

Georg Marckmann  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

# Ethische Entscheidungen am Lebensende: Lebensverlängerung um jeden Preis?

Ärztliche Fortbildung  
Kliniken Südostbayern AG, Ärztlicher Kreisverband  
Traunstein und Netzwerk Hospiz

Klinikum Traunstein, 26.06.2013





## *Fallbeispiel*

### Entscheidungen zur Therapiebegrenzung

- Nutzlosigkeit
- Stellvertretende Entscheidung

### Sondenernährung (PEG)

- Demenz
- PVS („Wachkoma“)

### Patientenverfügung & Organspende: Ein Widerspruch?



41-jährige Patientin 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 einer V-P-Shunts

Vater: Anlage des V-P-Shunt widerspricht dem Willen seiner Tochter

$\rightarrow$  Ethische Fallbesprechung über Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen



- Nutzen für den Patienten

←<sup>①</sup> Nutzen?

③  Wille vor Wohl

- Einwilligung des Patienten

←<sup>②</sup> Wille?

- Ausführung *lege artis*



Auf lebensverlängernde Maßnahmen ist zu verzichten, wenn

- sie dem Patienten *keinen Nutzen* mehr bieten 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
- Einwilligung des Patienten
- 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





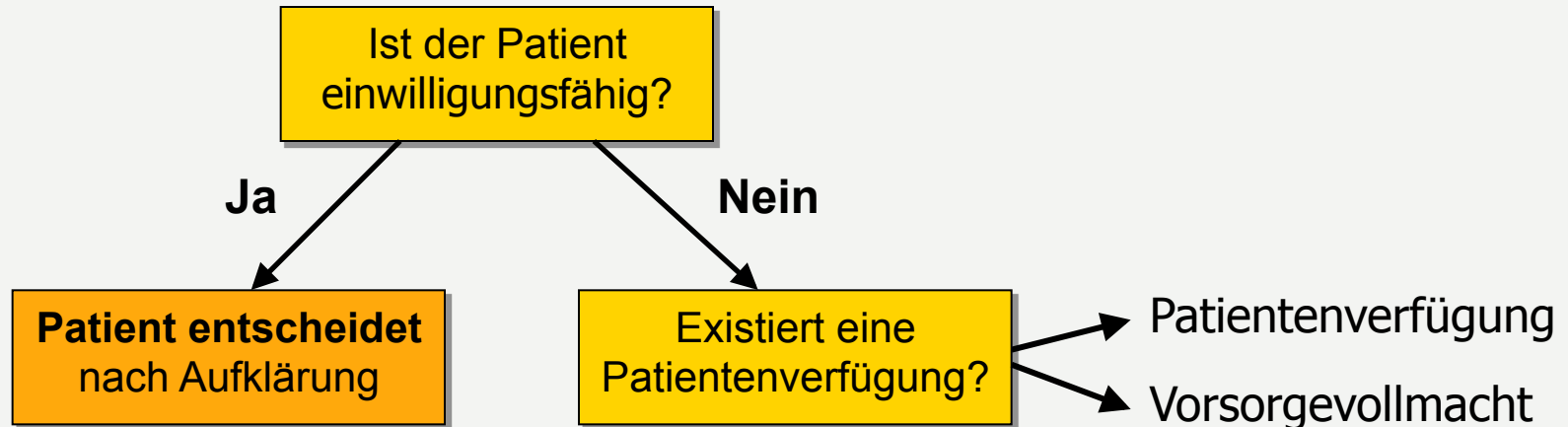
- (1) **Wirksamkeit:** Lebensverlängerung möglich  $\Rightarrow$  Maßnahmen sind *wirksam*  $\Rightarrow$  nicht im engeren Sinne nutzlos
  - (2) **Nutzen:** Ist das Leben mit der vorliegenden Prognose *erstrebenswert*?
    - Schwerwiegende ischämische Schädigung beider Gehirnhälften, genaue Prognose 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
- $\rightarrow$  Tendenz: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen entspricht eher dem Wohlergehen der Patientin



