

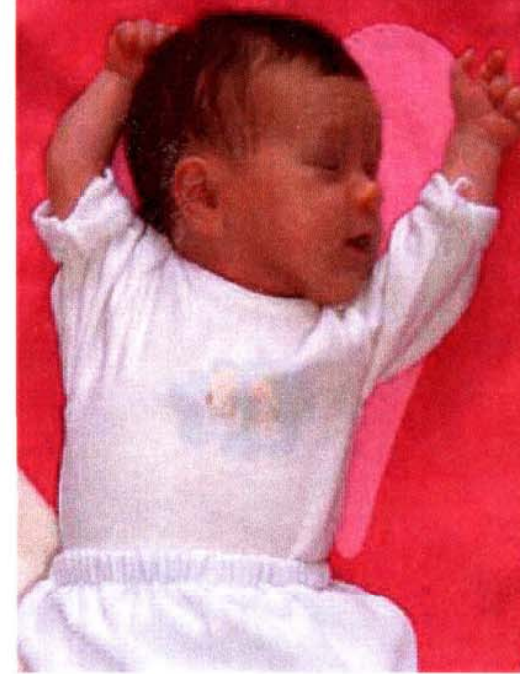
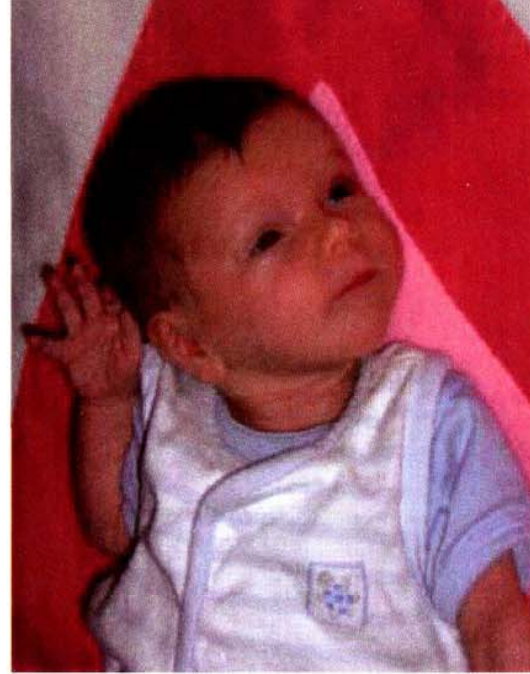
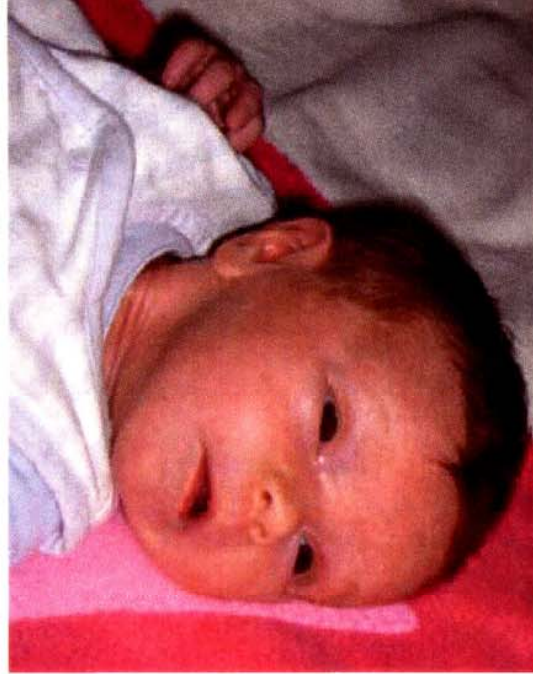
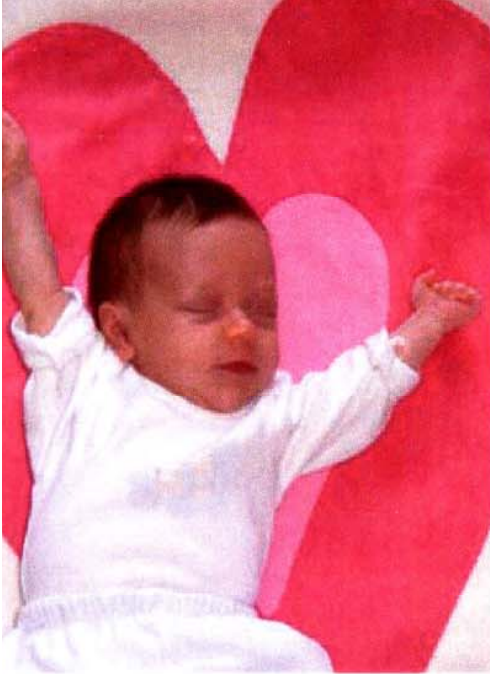
# Der Arzt in der Entscheidung zwischen Therapiefortführung und Therapiereduktion bzw. Therapieabbruch



H. Van Aken

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie  
und operative Intensivmedizin





Wir sind glücklich über die Geburt unserer Tochter

**Paula Elisabeth**

\* 02.08.2005, 48 cm, 2640 g



*So wie ein Blatt  
vom Baum fällt  
so geht das Leben  
aus der Welt*

## T O D E S A N Z E I G E

Mit grossem Schmerz nehmen wir Abschied von unserer lieben Mutter, Grossmutter, Schwester, Tante und Freundin

2. Juli 1921 – 4. Mai 2005

Sie ist kurz vor ihrem 80. Geburtstag von uns gegangen. In Liebe und Dankbarkeit gedenken wir ihrer.

In stiller Trauer:  
Vorname Namenname-Name  
mit Moritz, Klaus und Martin  
Vorname Namenname  
Vorname Namenname

9100 Herisau, 6. Mai 2005  
Musterstrasse 12

Die Abdankung findet am Freitag, 12. Mai 2005, um 10 Uhr in der katholischen Kirche Herisau statt.

Für allfällige Spenden bitten wir, den Spitex-Verein ..... (Postkonto 90-00000-0) zu berücksichtigen.

# Grundängste in der Bevölkerung

---

- Es wird nicht alles getan, was möglich ist
- Es wird am Lebensende zu viel getan

# Was ist Intensivmedizin?

---



## Chance der Intensivmedizin:

passagere Störungen der

Vitalfunktionen zu überbrücken

= Verhindern des vermeidbaren Todes

## Gefahr der Intensivmedizin:

künstliche Verlängerung des Sterbens

= Verzögern des unvermeidbaren Todes

# Ist Intensivmedizin sinnvoll ?

Was passiert mit Patienten, die nicht intensivmedizinisch behandelt werden können?

