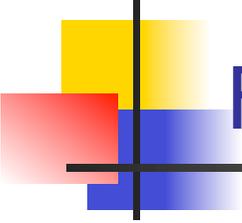


Patientenverfügungen: Ethische und rechtliche Fragen bei der Anwendung in der Praxis

Georg Marckmann

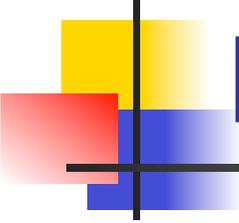
Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Fortbildung Zollernalb-Klinikum
Albstadt, 24.02.11



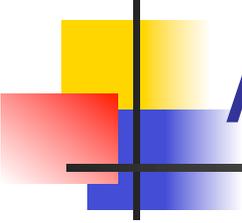
Funktionen von Patientenverfügungen

- Ziel: selbstbestimmte, würdevolle Gestaltung der letzten Lebensphase
- (1) Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ⇒ individuelle Werte & Ziele für Sterbeprozess klären
 - Gefühl der Kontrolle über die letzte Lebensphase (Autonomie ↑)
 - Berücksichtigung individueller Behandlungspräferenzen
- (2) Gespräche (!!) mit Angehörigen/Freunden
 - stärkt familiäre Bindungen und persönliche Beziehungen
 - Entlastung der Angehörigen
- (3) Entscheidungshilfe für Ärztinnen & Ärzte
 - PV = inhaltlich strukturierendes Element in einem umfassenderen kommunikativem Prozess der Vorausplanung
 - Bleibende Herausforderungen nach 3. BetrRÄG (09-2009)
 - (Hausärztliche) Beratung zur Erstellung von PV
 - Umsetzung der PV im Alltag der Patientenversorgung



Fallbeispiel 1

- 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?



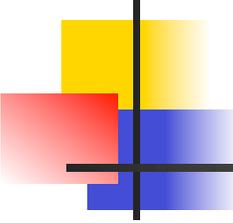
Aktive – passive Sterbehilfe

- **Passive Sterbehilfe**

Verzicht auf lebenserhaltende
Behandlungsmaßnahmen

- **Aktive Sterbehilfe**

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



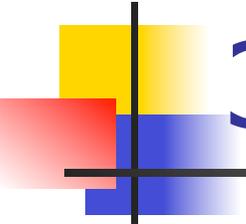
Direkte – indirekte Sterbehilfe

- **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.



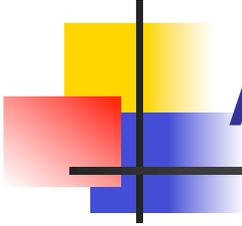
3 Haupttypen der Sterbehilfe

unter best. Bed.
erlaubt

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

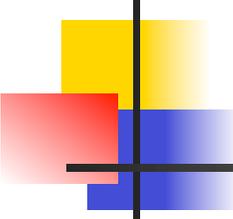
verboten
(StGB)

- **(Direkte) aktive Sterbehilfe**
Tötung auf Verlangen



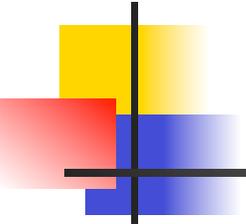
Ärztliche Beihilfe zum Suizid

- Beihilfe zum Suizid ist in D nicht strafbar (Suizid ≠ Straftatbestand!)
- Bislang: für Ärztinnen und Ärzte unzulässig
 - „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ (Grundsätze der BÄK 2004)
- Stellungnahme des Nationalen Ethikrates (13.07.06)
 - Bewertung der ärztlichen Suizidbeihilfe kontrovers beurteilt
- 66. Deutscher Juristentag 19.-22.09.2006 in Stuttgart
 - Neubewertung der ärztlichen Suizidbeihilfe gefordert
- Neufassung der „Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung“ 2011 (DÄ 18.02.2011)
 - „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ (Präambel)
 - Garantenpflicht?



