

**Vortrag im Rahmen des Hospizabends
des Sögeler Hospiz e.V., 28.04.2015**



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN AM LEBENSENDE

Dr. Klaus Klother – Ethik in Medizin und Pflege

Not sehen und handeln.
C a r i t a s 

Agenda



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- 1. Rechtliche und ethische Grundlagen**
- 2. Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
- 3. Aktuelle „Sterbehilfe“-Debatte**
- 4. Aussicht: Wie könnten Folgen oder Lösungen nach der aktuellen Debatte aussehen?**

Agenda



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- 1. Rechtliche und ethische Grundlagen**
- 2. Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
- 3. Aktuelle „Sterbehilfe“-Debatte**
- 4. Aussicht: Wie könnten Folgen oder Lösungen nach der aktuellen Debatte aussehen?**

Ausgangssituation: Medizinische Möglichkeiten und menschliche Sorgen



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

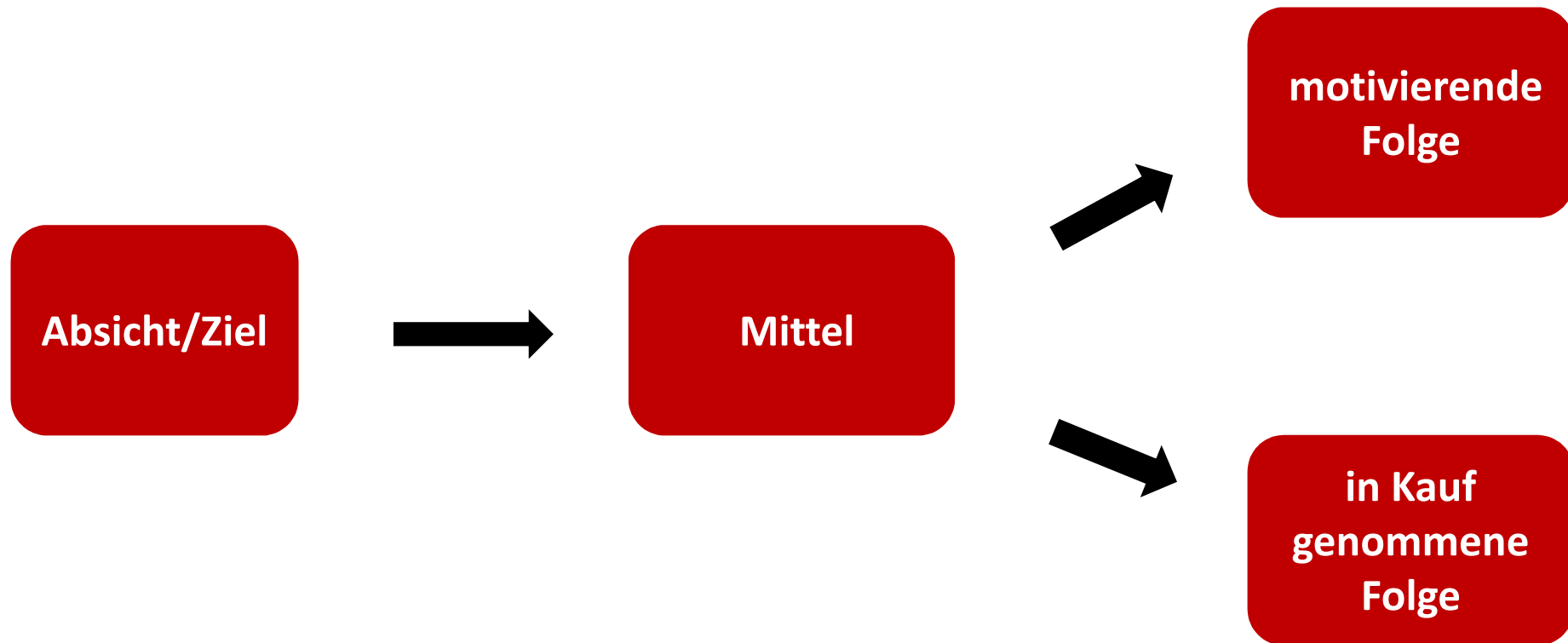


Dr. Klaus Klother – Ethik in Medizin und Pflege

Ethische Bewertung von Handlungen



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.