---

Prospektive, nicht-interventionelle Kohortenstudie in einem 760 Betten Hospital

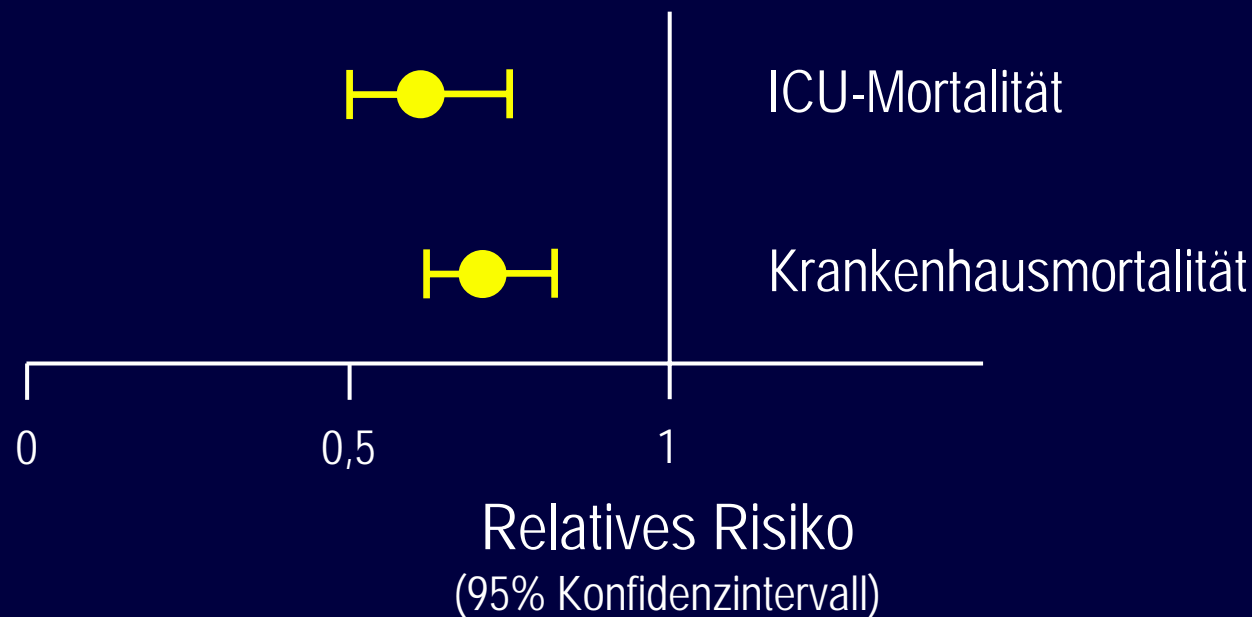
	aufgenommen n = 62	nicht aufgenommen n = 65
Alter (Jahre)	55.9 ± 18	65.4 ± 18
APACHE II-Score	14 ± 8	14 ± 6
Sterbewahrscheinlichkeit (%)	19 ± 19	17 ± 17

Mortalität (%)	11.3	49.2
----------------	------	------

P. Frischo-Lima et al.: Theor. Surg. 1994

# Behandlung durch spezialisierten Intensivmediziner: Risikoreduktion

Behandlungsleitung durch Intensivmediziner während der Intensivtherapie  
VS.  
Kein Intensivmediziner oder nur fallweise Konsultation



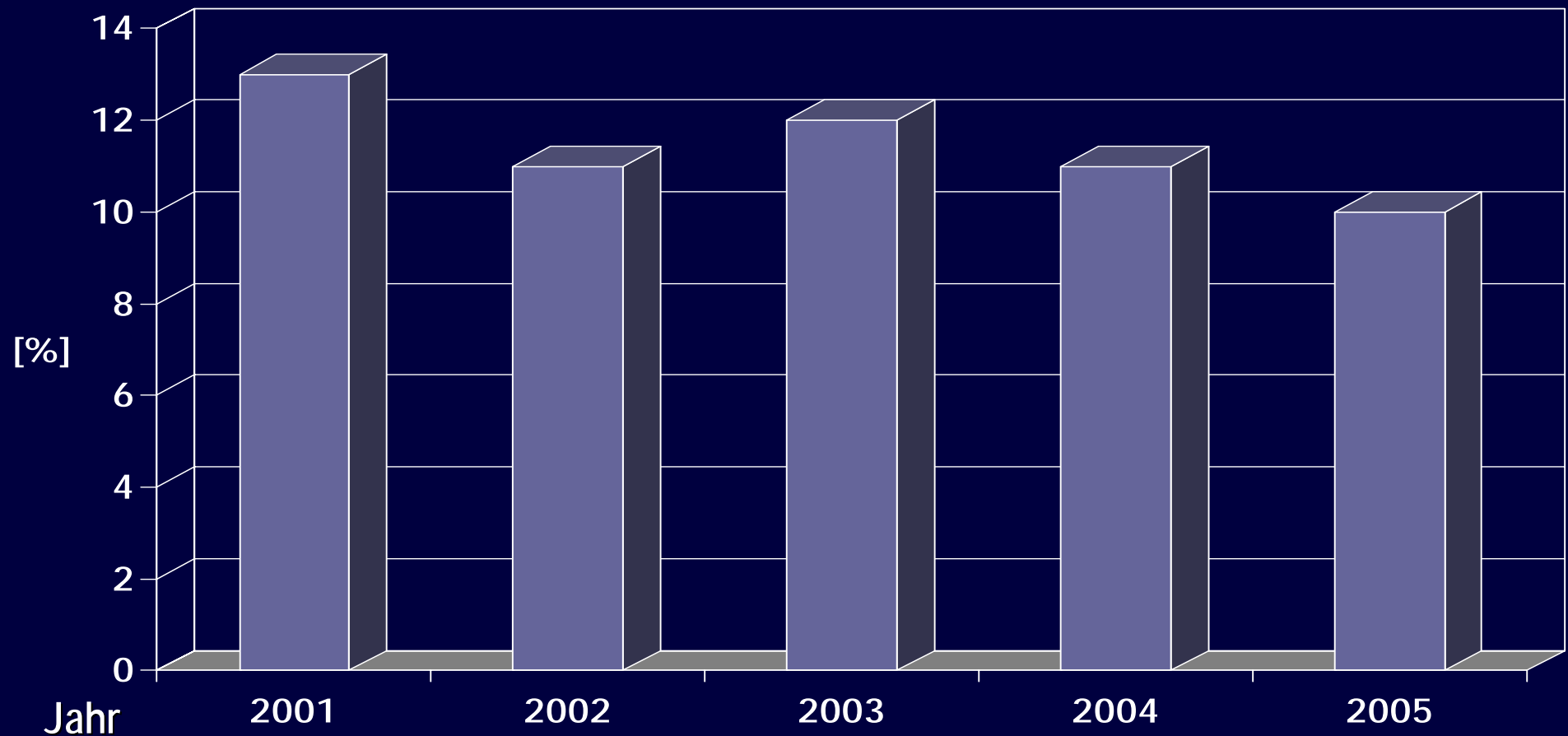
Review mit Metaanalyse über  
26 Studien, publiziert 1984 - 2002

P.J. Pronovost et al.: JAMA 2002; 288: 2151



# Mortalität von Intensivpatienten im UKM

(alle Patienten > 24 Stunden auf Intensivstation)



# Realität der Intensivmedizin

---

- Jeder 10. Patient stirbt
- Die Auseinandersetzung mit dem Therapieausmaß ist kein exotisches Ereignis sondern Alltag des Intensivmediziners