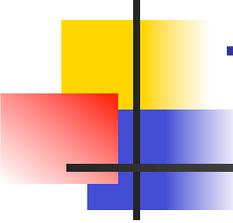
Fallbeispiel 2

- 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
- Ethische Fallbesprechung über Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen



Ethische Voraussetzungen medizinischer/pflegerischer Maßnahmen

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



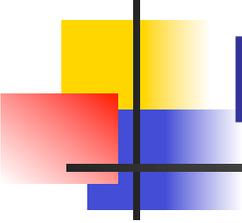
Therapiebegrenzung: Leitfragen

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

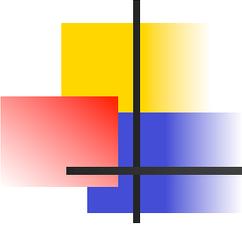
Leitfragen beim Verzicht auf lebensverl. Maßnahmen:

- (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 ≠ 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

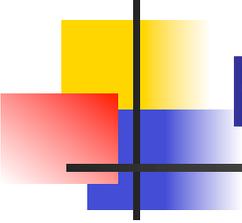
→ Arzt

- Weite Definition

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

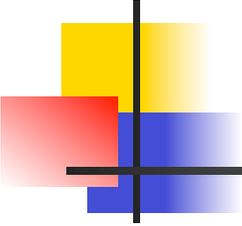
Werturteile

→ Patient



Fallbeispiel: Nutzen für die Patientin?

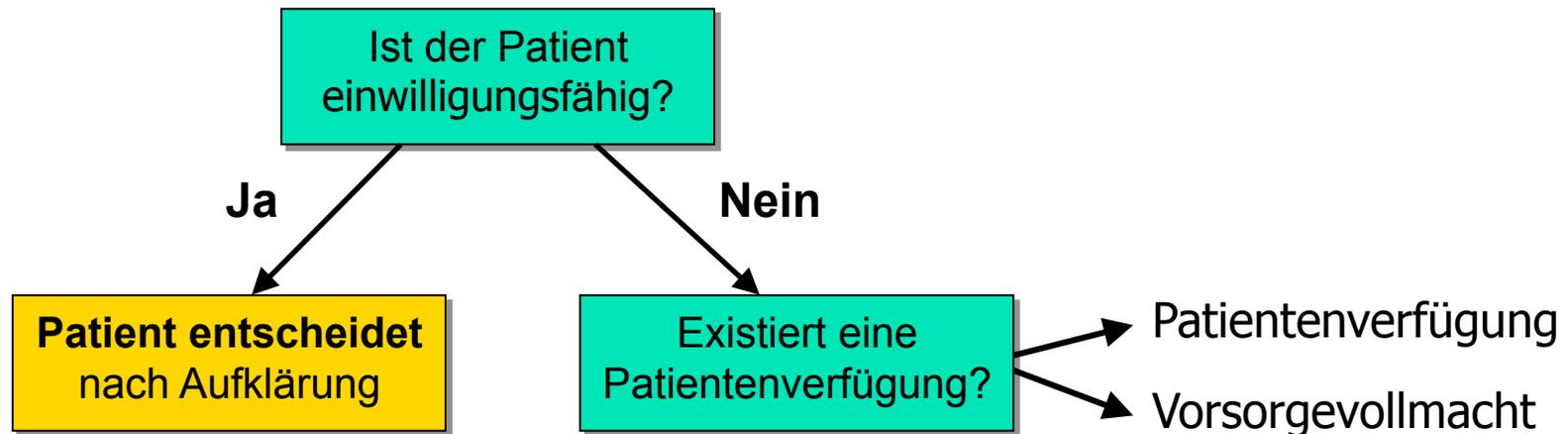
- Lebensverlängerung möglich ⇒ nicht im engeren Sinne nutzlos
- Schwerwiegende ischämische Schädigung beider Gehirnhälften, genaue Prognose derzeit noch nicht sicher abschätzbar
- Aber: Schwere körperliche sowie kognitive & kommunikative Einschränkungen sind zu erwarten
 - Pat. wird ihren Beruf (internationales 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*