- Nutzen für den Patienten

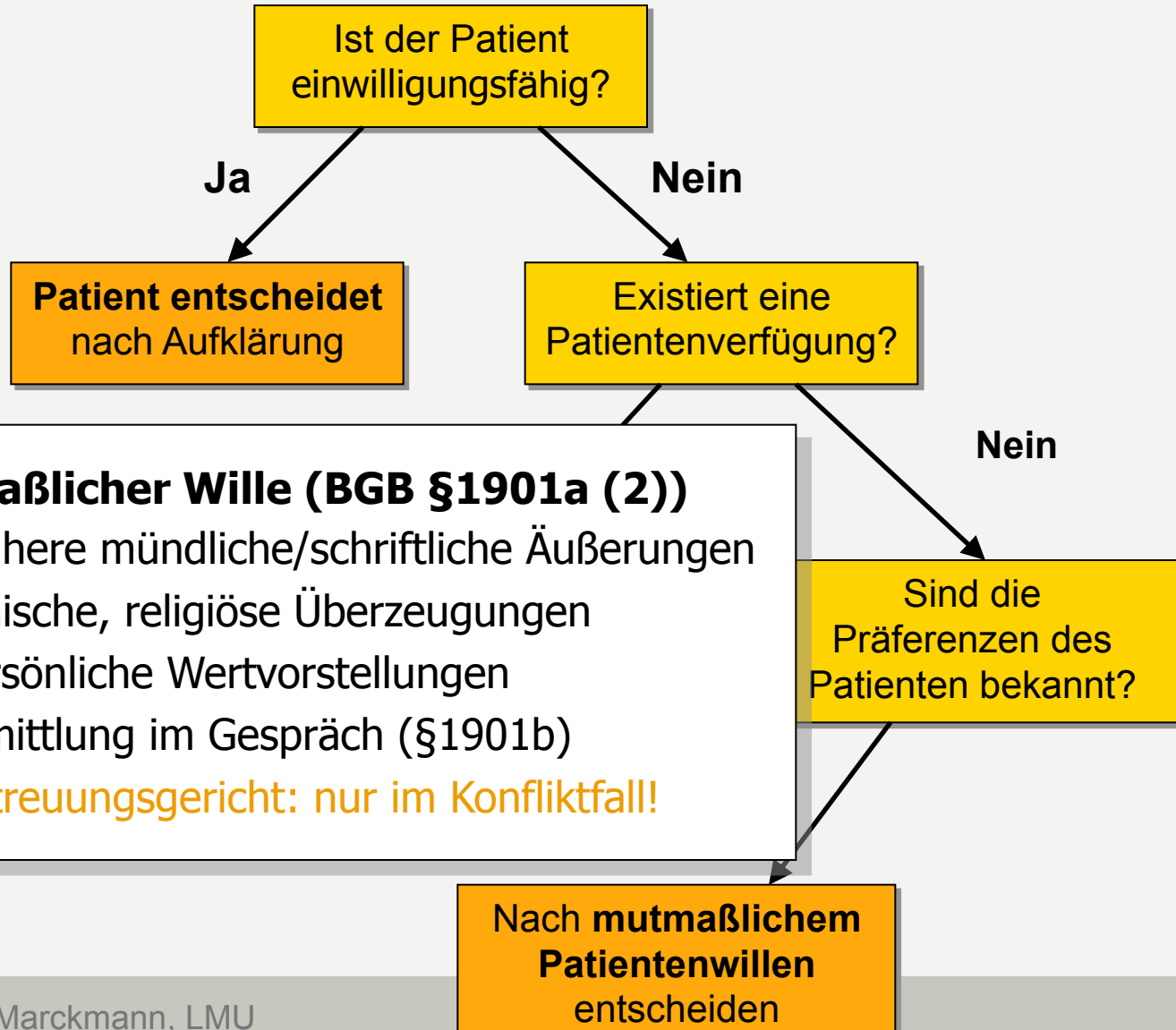
- Einwilligung des Patienten

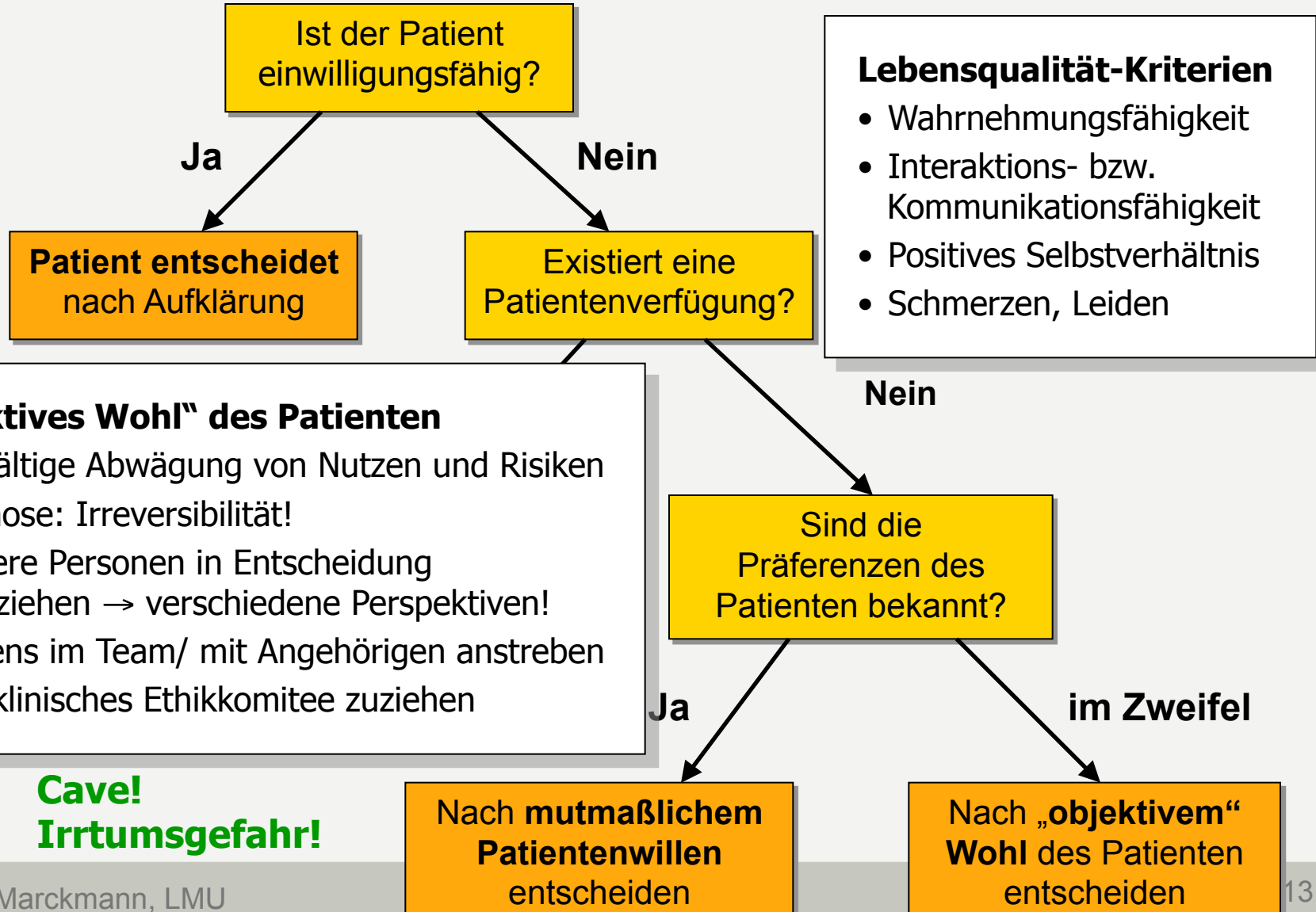
- Ausführung *lege artis*



### 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!!







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



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



## Was bedeutet „einfrieren“?

- Fortsetzen des „status quo“ (z.B. Beatmung)
- Keine weitere Therapie-Eskalation bei Komplikationen (z.B. Infektionen, kardiale Dekompensation, Nierenversagen)