# Intensivmedizin in der Presse

---

„Apparatemedizin“

„Du sollst nicht sterben“

„Unerbittlich am Leben gehalten“

„Folterkammern des Todes“

# Probleme der Intensivmedizin

---

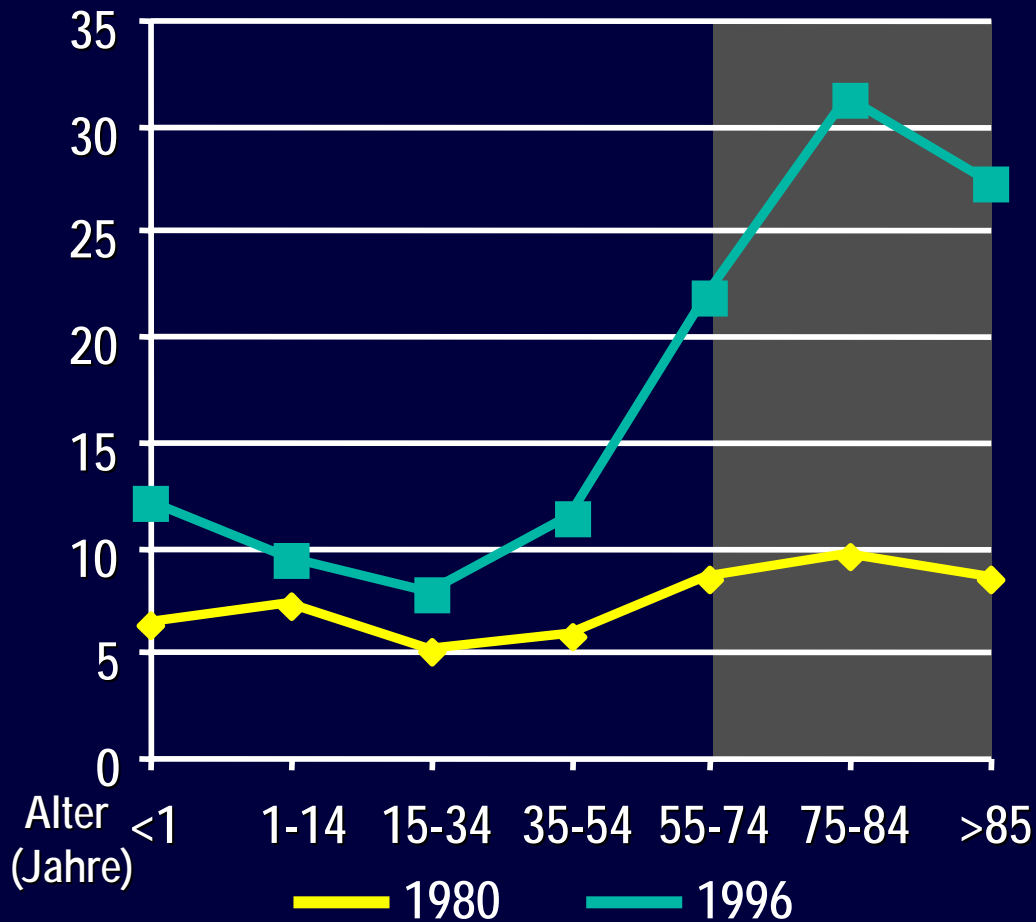
- medizinische Grenzen
- ökonomische Grenzen
- ethische Grenzen