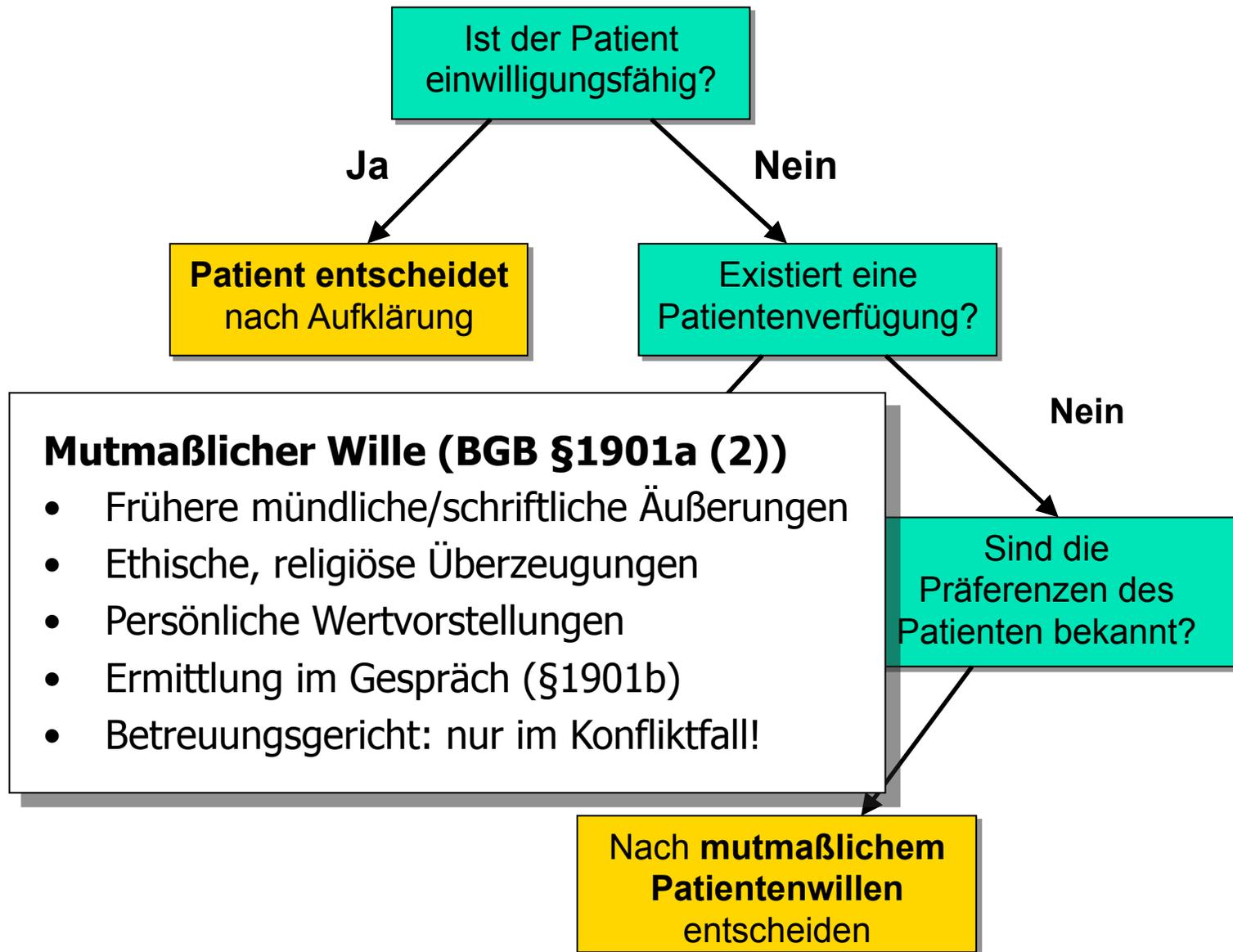
Stellvertretende Entscheidung



