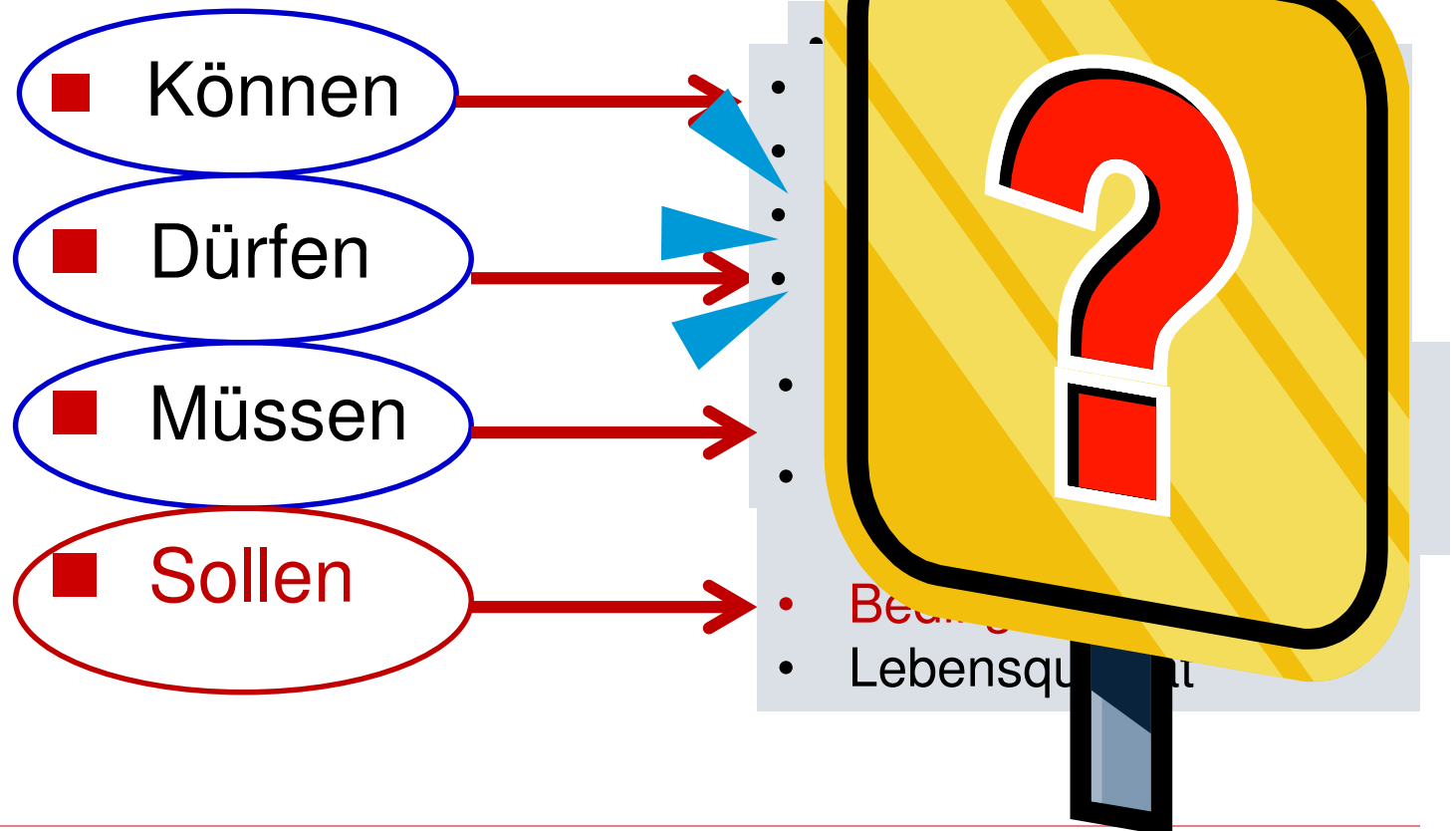


Ethische Entscheidungen am Lebensende

Medizinethische Aspekte

www.medethik.at

Vier zentrale Fragen des medizinischen Handelns





„Wenn man sieht,
was die heutige Medizin fertigbringt,
fragt man sich unwillkürlich:
Wieviele Etagen hat der Tod?“

(J.P.Sartre)

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Philosophische Grundlagen

Tod:

- ☐ „Existential“ $\Leftrightarrow$ „Tabu“ ?
„Diskutierter Tod“ (Virt) $\Leftrightarrow$ „Gesellschaftlich weggestorben“ (Wettstein)
- ☐ Beschäftigung mit dem Tod ?
(Sigmund Freud'sche Unsterblichkeitsphantasie!)
- ☐ Versagen der Medizin ? „...Kampf verloren...“?
- ☐ Verschulden (des Einzelnen) ?