# Zunahme der Anästhesien im höheren Lebensalter 1980 - 1996

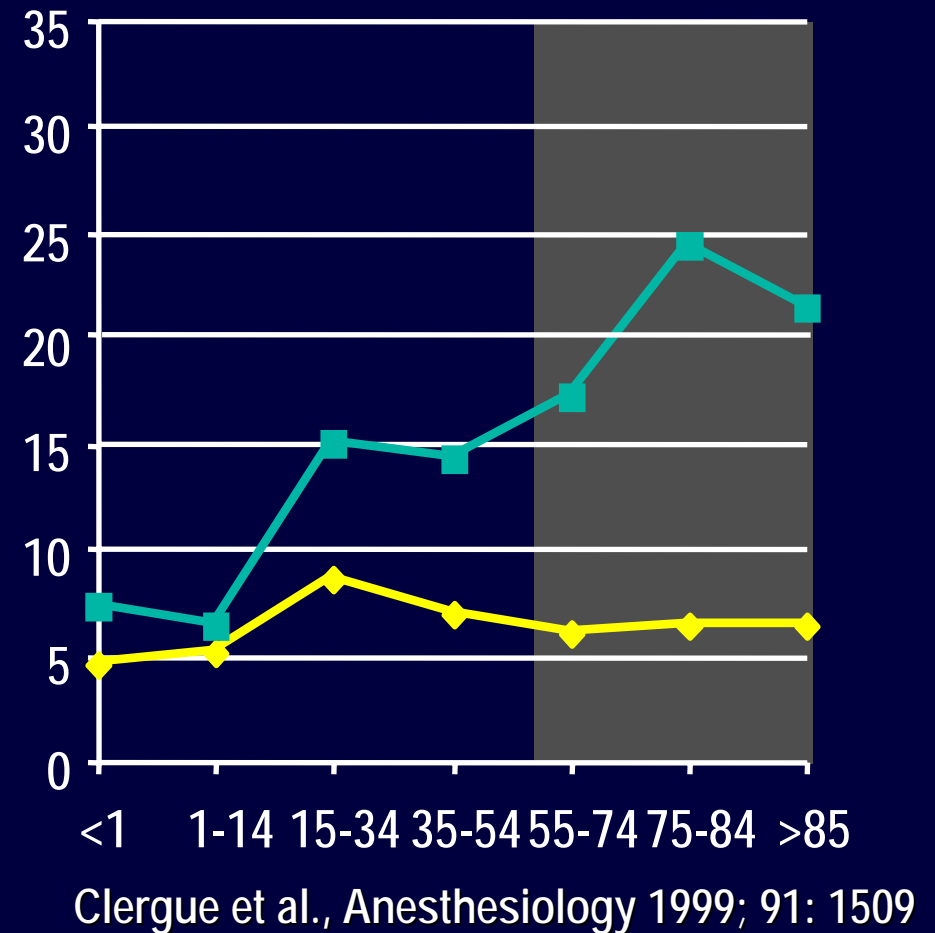
Anzahl pro 100 Einwohner

Gesamtzahl der Anästhesien:  
1980: 6,6% 1996: 9,5%

Männer

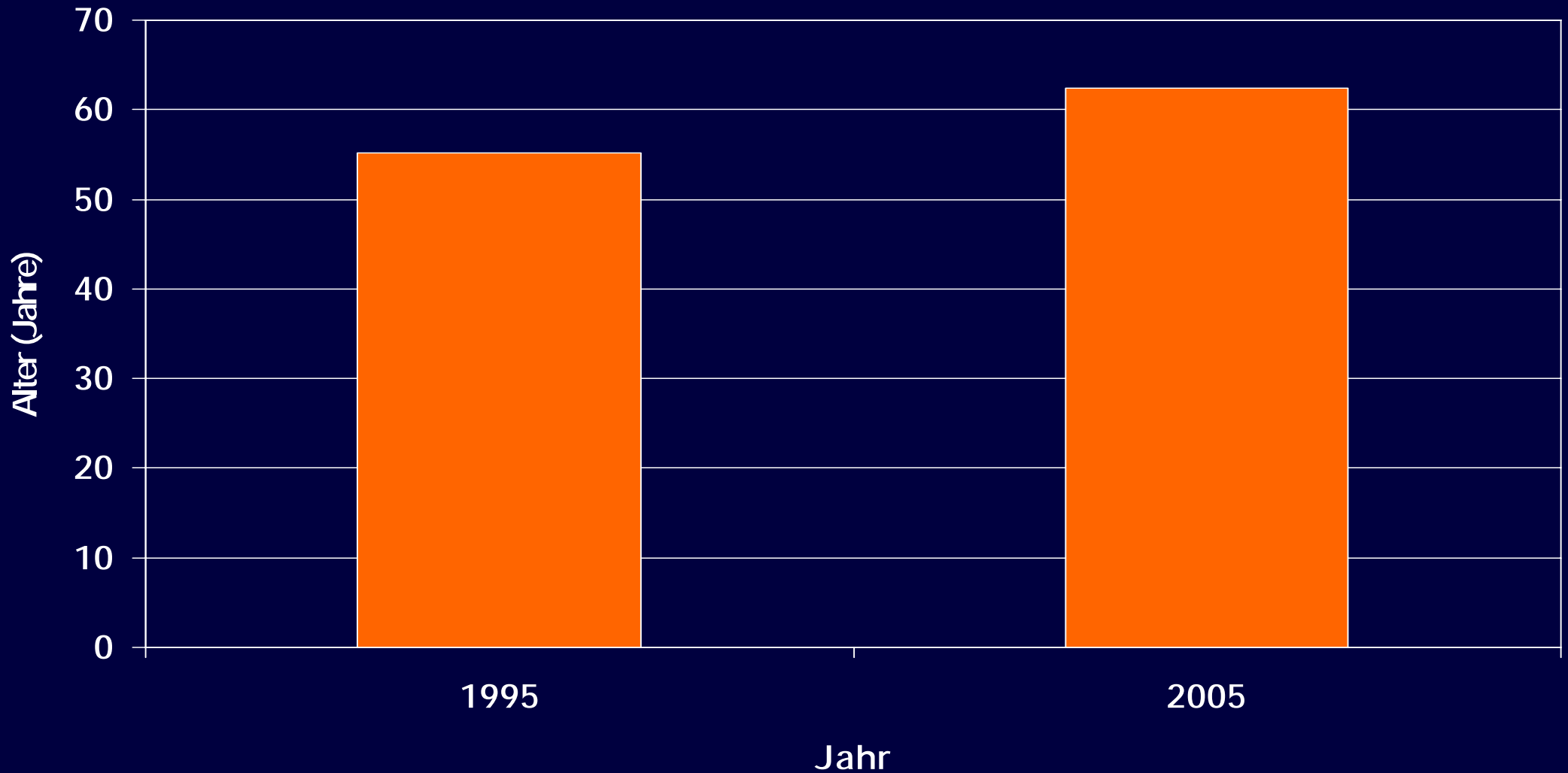


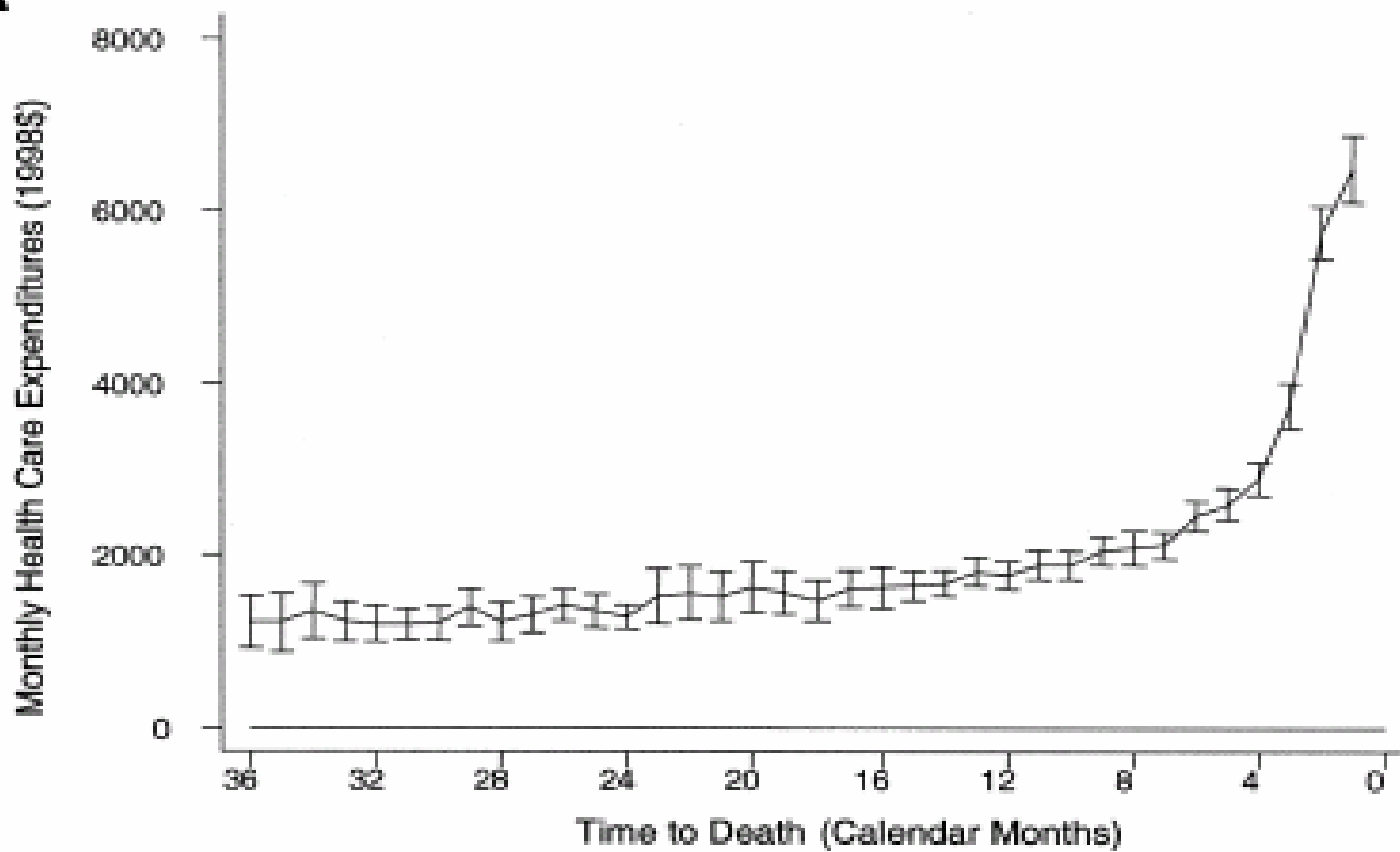
Frauen



Clergue et al., Anesthesiology 1999; 91: 1509

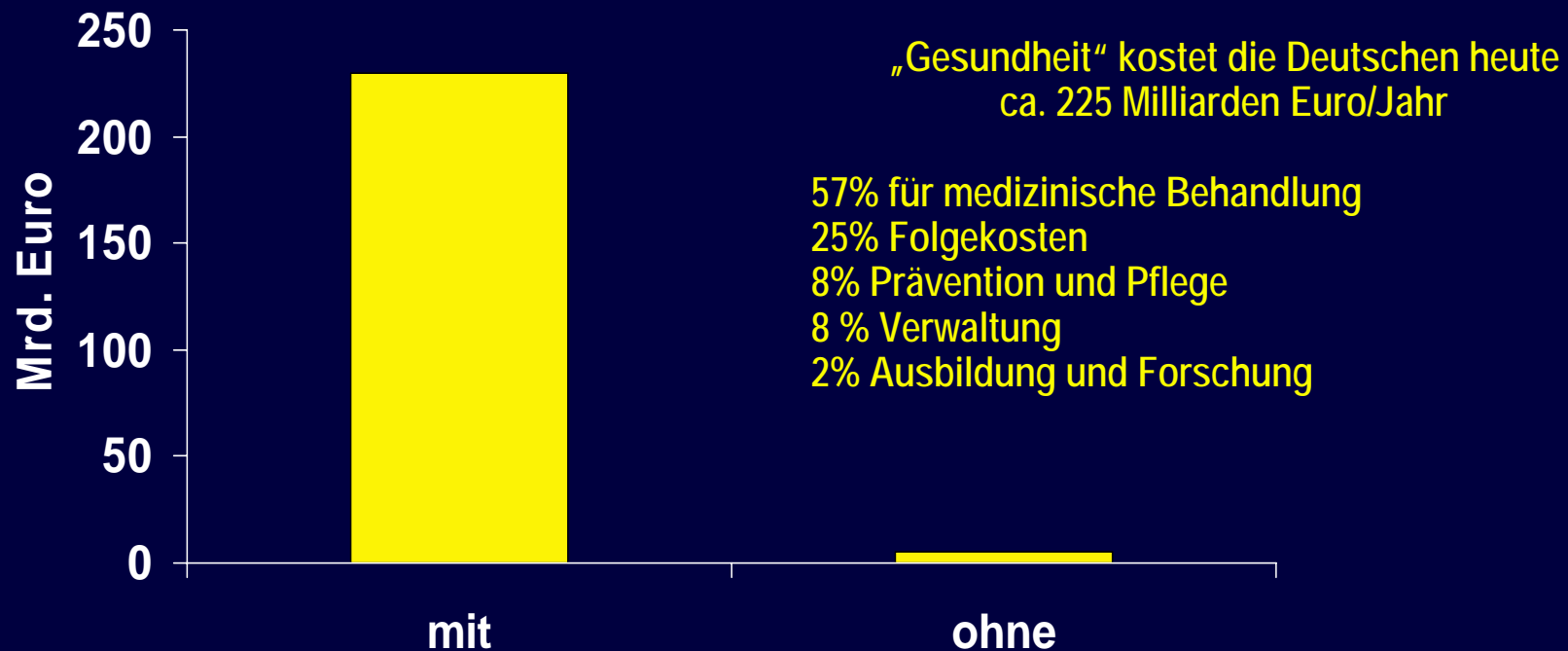
# Alter von Intensivpatienten (Intensivbehandlungsdauer 2 oder mehr Tage)



**A**

# Medizinischer Fortschritt ohne Kostensteigerung ist eine Illusion.

Gesundheitskosten heute mit/ohne  
medizinischen Fortschritt der letzten  
100 Jahre





WEEKLY WORLD

50¢

# NEWS

**SWEET REVENGE!**

Cashier fired because of  
her big bust wins back pay!



