



Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.

Medizinethik am Lebensende

Dr. Jürgen Herbers
Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Ernährungsmedizin, Sportmedizin,
Sozialmedizin, NHV
Pleidelsheim
Gran Canaria, 17.02-21.02.2020 (Ort der Fortbildung)

Wertevielfalt

- individuelle Sozialisation ⇒ individuelle Moral
- Moral ist zeitabhängig:
verschiedene Altersgruppen ⇒ unterschiedliche Urteile
- Herkunft aus unterschiedlichen Kulturen
⇒ unterschiedliche Werte
- Religionszugehörigkeit ⇒ Menschenbild
- persönliche Erfahrungen ⇒ eigenes Urteil
- Nähe / Distanz zum Patienten ⇒ Grad der Betroffenheit
- Berufsgruppenzugehörigkeit ⇒ verschiedene Ziele

*„Moderne Gesellschaften können sich im Gegensatz zu vormodernen
nicht länger
auf ein homogenes Welt-, Gesellschafts- und Menschenbild beziehen!“*

Axel Bohmeyer: Ethische Deliberationsprozesse in der Organisation Krankenhaus - soziologische, moralpädagogische und bildungstheoretische Zugänge, in: Th.Krobath, A.Heller (Hg): Ethik organisieren, Freiburg 2010, S.790

Hindernisse ethischer Besprechung

- Mangelnder Mut, eigene Hilflosigkeit zu zeigen
„Fragen stellen heißt Schwäche zeigen.“
- Jeder hat moralische Kompetenz,
viele verwechseln das mit ethischer Analyse
„Weil ich selbst ein Herz habe, brauche ich keinen Kardiologen.“
„Was Ethik ist, bestimme ich!“
- Auf Ethik wird nur gepocht,
um andere moralisch unter Druck zu setzen
„Sie wollen schon nach Hause gehen?“
Denken Sie nicht an die Patienten, die noch versorgt werden müssen?“
- Angst vor Einmischung in die Therapie
„Ich bin der behandelnde Arzt.“
- Angst vor Kritik
„Ich hoffe, Sie mischen sich nicht in meinen Praxisablauf ein!“
Da haben wir schon mit der KV genug Ärger.“



Medizinethische Prinzipien

Nach Beauchamp u. Childress

- Prinzip des Wohltuns / Nutzens
 - Wohlergehen des Patienten fördern: Lebenszeit & -qualität
- Prinzip des Nichtschadens
 - Dem Patienten keinen (möglichst geringen) Schaden zufügen
- Respekt der Autonomie
 - Selbstbestimmung des Patienten respektieren und fördern
„informed consent“: Aufklärung + Einwilligung
- Gerechtigkeit
 - Bedürfnisse Dritter
Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen



Aktuelle ernährungsmedizinische Empfehlung

→ Unterstützung der Nahrungszufuhr **zu Beginn**

- Einer schweren Erkrankung
- Einer belastenden Therapie (z.B. Chemotherapie)

→ Jeden Tag neu überlegen

- Nutzt die Therapie noch
- Schadet die Therapie



Möglichkeiten der Ernährungstherapie

→ Enterale Therapie

- „natürliche“ Nahrungszufuhr
- Nasensonde
- PEG-Sonde

→ Parenterale Therapie

- Port



Indikation für PEG

- Neurologische Erkrankungen mit Schluckstörung
- Engstellen in der Speiseröhre
- Folgen einer intensiven Therapie
- Ablauf-PEG (Ileus)



Keine Indikation für PEG

- Langsames Schlucken
- Fehlender Hunger
- Tumorkachexie
- Rasches Fortschreiten einer zum Tode führenden Erkrankung



Kontraindikation für PEG

- Fehlendes Einverständnis
- Gerinnungsstörung
- Peritonitis
- Ascites
- Magenkarzinom
- Demenz im fortgeschrittenen Stadium



Flüssigkeitsmangel

Nachteile

- Wundliegen
- Muskelkrämpfe
- Verstopfung
- Bewusstseinsstörung
- Verwirrtheit
- Belastend für Angehörige

Vorteile

- Weniger Erbrechen
- Weniger Schleim
- Weniger Ödem
- Nierenschwäche mit Schläfrigkeit
- Weniger Inkontinenz
- Geringeres Luftnotrisiko



Wer sollte bei der Fallbesprechung anwesend sein

- Patient (soweit kommunikationsfähig)
- Angehörige
- Alle beteiligten Ärzte
- Vertreter des Pflegeteams
- Evtl. Seelsorger
- Evtl. Sozialarbeiter
- MODERATOR



Nimwegener Methode 1

Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung

1. Problem

Wie lautet das ethische Problem?