## Gerechtfertigt nur bei **unklarer** Prognose!

- Grund: Bessere Abschätzung der Prognose im Verlauf
- Wichtig: Termin für Überprüfung des Therapieerfolgs festlegen!
- Problem der Grenzziehung: Welche Komplikationen werden nicht mehr behandelt?  
⇒ Komplikationen mit Prognoseverschlechterung!

## Nichtbehandlung von Komplikation als bessere Alternative?

- Warten auf die nächste Infektion, erfordert kein „aktives Tun“
- Psychologisch möglicherweise leichter (Team & Angehörige)
- Aber: Abbruch lebensverlängernder Behandlungen ethisch konsequenter (= **passive** Sterbehilfe)!





## 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?

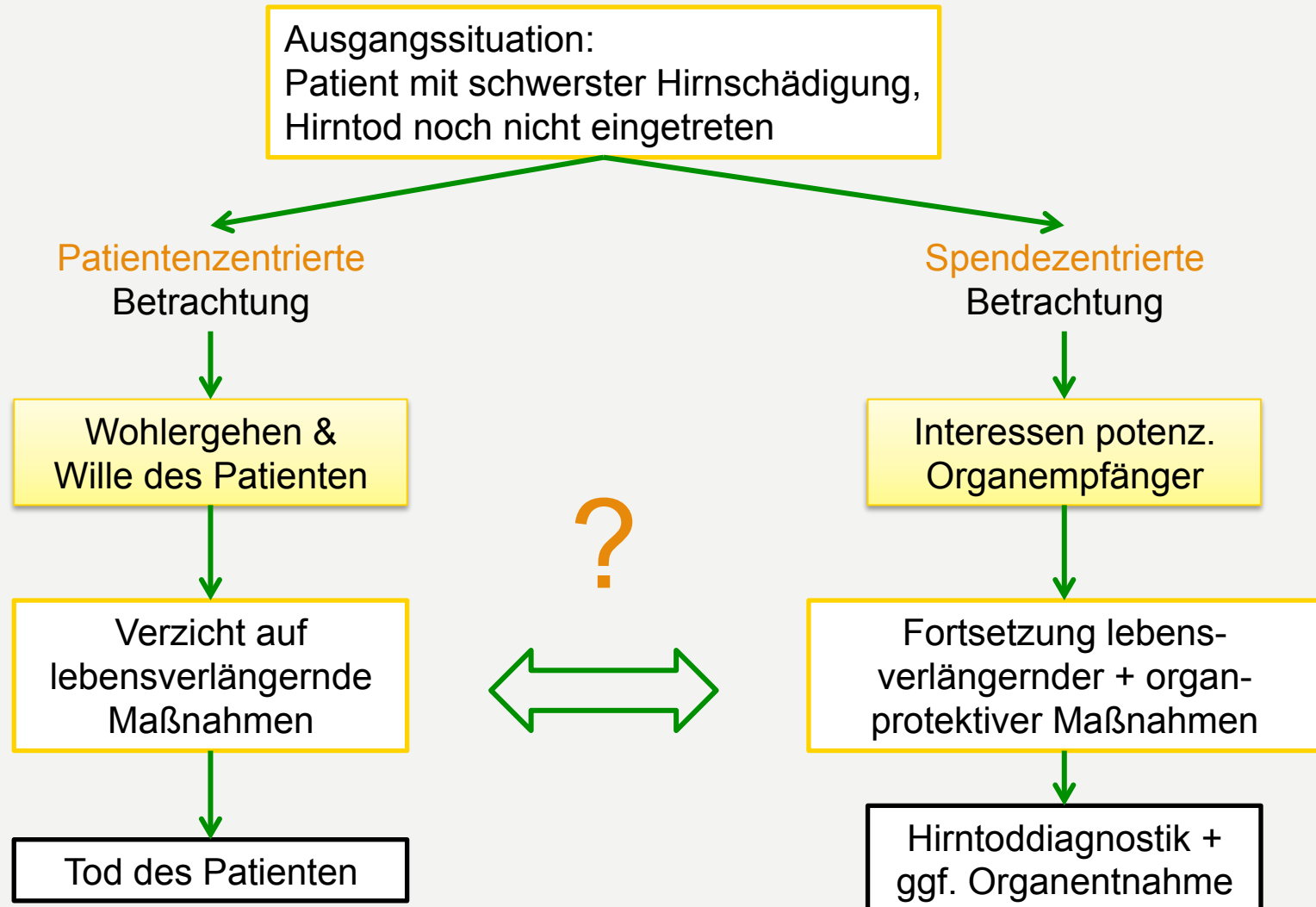
Keine konnektive Funktion des Kortex ⇒ keine bewusste Wahrnehmung ⇒  
Bedingung der Möglichkeit für Lebensqualität fehlt ⇒  
Lebensverlängerung nutzlos (?)