November 5, 1985

30587

VOL. 7, Issue 4

**THE MOST INCREDIBLE TRANSPLANT IN MEDICAL HISTORY!**

# DYING MAN'S BRAIN PUT IN COMA WOMAN

**The patient is awake and speaks in donor's female voice, say doctors**

# Basis ethischer Fragestellungen in der Intensivmedizin

---

- ◆ Kostenintensität
- ◆ Grenzbereich zwischen Leben und Tod

# Ethische Probleme in der Intensivmedizin

## Beispiele (I)

---

- Wie werden knappe Ressourcen zugeteilt?
- Muss alles medizinisch Mögliche getan werden?
- Ist Therapieentzug aktiver als Therapieverzicht?
- Unterschiedliche Meinung zwischen Arzt und Patient?
- Unterschiedliche Meinungen im Behandlungsteam, bei Angehörigen?

# Ethische Probleme in der Intensivmedizin

## Beispiele (II)

---

- Ist der Patient wirklich kompetent?
- Würde der Patient jetzt genauso entscheiden wie es im Patiententestament steht?
- Wie sicher ist die Prognose?
- Ist die Ernährung Basispflege oder eine medizinische Maßnahme?

# Ethische Prinzipien

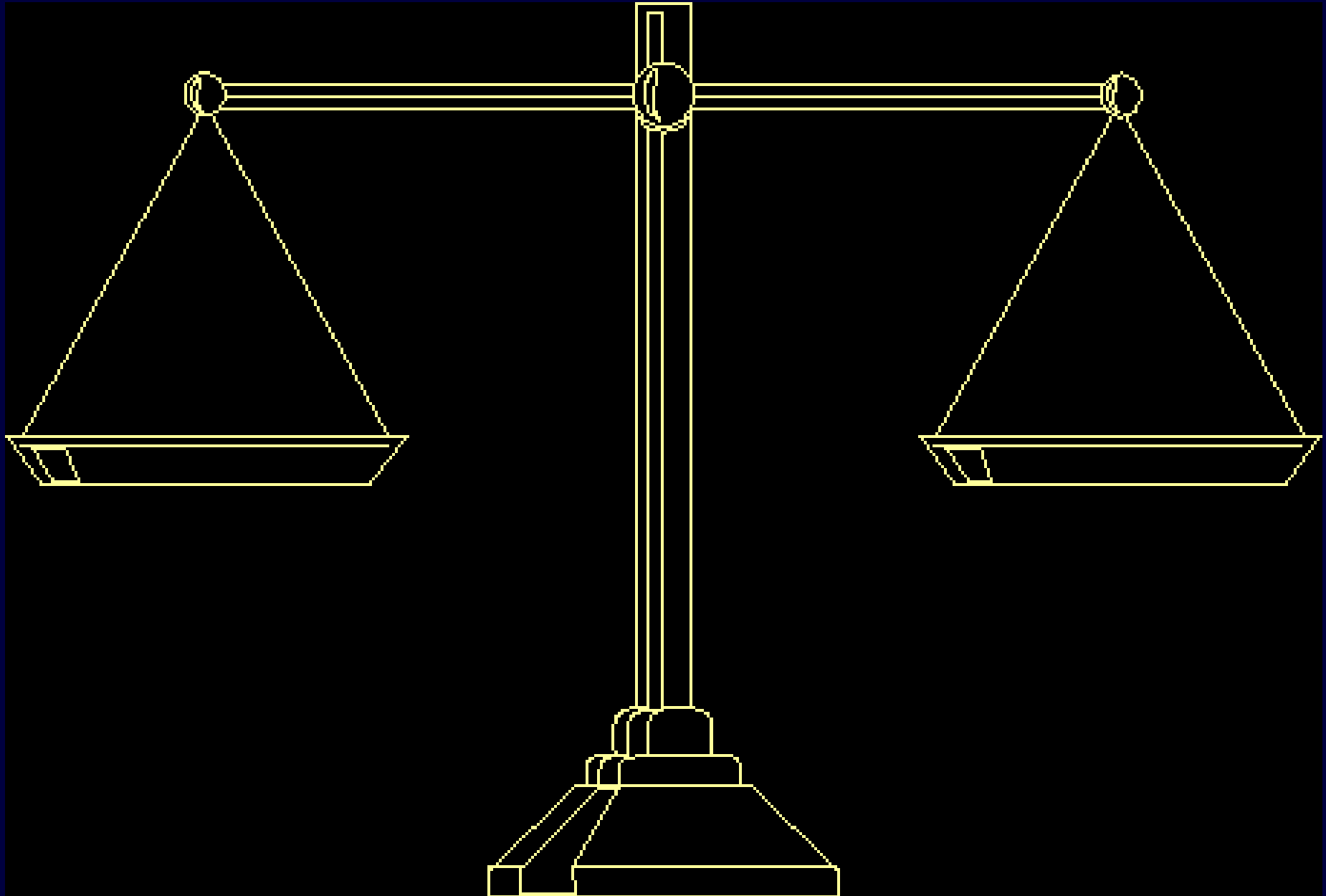
nach Beauchamp u. Childress

- Nichtschaden (Nonmalefizienz)
- Wohltun (Benefizienz)
  - Heilen, Lindern, Lebenserhalt
- Autonomie

individuelle  
Arzt-Patientenbeziehung

- Gerechtigkeit
  - Chancengleichheit
  - Effizienz
  - Dringlichkeit

Sozialethisches Prinzip



# Berufsordnung

---

## § 1 Abs. 1

“Der Arzt dient der Gesundheit  
des einzelnen Menschen  
und der Bevölkerung.”

*(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte.  
100. Deutscher Ärztetag 1997 in Eisenach*

# Berufsordnung

---

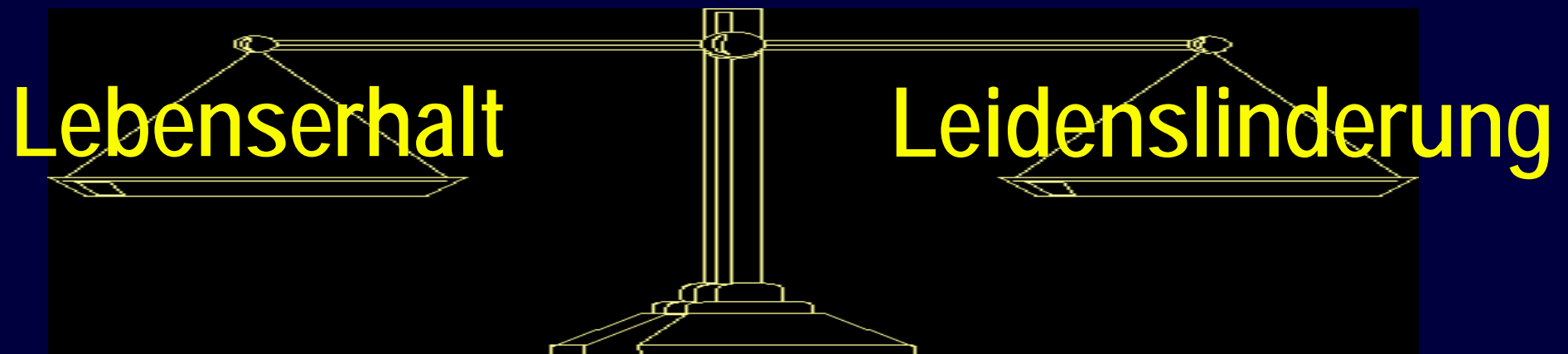
## § 1 Abs. 2

“Aufgabe des Arztes ist es,  
das Leben zu erhalten...,  
Leiden zu lindern,...”