2. Fakten

Medizinische Gesichtspunkte:

- Wie lautet die Diagnose des Patienten und wie ist die Prognose?
- Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden?
- Hat diese Behandlung einen günstigen Effekt auf die Prognose? In welchem Maße?
- Wie ist die Prognose, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird?
- Welche Erfolgsaussicht hat die Behandlung?
- Kann die Behandlung dem Patienten gesundheitlich schaden?
- Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander?

Pflegerische Gesichtspunkte:

- Wie ist die pflegerische Situation des Patienten zu beschreiben?
- Welcher Pflegeplan wird vorgeschlagen?



- Inwieweit kann der Patient sich selbst versorgen? (Ist zusätzliche Unterstützung von außen verfügbar?)
- Welche Vereinbarungen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?

Weltanschauliche und soziale Dimension:

- Was ist über die Weltanschauung des Patienten bekannt?
- Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?
- Wie sieht er selbst seine Krankheit?
- Wie prägt die Weltanschauung des Patienten seine Einstellung gegenüber seiner Krankheit?
- Hat er ein Bedürfnis nach seelsorgerischer Begleitung?
- Wie sieht das soziale Umfeld des Patienten aus?
- Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf seine Angehörigen, seinen Lebensstil und seine soziale Position aus?
- Übersteigen diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seiner Umgebung?
- Wie können persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten gefördert werden?

Organisatorische Dimension:

Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden?

3. Bewertung

Wohlbefinden des Patienten:

Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden des Patienten aus (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Verkürzung des Lebens, Angst etc.)?

Autonomie des Patienten:

- Wurde der Patient umfassend informiert und hat er seine Situation verstanden?
- Wie sieht der Patient selbst seine Krankheit?
- Wurde der Patient bis dato ausreichend an der Beschlussfassung beteiligt?
- Wie urteilt er über die Belastungen und den Nutzen der Behandlung?
- Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant?

- Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernden Maßnahmen und Intensivtherapie?
- Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen?

Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden:

- Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Betreuenden, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll?
- Kann dieser Konflikt gelöst werden durch die Auswahl einer bestimmten Versorgung?
- Gab es genügend gemeinsame Beratung unter Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden?
- Sind ihre Verantwortlichkeiten deutlich genug abgegrenzt worden?
- Wie wird mit vertraulichen Informationen umgegangen (Vertraulichkeit)?
- Ist der Patient der Wahrheit entsprechend über seine Situation in Kenntnis gesetzt worden (Aufrichtigkeit)?
- Gibt es im Team Spannungen angesichts des Falles (Kollegialität)?
- Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere Patienten zu verantworten (Gerechtigkeit)?
- Müssen Interessen Dritter mitberücksichtigt werden?
- Welches sind die relevanten Leitlinien der Einrichtung?

4. Beschlussfassung

- Wie lautet nun das ethische Problem?
- Sind wichtige Fakten unbekannt? Kann dennoch ein verantwortlicher Beschluss gefasst werden?
- Kann das Problem in Formulierungen miteinander im Konflikt stehender Werte übersetzt werden?
- Gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma? Welche Handlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten des Patienten?
- Welche weiteren Argumente spielen bei der Entscheidung eine Rolle?
- Welche Handlungsweise verdient den Vorzug auf der Basis der genannten Argumente (Behandlung, Änderung der Pflege, Konsultation, Überweisung, Abwarten etc.)?
- Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Betroffenen ein? Welche Fragen bleiben unbeantwortet?

Nimwegen 3

- In welchen Fällen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden?

Wie kann man die Entscheidung und die Auswertung zusammenfassen?

Besondere Situationen

Patienten ohne eigene Willensfähigkeit:

- Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?
- In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig?
- Wird die Willensunfähigkeit als zeitlich begrenzt oder dauerhaft angesehen?
- Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der Willensfähigkeit?
- Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen so lange aufgeschoben werden?
- Was weiß man über die Werte des Patienten?
- Gibt es einen guten Vertreter der Interessen des Patienten?