„...Tod wird nicht durch technische Intensivmedizin entweiht,
sondern... dadurch, dass wir ihn als Missgeschick ansehen und nicht
als Tor eines, wenn auch unverständlichen Neubeginns....“
(D.Linke)

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Patient & Gesellschaft:

„Wie soll man mit der Tatsache Sterben zu müssen seinen Frieden schließen, wenn man immer mehr zeigt, wie der **Tod hinausögerbar** ist?“ [Linke]

„Wir regeln den Eintritt in das Leben, es wird Zeit, dass wir auch den Austritt **regeln**.“ [Max Frisch]

☐ Einfluss von veröffentlichten Meinungen

(„Hilflos an Schläuchen“ ⇒ „anonyme Apparatedizin“
„Plaudern nach Reanimation“ ⇒ Überzogene Erwartungshaltung
⇒ „Typische Intensivsituation als Zumutung“)

☐ „Würdevoll“: 1. Herr des Prozesses

2. Leben als Partizipation: **Sozial eingebunden**

Intensivmedizin als Vorreiter



Bruno Haid, 1915-1997

1. Lehrstuhlhaber f. Anästhesie in Europa, Innsbruck, 1959

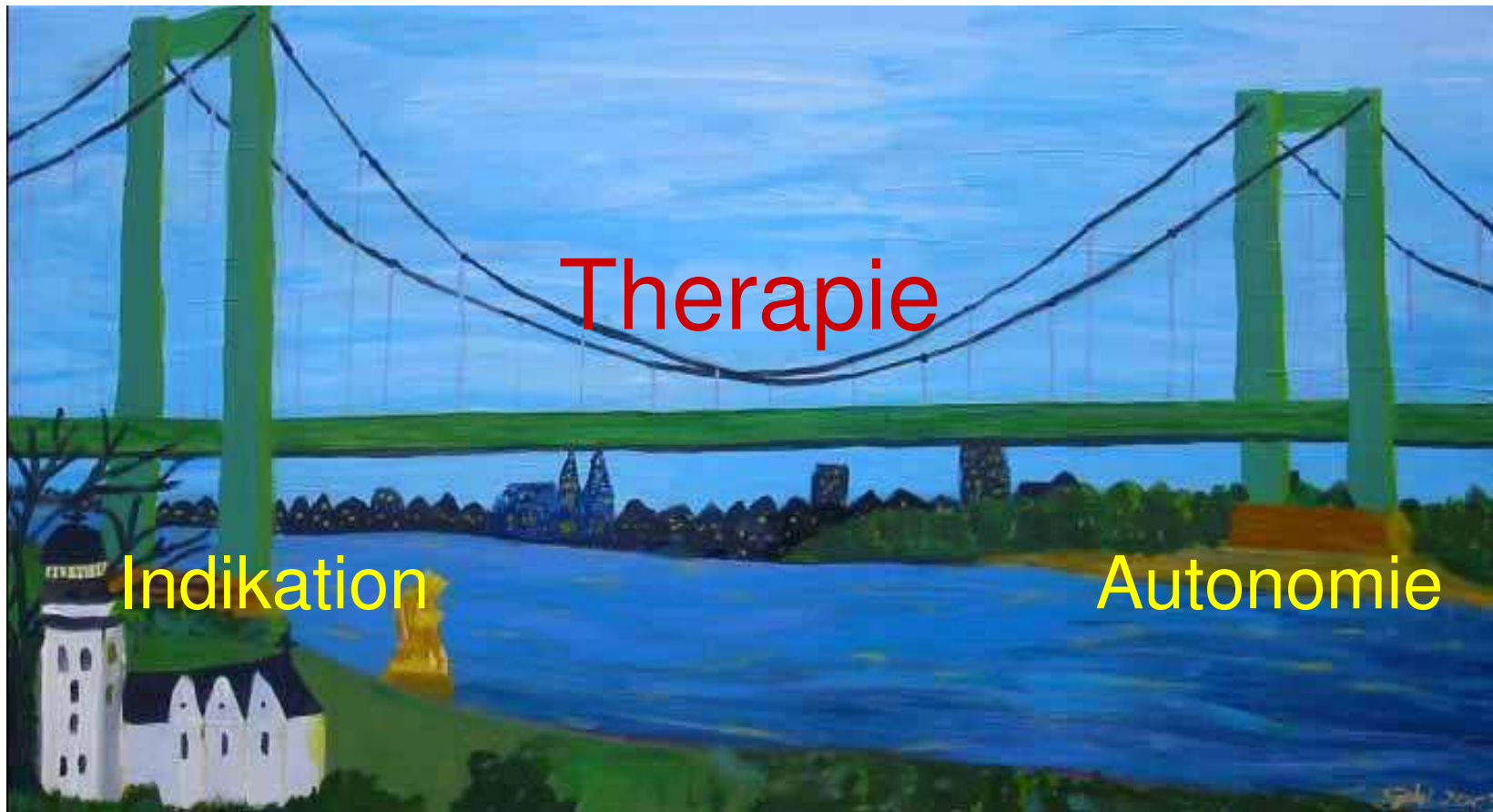
Bruno Haid
3 Fragen an Pius XII
bzgl. Reanimation und
Therapiebegrenzung