*(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte.  
100. Deutscher Ärztetag 1997 in Eisenach*



Ein 78-jähriger entwickelt nach einer Dickdarmoperation eine Peritonitis und Sepsis. Vorbestehend sind eine rechtsseitige Hemiparese nach ischämischen Hirninfarkt, Diabetes mellitus und kompensierte Niereninsuffizienz. Beatmung, Vasopressoren. Innerhalb einiger Tage entwickelt sich eine Diuretika-refraktäre Oligurie.





**Lebenserhalt**

**Leidenslinderung**

1. Müssen alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, bis dass der Tod, z.B. in Form eines Hirntods, eintritt?
2. Ist eine Therapieeinschränkung nicht erlaubt, ist sie sogar geboten?
3. Und wenn ja, wie darf die Therapie begrenzt werden?

# Therapiereduktion: Sterbehilfe aus juristischer Sicht

---

- Sterbehilfe durch gezielte Therapie zur Tötung (**aktive Sterbehilfe, strafbar**)
- Sterbehilfe durch Therapieverzicht/-abbruch mit der daraus folgenden Lebensverkürzung (**passive Sterbehilfe, straffrei**)
- Sterbehilfe durch eine wirksame Therapie unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung
- Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung

# Frankfurter Allgemeine

ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

Samstag, 27. Oktober 2001, Nr. 250/43 D

Herausgegeben von Dieter Eckart, Jürgen Jaske, Berthold Kohler, Günther Nonnenmacher, Frank Schirrmacher

## Belgischer Senat billigt aktive Sterbehilfe

now. BRÜSSEL, 26. Oktober. Die belgische Gesetzesregelung zur aktiven Sterbehilfe hat mit der Billigung durch den Senat eine entscheidende Hürde genommen. Die Zustimmung der zweiten Parlamentskammer, des Abgeordnetenhauses, gilt als sicher; das lange Zeit kontrovers diskutierte Gesetz dürfte im kommenden Jahr rechtskräftig werden. Demnach werden Ärzte in Belgien künftig nicht mehr unter Strafe gestellt, wenn sie auf ausdrücklichen Wunsch eines unheilbar kranken und unter unerträglichen physischen oder seelischen Belastungen leidenden Menschen das Leben beenden. Unter bestimmten Umständen soll auch ein entsprechender schriftlich geäußertes Wille des Patienten ausreichen; Ärzte dürfen Sterbehilfe allerdings erst nach Rücksprache mit einem anderen Arzt, nach einer Frist von einem Monat sowie unter Aufsicht einer kontrollierenden Instanz stattgeben. Belgien wäre nach den Niederlanden das zweite EU-Land, das aktive Sterbehilfe zulässt. Im Juli hatte sich der belgische Staatsrat als oberste juristische Instanz des Landes positiv zu dem geplanten Gesetz ausgesprochen. Gegen die Regelung stimmten im Senat vor allem die oppositionellen Christlichen Demokraten. Der Senat billigte ferner einen weiteren Gesetzesentwurf, der den Anspruch unheilbar kranker Patienten auf eine menschenwürdige Sterbebegleitung stärken soll.

„Belgien wäre nach den Niederlanden das 2. EU-Land, das aktive Sterbehilfe zulässt“

~~"Sterbehilfe"  
(passive)~~

"Sterbenlassen"

# Wie darf die Therapie eingeschränkt werden? Wie aktiv ist passiv?

---

## aktive Sterbehilfe

vorzeitige Beendigung  
des natürlichen  
Krankheitsverlaufs

Maßnahme führt auch  
beim Gesunden  
zum Tod

## Sterbenlassen

keine sinnlose  
Verlängerung des  
Krankheitsverlaufs

Maßnahme führt nur  
beim Sterbenden  
zum Tod

↓                      ↓

Tod des Patienten

# Ist Sterbenlassen durch Therapieabbruch aktiver als durch Therapieverzicht?

---

Autoritäten  
Leitlinien  
Empfehlungen



theoretisch: kein Unterschied ! praktisch?



Recht  
Religion  
Medizinethik

# Glauben Sie, dass es einen Unterschied zwischen Verzicht auf eine bestimmte Therapie und Abbruch dieser Therapie gibt?

Antworten	<u>medizin.</u> Unterschied	<u>psycholog.</u> Unterschied	<u>ethischer</u> Unterschied	<u>legaler</u> Unterschied	<u>ökonom.</u> Unterschied	<u>praktischer</u> Unterschied
<u>Ja</u> , sicher oder wahrscheinlich	53	79	50	37	54	67
Ich bin sehr unsicher	3	4	10	28	4	8
<u>Nein</u> , sicher oder wahrscheinlich nicht	42	16	37	32	39	19
Fehlende Daten	2	1	2	3	2	6



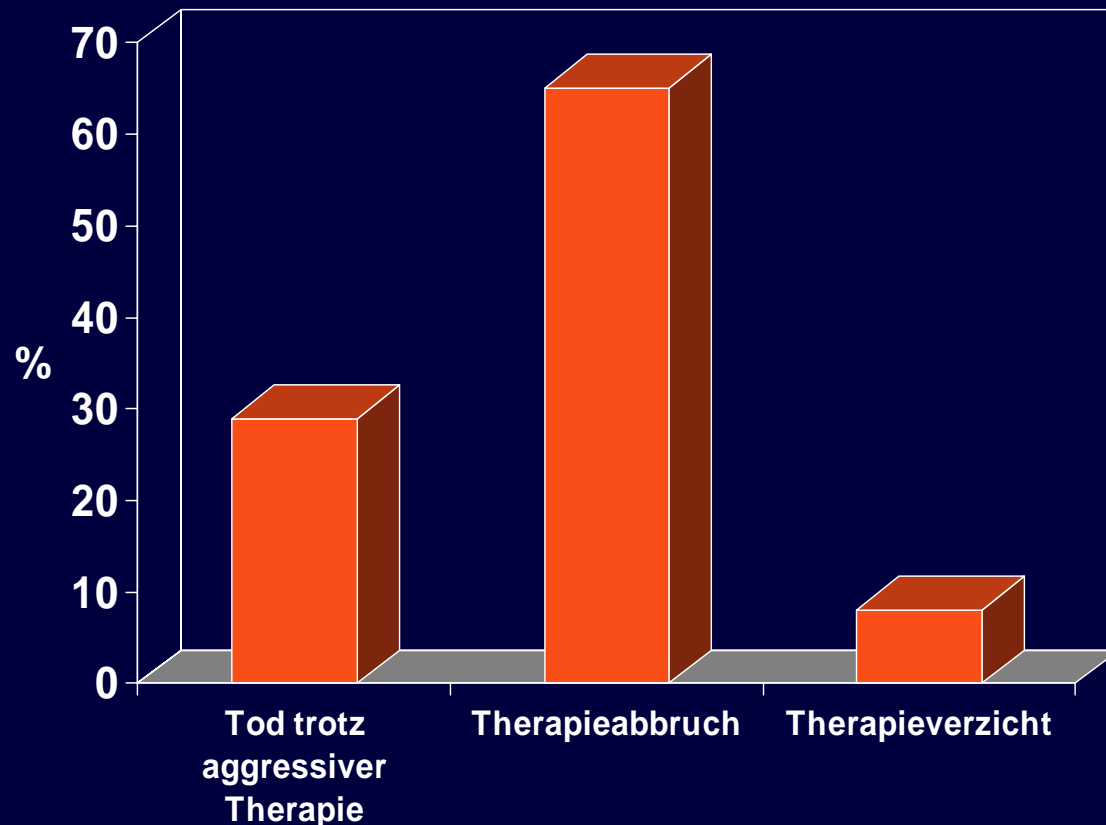
# Therapiereduktion in der intensivmedizinischen Praxis

---

- **Verzicht** auf Wiederbelebensmaßnahmen
- **Verzicht** auf
  - Steigerung der Beatmungsaggressivität
  - Steigerung der Vasopressorengabe
  - Einsatz einer Hämodialyse
- **Abbruch** einer
  - Hämodialyse
  - Vasopressorengabe
  - Beatmung
  - extrakorporalen Oxygenation/Zirkulation

# Therapiereduktion in der intensivmedizinischen Praxis

Kanada; 6 Lehrkrankenhäuser, 6 Städt. Kliniken; 452 Fälle 1995



Bei **bis zu 70%** der auf Intensivstationen Versterbenden geht dem Tod ein Therapieabbruch oder ein Therapieverzicht voraus.