Kinder:

- Wurde dem Kind ausreichend Gehör geschenkt?
- Kann das Kind in Hinsicht auf die Behandlung selbst entscheiden?
- Welche Behandlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten der Eltern?
- Was bedeutet es für das Kind, falls der Auffassung der Eltern entsprochen bzw. gerade nicht entsprochen wird?

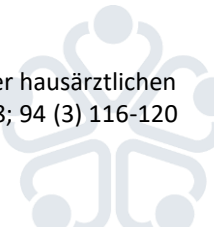
Lange andauernde Behandlung:

- In welchen Situationen muss das Vorgehen in der Pflege überdacht und eventuell verändert werden?
- Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber Veränderungen des Vorgehens in der Pflege?

Prinzipienorientierte Falldiskussion

Nach G. Marckmann

1. Analyse: Medizinische Aufarbeitung des Falles
 - Information über Patient (Diagnose etc.)
 - Behandlungsstrategien mit Chancen und Risiken
2. Bewertung 1: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten
 - Wohl des Patienten/Nichtschaden (Fürsorgeperspektive)
 - Autonomie des Patienten
3. Bewertung 2: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit)
 - Familienmitglieder, andere Patienten, Gesellschaft
4. Synthese: Konflikt? → Begründete Abwägung
5. Kritische Reflexion des Falles
 - Stärkster Einwand?
 - Vermeidung möglich?



Was liegt hier vor?

→ Beispiel W.B. 67 Jahre

- Seit 10 J. ALS,
- seit 6 J. Heimbeatmung
- Sprechen und Essen kaum mehr möglich

1. Passive Sterbehilfe
2. Indirekte Sterbehilfe
3. Aktive Sterbehilfe
4. Beihilfe zum Suizid
5. Tötung auf Verlangen



Passive Sterbehilfe (Sterbenlassen)

Seit 1.9.2009 gesetzlich geregelt (§§ 1901a ff. BGB)

BGH Urteil v. 25. Juni 2010 (2 StR 454/09) – Leitsätze

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.**



Indirekte Sterbehilfe

Schmerzbekämpfung bei terminal erkrankten Patienten mit **unbeabsichtigter Nebenfolge** einer Lebensverkürzung

BGHSt 42, 301:

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“



Tötung auf Verlangen

§ 216 StGB Tötung auf Verlangen

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und **ernstliche Verlangen** des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Beispiel: Hoffnungslos schwer leidender Patient (**urteils- und entscheidungsfähig**) bittet Arzt, ihm ein zum Tode führendes Medikament zu spritzen.



Tötung aus Mitleid

§ 212 StGB: Totschlag

(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

(bei minder schwerem Fall 1-10 Jahre Freiheitsstrafe-§ 213 StGB)

Beispiel: Arzt gibt seinem hoffnungslos schwer leidenden Patienten (**nicht mehr urteils- und entscheidungsfähig**) aus Mitleid eine Überdosis Schmerzmedikamente, um ihn zu erlösen.



Suizid I

- Nach deutschem Recht **straflos** (allgemeine Handlungsfreiheit Art. 2 I GG), weshalb auch **Teilnahme** - Beihilfe oder Anstiftung - zum (selbstverantwortlichen) Suizid **straflos** ist (aber § 217 StGB neu).
- (alte) **Rechtsprechung**: Strafbarkeit von **Garanten** (Ärzte, Pflegende, Angehörige) wegen Tötung auf Verlangen durch Unterlassen, sofern sie noch anwesend sind, wenn der Suizident das Bewusstsein verliert
- Dagegen **juristische Literatur**: Garantenpflicht wird durch Selbstbestimmungsrecht begrenzt.
- Handelt der Suizident **nicht auf Grund einer freien Willensentscheidung** (z.B. wegen schwerer psychischen Erkrankung) machen sich Garanten strafbar (Tötung durch Unterlassen), wenn sie Suizid nicht verhindern.



Suizid II

Personen **ohne Garantenstellung** (in Auffindungssituation) :

Strafbarkeit wegen **unterlassener Hilfeleistung** nach § 323 c StGB, da nach Rechtsprechung „Unglücksfall“ vorliegt

Keine Rettungspflicht,

falls eigenverantwortlicher und ernsthafter Todeswunsch
offensichtlich ist

oder

wenn Suizident schon im Sterben liegt oder nur mit
schwersten Folgeschäden überleben würde (gilt auch für Garanten)



→ (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu **geschäftsmäßig** die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