Das Wohl des Patienten und die Pflicht zur Lebenserhaltung



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- rechtliche Legitimation ärztlichen Handelns
 - Patientenwohl vs. Patientenwille
 - Informierte Zustimmung des Patienten (informed consent)
 - Recht auf Ablehnung von Therapie/Behandlung
- keine Pflicht zur Maximaltherapie ohne Aussicht auf Erfolg/Heilung
 - Unerreichbarkeit des Behandlungsziels
 - Aussicht auf Heilung

Beispiel: künstliche Beatmung



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- i.d.R. keine dauerhafte Lösung sondern vorübergehende Maßnahme zur Abwendung akuter Lebensgefahr
- nicht mit Ziel der Erhaltung des gegenwärtigen Zustandes, sondern für bessere Voraussetzungen eines künftigen Lebensvollzugs
- Krankheit und Sterbeprozess zulassen anstatt zu behindern
- Ethik vs. Psychologie
- kein Erlöschen des ärztlichen Behandlungsauftrages!

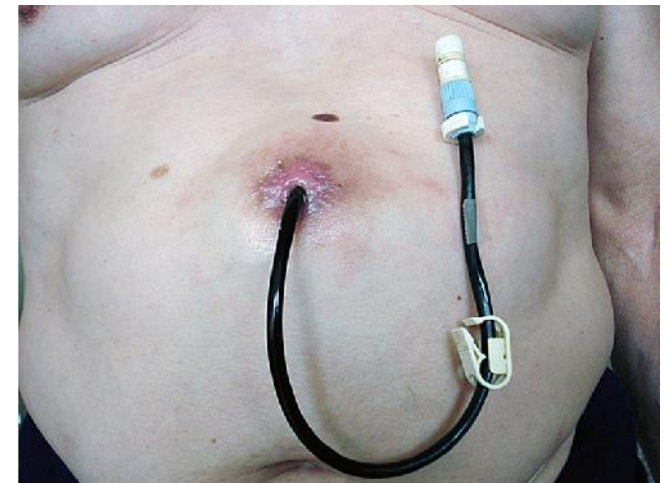


Beispiel: künstliche Ernährung/Hydrierung



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- **Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen:**
 - verschiedenen Patientengruppen
 - künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr
 - oraler Ernährung durch Füttern, Sondenernährung und intravenöser Ernährung
- **Überprüfung des einzelnen Patienten**
 - Art der Erkrankung, Aussicht auf Besserung, körperlicher und seelischer Gesamtzustand
 - Welches Ziel soll erreicht werden?
 - personaler Lebensvollzug unter Anteilnahme am Leben seiner Umgebung?
- **Verhungern?**
 - *Hungriger (der nach Nahrung verlangt) vs. Patient (im Terminalstadium) ohne Hungergefühle*



Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- Tod als Folge von Handeln bzw. Unterlassen

ABER:

- Unterschied bei Intention
- Unterschied bei kausaler Rolle des Arztes
(notwendige vs. hinreichende Bedingung des Todes)

Patientengeschichte: Todeswunsch bei ALS



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Eine 43-jährige Patientin leidet seit drei Jahren an amyotropher Lateralsklerose. Die Patientin ist gelähmt, sitzt im Rollstuhl, kann nicht mehr essen und nur mithilfe eines Sprachcomputers kommunizieren.

Wegen einer Ausweitung der Lähmung wird die Patientin stationär aufgenommen und künstlich beatmet. Aus Angst, qualvoll zu ersticken, bittet die Patientin den behandelnden Arzt, ihr zu helfen: Sie habe im Internet gelesen, dass eine entsprechende hochdosierte Kaliumchlorid-Injektion ihr Leiden rasch beenden könnte.