# Therapieeverzicht und Therapiereduktion in der intensivmedizinischen Praxis

---

## Withholding and withdrawal of life support in ICUs in France

- prospektive Untersuchung, 2 Monate
- 113 von 220 registrierten IS
- 7.309 Patienten
- 1.175 Todesfälle (16,5%)
- Bei 628 von 1.175 (53%) Todesfällen vorher Entscheidung zur Therapieeinschränkung

# Warum ist die Therapiereduktion so häufig?

---

- Die medizinischen Möglichkeiten haben das, was gemeinhin als sinnvoll angesehen wird, längst weit hinter sich gelassen!

- Für den Arzt gilt bis zum Todeszeitpunkt, das Leben (Sterben) eines jeden Menschen prinzipiell zu verlängern.
- Um welchen Preis, und ob das sinnvoll ist, das ist die entscheidende Frage.



# Paradigmenwechsel beim Sterben

---

Ars moriendi



Kunst der Lebensrettung  
Kunst der Therapiereduktion

# EXKURS: Tod und Sterben

---

- Der Tod ist aus medizinischer Sicht ein Vorgang.
- Der **Todeszeitpunkt** bestimmt den „**point of no return**“.
- Vom Sterben kann nur retrospektiv gesprochen werden.
- Auf der Intensivstation geht dem Tod in den meisten Fällen eine Entscheidung, das Sterben (und den Tod) zuzulassen, voraus.
- Erst dann kann man eigentlich vom Sterben sprechen.

# Fragen beim "Sterbenlassen"

---

- Wie "hoffnungslos"? ist die Situation wirklich. Prognose?
- Wer entscheidet?
- Wie darf die Therapie eingeschränkt werden? aktiv vs. passiv; Abbruch vs. Verzicht?



# Die Rolle der Prognose

---

"Medicine is the science of **uncertainty** and  
art of **probability**"  
(Osler 1892)

„Wahrheiten des Arztes sind **Wahrscheinlichkeiten**,  
und fast jede Entscheidung in der Medizin  
ist eine Entscheidung unter **Risiko**“  
(Rudolf Gross 1998)