24.11.1957

« Le Dr Bruno Haid chef de la section d'anesthésie à la clinique chirurgicale universitaire d'Innsbruck, Nous a soumis trois questions de morale médicale au sujet de ce qu'on appelle « l'a réanimation»... » AAS 1957

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Grundlage des therapeutischen Handelns



Was ist eine Indikation ?

Deutscher Bundesgerichtshof

„Die medizinische Indikation...ist das...

fachliche Urteil

über den Wert oder Unwert einer Behandlungsmethode
in ihrer Anwendung
auf den konkreten Fall“

„[und begrenzt den Inhalt des ärztlichen Heilauftrags].“

Medizinische Indikation

2 Anteile

1. Medizinische Vorhersage

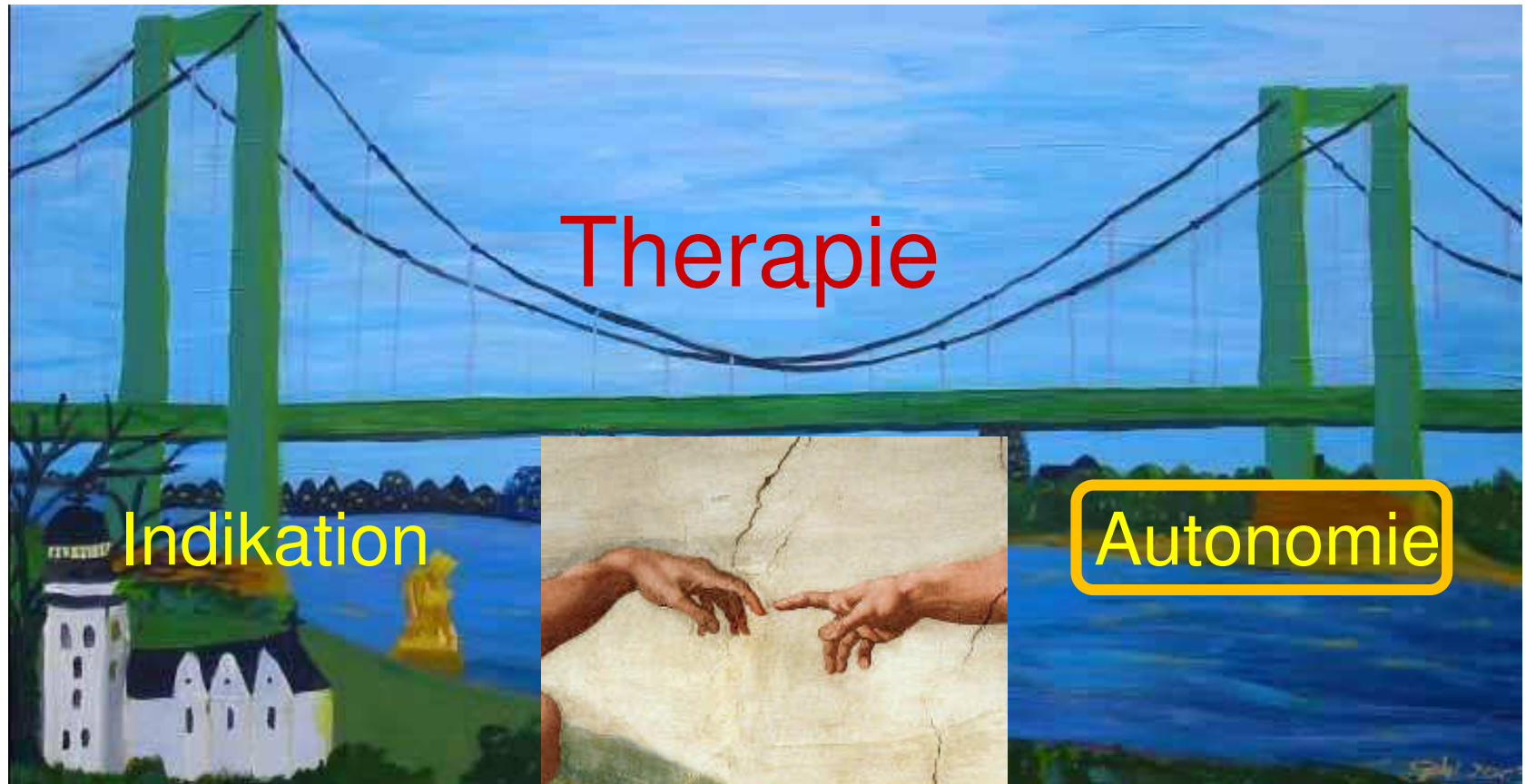
bezüglich Wirksamkeit der Behandlung
(= medizinische Indikation)

2. Wertende Aussage

über Nutzen einer Behandlung für den konkreten Patienten.
(= ärztliche Indikation)

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Grundlage des therapeutischen Handelns



Ethische Entscheidungen am Lebensende

Änderung des Gesundheitsbegriffs

„**Bedingte Gesundheit**“

„Gesundheit ist die Fähigkeit eines Individuums, ungeachtet bestehender Beschränkungen und Belastungen **relativ autonom** zu leben“

(J.Siegrist)

mit jedem therapeutischen Geschehnis, das zur Zunahme der Autonomie führt, wird ein konkreter Beitrag zur Gesundheit geleistet!

