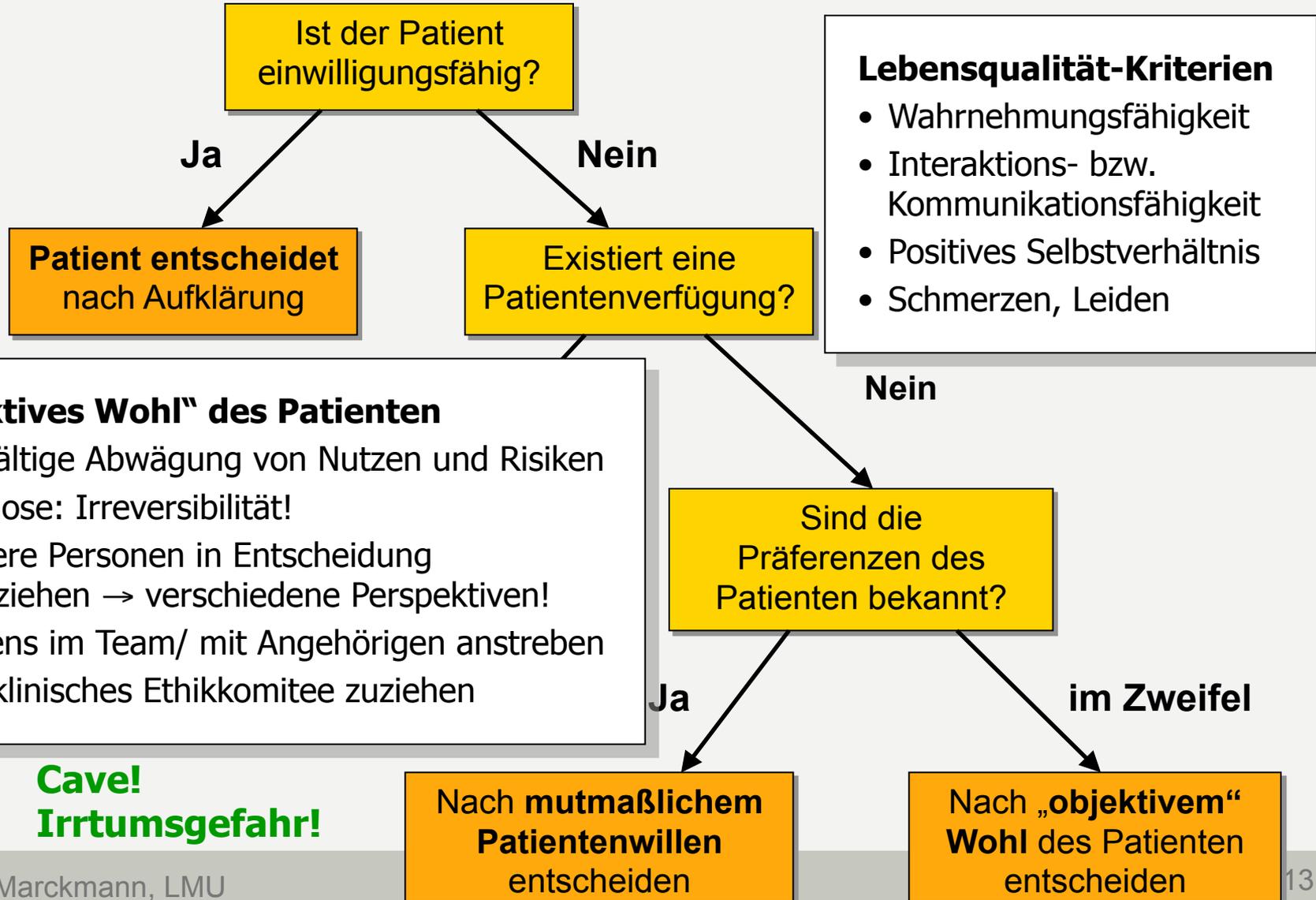
- Bewertung der Prognose ⇒ muss sich an Patientenpräferenzen  
orientieren ⇒ Nutzlosigkeit im *weiteren* Sinne??
- Berücksichtigung bei fehlender Einwilligungsfähigkeit?
- Stellvertretende Entscheidung



### 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!!







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/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



## 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

Patienten leiden im Endstadium i.d.R. weder Hunger noch Durst

Dehydratation → Endorphine↑ → körpereigene Analgesie

→ Ernährungssonde nicht als Routine, sondern Flüssigkeit und Nahrung oral anbieten!



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



## 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)



J.G., geb. 11.01.1924

Folien:

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

Kontakt:

[marckmann@lmu.de](mailto: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.  
Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen  
Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2011;108(7):A346-348.