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





Kernfrage: Ist es ethisch vertretbar, einen Patienten mit infauster Prognose mit Blick auf eine mögliche Organspende anders zu behandeln?

Grundsätzlich gilt: **Instrumentalisierungsverbot!**

Aber: Evtl. Spielraum für individuelle Abwägung, wenn

- Belastung für den Patienten gering (⇒ **Nichtschaden**) und/oder
- (erklärte/mutmaßliche) Einwilligung des Patienten (⇒ **Autonomie**)

Beispiele:

- Patient tiefkomatös, Lebensverlängerung & Regulierung von Blutdruck, Elektrolyten oder Blutzucker erforderlich
  - ⇒ beeinträchtigt Wohlergehen des Patienten kaum
  - ⇒ Abwägung vertretbar
- Patient müsste kardiopulmonal reanimiert werden
  - ⇒ erhebliche Belastung für Patienten
  - ⇒ kein Spielraum für Abwägung

# (1) Patient mit PV, die Organspende nicht abdeckt



- Rechtzeitig mit Angehörigen über Möglichkeit der Organentnahme sprechen
- Aufklärung über lebensverlängernde & organprotektive Maßnahmen für/ bis Hirntoddiagnostik
- (Mutmaßliche) Zustimmung des Patienten zur  
(1) Organspende? (Organspende-Ausweis?)  
(2) Durchführung der erforderlichen medizinischen Maßnahmen?
- ⇒ Entscheidung über Durchführung von Hirntoddiagnostik & Organentnahme nach mutmaßlichem Willen

In jedem Fall: nur bei einer realistischen Spendeperspektive

- ⇒ Eintritt des Hirntods absehbar
- ⇒ Gefahr der „Komplikation“: Patient stabilisiert sich im vegetativen Zustand („Wachkoma“)
- ⇒ Ggf. Verzicht auf Komplikationsbehandlung sowie künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Evtl. Leitlinie erstellen, vgl. UK Münster

- [http://campus.uni-muenster.de/egtm\\_organ spende\\_praefinal.html](http://campus.uni-muenster.de/egtm_organ spende_praefinal.html)



## Die Ideallösung:

### 2.8. **Organspende**

BMJ-Broschüre Patientenverfügung 2011, S. 29

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu<sup>10</sup> (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann  
(Alternativen)
  - geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
  - gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
- oder**
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.



## 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





J.G., geb. 11.01.1924

Folien:

[www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)

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.