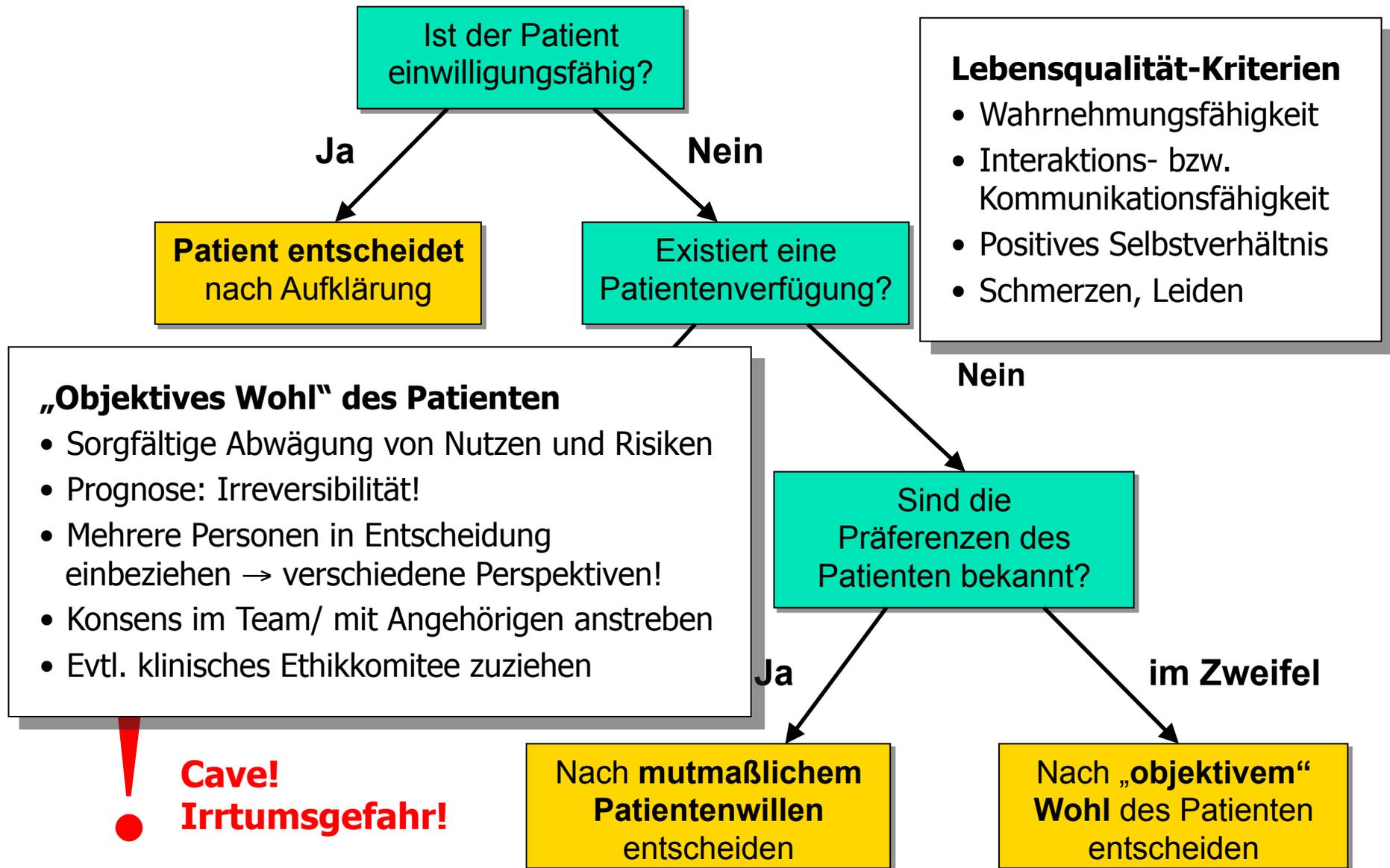
3. BetrRÄG (seit 01.09.09 in Kraft)