# Die Rolle der Prognose

---

wahrscheinlich

möglich

**Keine 100%ige Sicherheit**

gewiss

aussichtslos

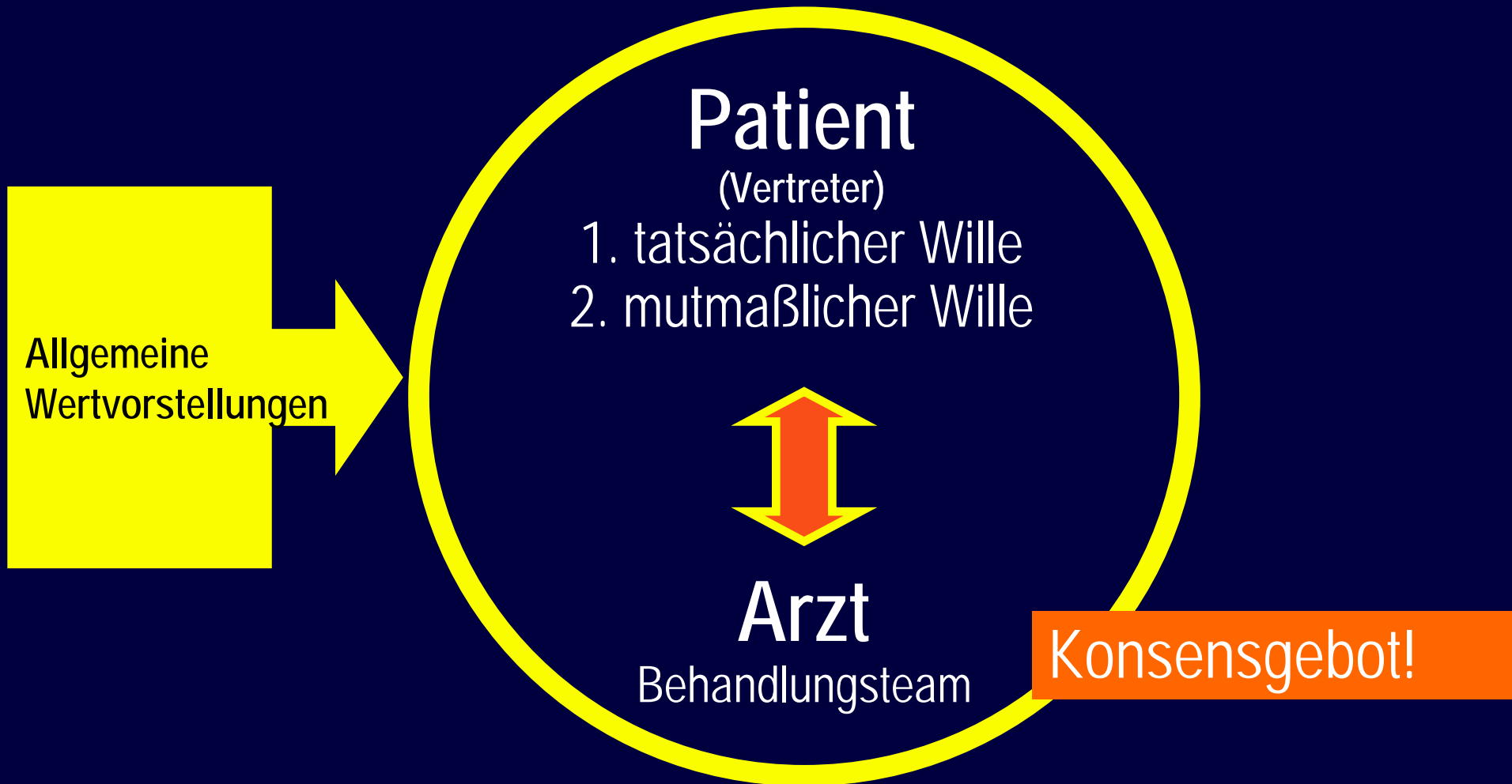
hoch

Überlebenswahrscheinlichkeit

niedrig

# Wertentscheidungen - Wer entscheidet? -

---



# Die Rolle der Prognose

---

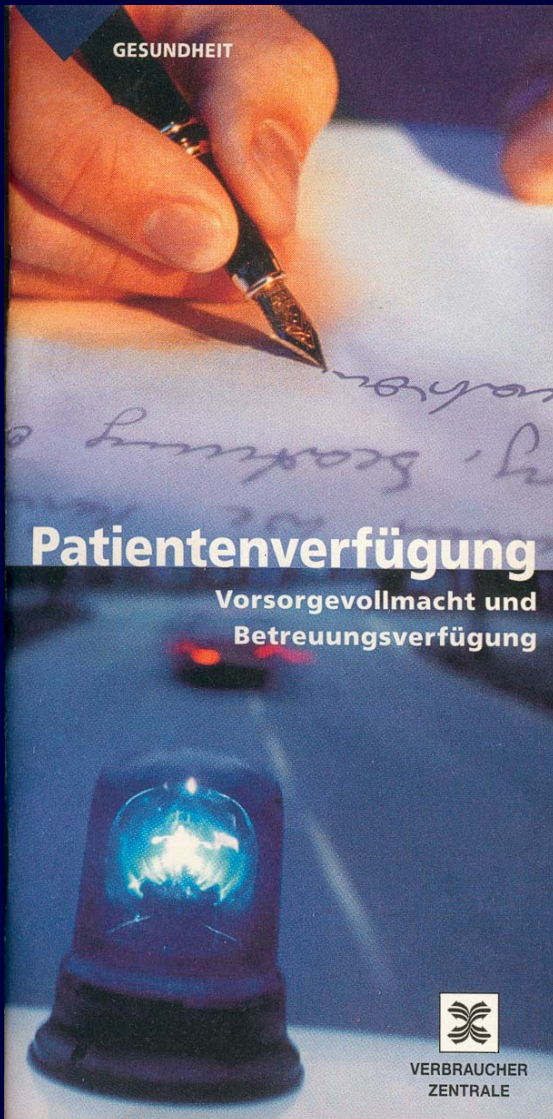
~~sinnlose Therapie~~

nicht ratsam

(Wertentscheidung)

**Wer trifft diese Werturteile beim nicht entscheidungsfähigen Patienten?**

# Patientenverfügungen: Warum?



- Angst, der Medizintechnik hilflos ausgeliefert zu sein.
- Wunsch nach einem würdigen Tod.
- Mangelndes Vertrauen in die Ärzte?

# Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung - Patientenverfügungen -

---

„Patientenverfügungen ... sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.“

„Patientenverfügungen sind *verbindlich*,...“

„...sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen...“

„...und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde.“

Dt Ärztbl 1998:A2366-7

# Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung - Patientenverfügungen -

---

„Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung... auch für die aktuelle Situation gelten soll.“

„Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, dass solche Willenserklärungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst.“

„Bei einer Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu.“

Dt Ärztbl 1998:A2366-7



# Probleme mit der Patientenverfügung

---

- **Antizipationsproblem**

Konnte sich der Patient zum Zeitpunkt der Niederschrift die Situation, in der er sich befindet überhaupt vorstellen?

- **Meinungswechsel**

Stimmt der früher niedergeschriebene Wille noch mit dem aktuellen Willen überein?

# Begriffserläuterung

---

- **Bevollmächtigter**
  - Person, die der Betroffene durch eine Vorsorgevollmacht ausdrücklich und schriftlich dazu ermächtigt hat, auch Entscheidungen über die Durchführung oder die Unterlassung besonders gefährlicher oder lebenserhaltender Maßnahmen zu treffen
- **Betreuer**
  - Wird durch staatliche Akt durch das Vormundschaftsgericht bestellt

Doku **DOKU3**

# Vorsorgevollmacht für ärztliche Eingriffe

Für den Vollmachtgeber / Patienten

**Bitte Patienteninformation  
auf der Rückseite lesen!**

## Angaben zu meiner Person:

\_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und in Kenntnis der Bedeutung der Vorsorgevollmacht erkläre ich:  
Für den Fall, daß ich infolge Erkrankung, Verletzung oder geistiger Behinderung nicht imstande bin, eine eigene  
Entscheidung zu treffen, bevollmächtige ich Frau/Herrn

\_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon am Arbeitsplatz

\_\_\_\_\_  
Telefax

# Patientenverfügung

# Verbindlichkeit gestärkt



# BGH-Leitsatz

---

Einwilligungsunfähiger Patient

+

irreversibler tödlicher Verlauf des Grundleidens

+

diesbezügliche Verfügung

→

lebenserhaltende Maßnahmen müssen unterbleiben

XII Senat BGH, 17. März 2003  
AZ: XII ZB 2/03

# Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt

---

Der BGH bestätigt zum zweiten Mal höchstrichterlich die inzwischen herrschende Meinung, wonach die Patientenverfügung als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, sei sie schriftlich oder mündlich, rechtlich verbindlich ist.

XII Senat BGH, 17. März 2003  
AZ: XII ZB 2/03

# Festlegung des Therapieausmaßes

- XII Senat BGH, 17. März 2003 AZ: XII ZB 2/03 -

---

- „Der Arzt kann Maßnahmen verweigern, für die es keine **medizinische Indikation** gibt.“
- „Die medizinische Indikation begrenzt insofern den ärztlichen Heilauftrag“

XII Senat BGH, 17. März 2003  
AZ: XII ZB 2/03

# Indikationsstellung als Verantwortung und Chance!

- Der Grenzbereich zwischen Leben und Tod entzieht sich weitgehend der Bestimmbarkeit. Er ist rationalen Überlegungen nicht zugänglich und grundsätzlich nicht regelbar. Dies gilt auch bei bewusstlosen Patienten.
- Die Verantwortung für die durchgeführte Therapie trägt der behandelnde Arzt. Der gute Arzt wird dabei den (mutmaßlichen) Willen des Patienten berücksichtigen. Ein gewisser Entscheidungsspielraum ist aber unverzichtbar.
- Die medizinische Indikationsstellung ist das Instrument, mit dem der Arzt über Wert und Unwert einer bestimmten medizinischen Maßnahme im konkreten Falle entscheidet.



# BGH-Beschluss vom 08.06.2005 Az: XII ZR 177/03

---

1. Eine mit Hilfe einer Magensonde durchgeführte künstliche Ernährung ist ein Eingriff in die körperliche Integrität und bedarf deswegen der Einwilligung des Patienten.
2. Eine gegen den erklärten oder mutmaßlichen Willen eines Patienten durchgeführte künstliche Ernährung ist eine rechtswidrige Handlung, gegen die der Patient oder sein Vertreter klagen kann, auch wenn die Einstellung dieser Behandlung zum Tode führt.
3. Eine eigene Entscheidung über die Rechtmäßigkeiten einer Einstellung der künstlichen Ernährung stand den Pflegenden nicht zu, wie für jeden anderen Dritten auch bestand aber für die Pflegenden die Möglichkeit beim Vormundschaftsgericht eine Überprüfung des Betreuerhandelns zu beantragen.

# BGH-Beschluss vom 08.06.2005 Az: XII ZR 177/03

---

4. Der Abbruch einer Behandlung bei einem einwilligungsunfähigen Patienten muss nur dann vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden, wenn zwischen dem Betreuer und dem behandelnden Arzt Dissens über den Therapieabbruch besteht, nicht aber bei Dissens mit dem Pflegenden
5. Die eigene Gewissensfreiheit verleiht dem Pflegepersonal kein Recht, sich durch aktives Handeln (Zuführen von Sondenkost) über das Selbstbestimmungsrecht des durch seinen Betreuer vertretenen Patienten hinwegzusetzen. Damit besaß das Pflegepersonal kein Recht, die Anordnungen des behandelnden Arztes zu verweigern.
6. Ein abgeschlossener Heimvertrag rechtfertigt keine Ablehnung der passiven Sterbehilfe.

# Patientenverfügungen und Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen

Der Patientenwille, die Autonomie des Patienten steht über der Behandlungspflicht des Arztes, und ist damit höher einzustufen als der Grundsatz ärztlichen Handelns; *Salus aegroti suprema lex*. Dies hat auch die neue Entscheidung des BGH vom 08.06.2005 noch einmal klar gemacht.

Ungeachtet aller sonstigen juristischen Rückendeckung für unsere Entscheidungen ist für uns Ärzte, wenn es um Entscheidungen der hier diskutierten Art geht, eine qualifizierte Patientenverfügung äußerst hilfreich. Auch aus diesem Grund lohnt es sich, in der Bevölkerung verstärkt für die Patientenverfügung zu werben.

## Die Intensivstation

Ein Wegbegleiter für Angehörige