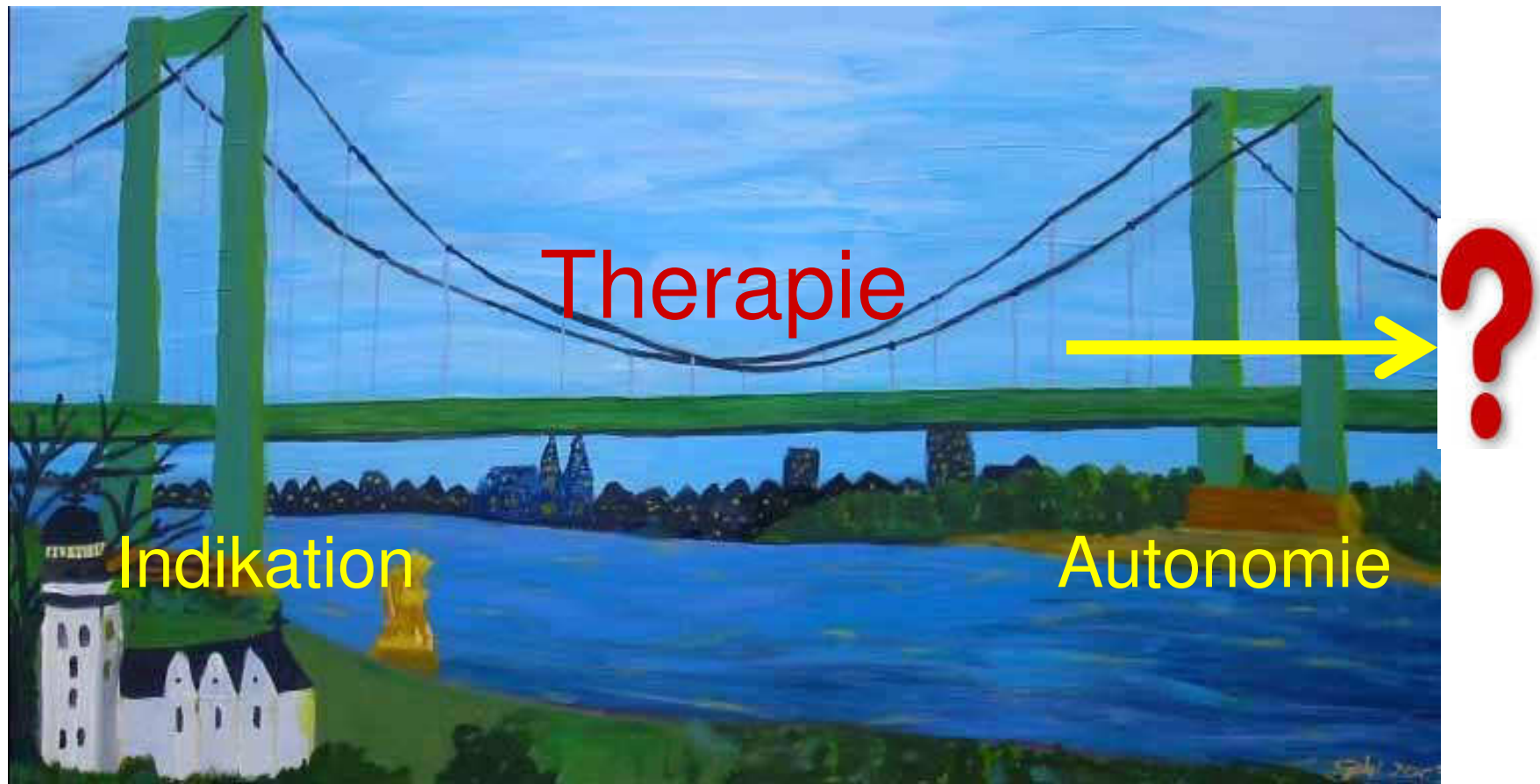
...und damit auch mit jedem kommunikativem Akt!



Johannes Siegrist, *6. 8.1943 in Zofingen)
Schweizer Medizinsoziologe

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Grundlage des therapeutischen Handelns



Ethische Entscheidungen am Lebensende

Unmittelbares Therapieziel

Jenseits der Brücke anzulangen

Lebensqualität des konkreten Therapieschrittes

„Überlebenskampf“ einer akut