Agenda



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- 1. Rechtliche und ethische Grundlagen**
- 2. Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
- 3. Aktuelle „Sterbehilfe“-Debatte**
- 4. Aussicht: Wie könnten Folgen oder Lösungen nach der aktuellen Debatte aussehen?**

Sterbehilfe – begriffliche, rechtliche und ethische Unterscheidungen



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

aktiv (Tötung auf Verlangen)

- aktives Tun mit Ziel der Tötung
- in Deutschland verboten (cf. Belgien, Niederlande)
- ethisch umstritten

passiv (Behandlungsabbruch, Therapiezieländerung)

- passives Verhalten gegenüber der Krankheit
- aktives Zurückfahren der Behandlung mit Ziel des Sterbenlassens
- in Deutschland erlaubt
- ethisch zulässig

indirekt (Schmerztherapie)

- passives Verhalten gegenüber der Krankheit
- Behandlung mit Ziel der Schmerzfreiheit unter Inkaufnahme des Todes
- in Deutschland erlaubt
- ethisch zulässig

Palliative Sedierung als Variante passiver Sterbehilfe



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Def.: Einsatz sedierend wirkender Medikamente mit dem Ziel, durch eine Bewusstseinsminderung unerträgliches Leiden bei sonst therapierefraktären Symptomen zu lindern. (H. Christof Müller-Busch)

Situativ steuer- und kontrollierbare Therapieoption zur Symptomkontrolle (vs. den Tod des Patienten intendierendes Verfahren)

Medizinische Indikation: Leiden kann nicht durch andere palliativmedizinischen Maßnahmen zufriedenstellend gelindert werden (bzw. diese Maßnahmen sind nicht zumutbar).

Fragen: Beschränkung auf Sterbephase? Beschleunigung des Todeseintritts?

Patientengeschichte: Behandlungsabbruch?



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Frau B. (69) erkrankte vor 6 Monaten am Guillain-Barré-Syndrom. Im Verlauf von GBS treten Lähmungen im gesamten Körper auf. Frau B. wurde in einer Spezialklinik behandelt und nach einem Aufenthalt von ca. 7 Wochen, in denen ausgedehnte Lähmungen über den ganzen Körper auftraten und bestehen blieben, in die neurologische Frühreha eines Krankenhauses verlegt. Der typische Krankheitsverlauf hätte einen langsamen Rückgang der Lähmungen erwarten lassen. Anstatt einer Verbesserung war ein anhaltendes Voranschreiten der Krankheit zu verzeichnen.

Die Patientin wurde bei Aufnahme künstlich beatmet, ernährt und hydriert und hatte Schluckstörungen. Sie war am ganzen Körper gelähmt und konnte sich nur durch Augenschließen und schwache Kopfbewegungen äußern. Nach 6 Wochen Aufenthalt trat eine akute Verschlechterung ein, in deren Folge Frau B. vollständig gelähmt war, einschließlich der Augen- und Gesichtsmuskeln. Empfinden von Schmerzen und Unwohlsein jeglicher Art konnten nicht ausgeschlossen werden.

Wegen des langen und negativen Verlaufs der Erkrankung prognostizieren die Ärzte keinerlei Verbesserungen. Frau B. kann mit intensivmedizinischer Versorgung noch Monate leben, in einer Pflegeeinrichtung würde die nächste Komplikation zum Tode führen. Es liegt keine Patientenverfügung vor. Die vorbehandelnden Kollegen berichten, dass Frau B. im Falle eines Herzstillstandes keine Reanimation gewollt habe. Darüber hinaus habe man zu dem Zeitpunkt nicht über einen möglichen Therapieabbruch gesprochen und Frau B. hatte keine weiteren Verfügungen getroffen.