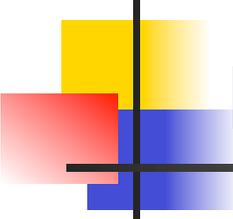
- Eine schriftliche PV ist zu befolgen, wenn sie auf die vorliegende medizinische Situation zutrifft (BGB §1901a (1))
- Unabhängig von Art & Stadium der Erkrankung!
- Ermittlung des Patientenwillens im Gespräch mit Betreuer / Bevollmächtigtem, ggf. andere Angehörige (BGB §1901b)
- Alternativ: mündliche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

Stellvertretende Entscheidung



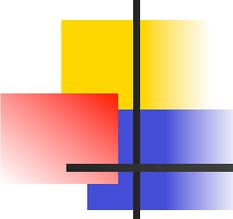
Stellvertretende Entscheidung





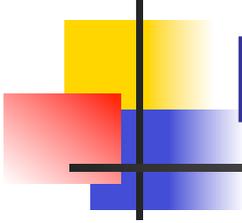
Fallbeispiel: Einwilligung der Patientin?

- 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



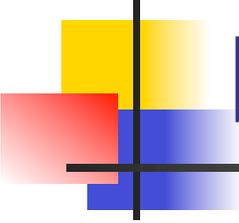
PV: Konfliktkonstellationen

- Prognose schwierig abzuschätzen
 - Interdisziplinäre & berufsgruppenübergreifende Teambesprechung/Ethikberatung
- Patientenwille in PV unklar formuliert
 - Gespräche mit gesetzlichen Vertretern & Angehörigen: weitere Information über Patientenwillen
 - Teambesprechung/Ethikberatung
- PV enthält Verweigerung „nützlicher“ Maßnahmen
 - Bspl.: PEG-Verweigerung bei Demenz mit noch gut erhaltener Lebensqualität
 - Gespräch mit Vertreter & Angehörigen zur Interpretation der PV
 - Welchen Zustand wollte der Patient mit der PV ausschließen?
 - Erneute Prüfung der Wohltunsverpflichtungen
 - Sind die am Wohlergehen des Patienten orientierten Argumente stark genug, um Nichtberücksichtigung des Patientenwillens zu rechtfertigen?
 - Teambesprechung/Ethikberatung



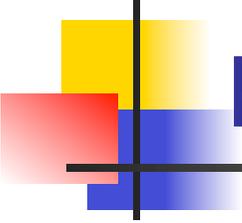
PEG-Sonde/Künstl. Ernährung

- 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



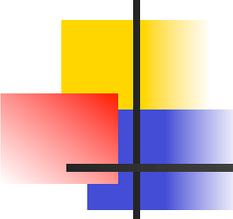
PEG-Sonde bei Demenz

- 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 für die Praxis

- Zunächst sorgfältig **Indikation** prüfen (Nutzen für den Patienten?), da bei fehlender Indikation die Einwilligung entfällt
- Patientenwillens im **Gespräch** mit Bevollmächtigtem bzw. Betreuer & ggf. nahestehende Personen ermitteln
- Der in einer PV niedergelegte Patientenwille ist zu respektieren, sofern die PV auf die vorliegende medizinische Situation zutrifft
- Wenn keine PV vorliegt oder diese nicht auf die vorliegende Behandlungssituation zutrifft, muss sich die Entscheidung an **mündlich geäußerten Behandlungswünschen** bzw. dem **mutmaßlichen Willen** des Patienten orientieren.
- Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen ist nur dann durch das Betreuungsgericht zu genehmigen, wenn sich Arzt und Bevollmächtigter bzw. Betreuer nicht einigen können, welches Vorgehen dem Willen des Patienten entspricht.
- Bei Unklarheiten: **Interdisziplinäre Teambesprechung** bzw. **Ethikberatung**

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.