Motive für Suizidbeihilfe



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- **Aktuell erlebte Schmerzen und Leiden**
- **Angst vor der Zukunft**
 - Belastung für Umfeld
 - zukünftige Schmerzen und Leiden
 - Verlust von Würde und Einschränkung
 - Kontrollverlust
 - Abhängigkeit
- **Gesprächsbedarf vs. Gesprächsbereitschaft der Betroffenen (Patienten, Angehörige, Behandelnde)**

Moralische Bewertung von Suizid und Suizidbeihilfe



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- letzte Verantwortung für Geschehen liegt beim Patienten (anders: Tötung auf Verlangen)
- Mitwirkung des „Suizidhelfers“ (Arzt) dennoch zentral (notwendige Bedingung)
- Motiv-Übereinstimmung bei Suizident und Suizidhelfer (cf. Tötung auf Verlangen)
- Katholische Kirche verurteilt den Suizid, nicht jedoch den Suizidenten

Patientengeschichte: Todeswunsch auf Palliativstation



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Ein 51-jähriger Patient mit metastasierendem Darmkrebs im finalen Stadium wird auf der Palliativstation eines Krankenhauses gepflegt. Die Behandlung seiner Schmerzen ist erfolgreich. Aufgrund einer Stuhlinkontinenz wurde ein externer Darm-Ausgang gelegt.

Der Patient war vor seiner Erkrankung selbständiger Unternehmer, der sein Leben nach eigener Aussage „alleinstehend und frei voll im Griff“ hatte. Den derzeitigen Zustand der Abhängigkeit und des Kontrollverlustes über seinen Körper und sein gesamtes Leben empfindet er als enorme Belastung.

Er bittet seinen behandelnden Arzt, ihm ein Medikament oder etwa ein Schmerzmittel zu besorgen, mit dem er selbst den Zeitpunkt seines Todes bestimmen könnte. Damit könnte er den jetzigen, aus seiner Sicht unwürdigen Zustand, selbständig beenden.

Agenda



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- 1. Rechtliche und ethische Grundlagen**
- 2. Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
- 3. Aktuelle „Sterbehilfe“-Debatte**
- 4. Aussicht: Wie könnten Folgen oder Lösungen nach der aktuellen Debatte aussehen?**

Rechtliche Ausgangslage



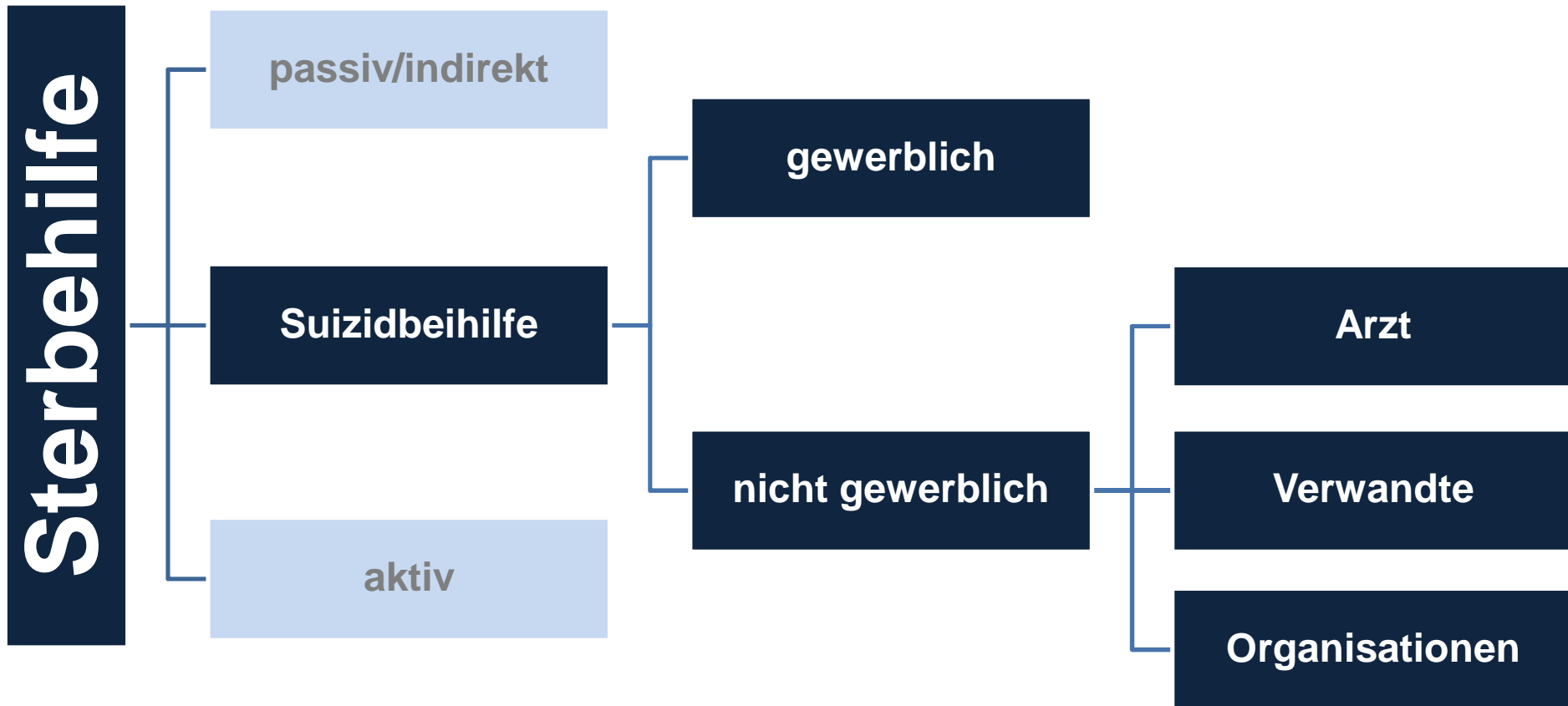
Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- Suizid und Suizidbeihilfe in Deutschland nicht strafbar (anders: Österreich)
- Hilfeleistungspflicht des Arztes und Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes juristisch umstritten
- Ärztliches Standesrecht: Änderung des § 16 MBO durch Bundesärztekammer 2011
- Recht auf Sanktionierung der LÄK (keine Pflicht!)

Aktuell in der Debatte umstritten



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.



Vorschläge zur Orientierungsdebatte im Bundestag



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- **Verbot der organisierten Sterbehilfe (Gröhe)**
- **Strafbarkeit regelmäßiger Angebote der Suizidbeihilfe** durch Organisationen und Einzelpersonen (Brand, CDU)
- **Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe im Zivilrecht** unter bestimmten Bedingungen (Hintze, Reimann u.a.)
- **Verzicht auf Regelung**, Strafbarkeit von organisierter Förderung und Unterstützung des Suizids (Högl und Griese, SPD, ähnlich Scharfenberg und Terpe, Grüne)
- **Zulassung von Sterbehilfevereinen** (Künast, Grüne)

Gesetzliche Regelung des assistierten Suizids für Angehörige, Nahestehende und Ärzte (Borasio, Jox, Taupitz, Wiesing)



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

StGB:

- Generelles Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung (Ausnahme: Angehörige und nahestehende Personen)
- Ärzte handeln nicht rechtswidrig **freiverantwortlichem** Suizidwunsch
 - freiwillig
 - begrenzte Lebenserwartung aufgrund unheilbarer Krankheit
 - Aufklärung über Suizidbeihilfe und Alternativen
 - Zweitmeinung
 - andauernder Wunsch
- Werbung für Suizidbeihilfe verboten (Ausnahme: Vermittlung von entsprechenden Ärzten, Krankenhäusern oder Einrichtungen)

BtMG:

- Verschreibung und Verschaffung z.B. von (Natrium-) Pentobarbital auch außerhalb „ärztlicher Behandlung“ legal (bzw. Ausweitung des Begriffes von „ärztlicher Behandlung“)

Allensbach-Umfrage „Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft“ (Juli 2010)



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- 75 % der Ärzte halten den Wunsch nach ärztlicher Suizidbeihilfe für eine Ausnahme
- jeder dritte Arzt ist schon um Beihilfe gebeten worden (davon die allermeisten von den Patienten selbst)
- knapp 70 % aller Ärzte haben Verständnis für den Wunsch
- 62 % der Ärzte lehnen eine gesetzliche Regelung (Legalisierung) ab
- nach Ansicht der überwiegenden Mehrheit verringert der Ausbau palliativmedizinischer Angebote den Wunsch

Agenda



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- 1. Rechtliche und ethische Grundlagen**
- 2. Begriffliche Unterschiede zur Sterbehilfe**
- 3. Aktuelle „Sterbehilfe“-Debatte**
- 4. Aussicht: Wie könnten Folgen oder Lösungen nach der aktuellen Debatte aussehen?**

Ausblick



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

- ärztliches Selbstverständnis
- mögliche Signalwirkung der Gesellschaft für alte und kranke Menschen
- Suizid als „Normalfall“
- Einzelfall vs. Regel
- Ausbau von Alternativen
- Staatsanwaltschaft auf der Palliativstation (F.-U. Montgomery)
- konsequente Anwendung der vorhandenen Möglichkeiten von passiver und indirekter Sterbehilfe

Patientengeschichte I



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Eine alleinstehende Frau (85) kommt durch einen Wohnungsbrand zu Schaden. Der Notarzt intubiert die Verunfallte und beatmet sie. Die erste Diagnose im Krankenhaus ergibt eine 80%ige Verbrennung zweiten und dritten Grades. Nach Konsultation eines Verbrennungszentrums wird auf eine Verlegung verzichtet, da ein solches Verletzungsmuster mit absoluter Sicherheit nicht überlebt werden kann.

Die Patientin erhält intravenös Flüssigkeit, eine Kreislauftherapie und Anästhetika zur Ausschaltung von Schmerzen und Bewusstsein. Sie wird auf die Intensivstation verlegt und dort weiterbehandelt, u.a. auch maschinell beatmet. Die Weiterbehandlung wird auf die Gabe von Anästhetika sowie die Beatmung reduziert. Letzteres ist auch notwendig, da die Verunfallte ansonsten, bedingt durch die gegebenen Anästhetika, ohne Eigenatmung unverzüglich „ersticken“ würde.

Die benachrichtigten Kinder legen eine Patientenverfügung sowie eine Vorsorgevollmacht vor. Eine der Töchter ist Vorsorgebevollmächtigte. In der Patientenverfügung wird verfügt, dass in einem Krankheitsfall ohne Aussicht auf Heilung eine künstliche bzw. mechanische Beatmung unterbleiben soll. Ebenso sollen alle nötigen Schritte zur Vermeidung von Schmerzen und Leiden unternommen werden, auch auf die Gefahr hin, dass durch die Schmerzmedikation der Tod eintritt. Der behandelnde Arzt lehnt dies jedoch mit der Begründung ab, sich nicht an aktiver Sterbehilfe beteiligen zu dürfen und zu wollen.

Patientengeschichte II



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Frau Müller (67 Jahre) ist an amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankt. Sie ist vom Hals an abwärts gelähmt. Die eigene Atmung ist komplett ausgefallen, daneben sind auch Schluck- und Sprechapparat gelähmt. Über ein transportables Beatmungsgerät wird sie kontrolliert beatmet. Sie hat gelernt, durch die Modulation des Beatmungsdruckes zu schlucken und zu sprechen.

Frau Müller lebt allein im eigenen Haushalt und ist rund um die Uhr auf Pflege durch fremde Hilfskräfte angewiesen. Frau Müller ist verwitwet und hat mehrere Kinder, zu welchen sie einen guten Kontakt pflegt.

Nach einem weiteren Aufsteigen der Lähmung im Bereich des Kehlkopfes und damit verbundenen Schwierigkeiten beim Schlucken und Atmen wurde Frau Müller stationär aufgenommen. Auf Station äußert sie den Wunsch, in Frieden und Würde zu sterben. Sie empfindet ihre Lebenssituation als belastend. Daher wünscht sie das Abschalten ihres Beatmungsgerätes. Jedoch hat Frau Müller große Angst vor einem Erstickungstod. Daher bittet sie den behandelnden Arzt um eine Sedierung. Aus Angst vor illegaler Sterbe- oder Suizidbeihilfe weigert sich dieser jedoch, ihrem Wunsch nachzukommen.