lebensgefährlichen
Situation
infolge des Versagens
eines vitalen
Organsystems“ (SAMW)

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Mittelbare Therapieziele

Lebensqualität NACH Therapie(schritt)

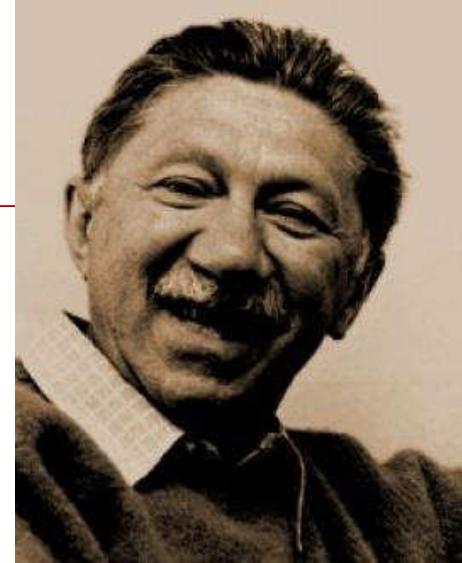
„Geplante Aufnahme an eine Intensivstation
an Vorhandensein potenziell positiver Prognose
für Weiterleben gebunden“
(Konsensuspapier Intensivmed.Gesellschaften Österreichs)

Lebensqualität

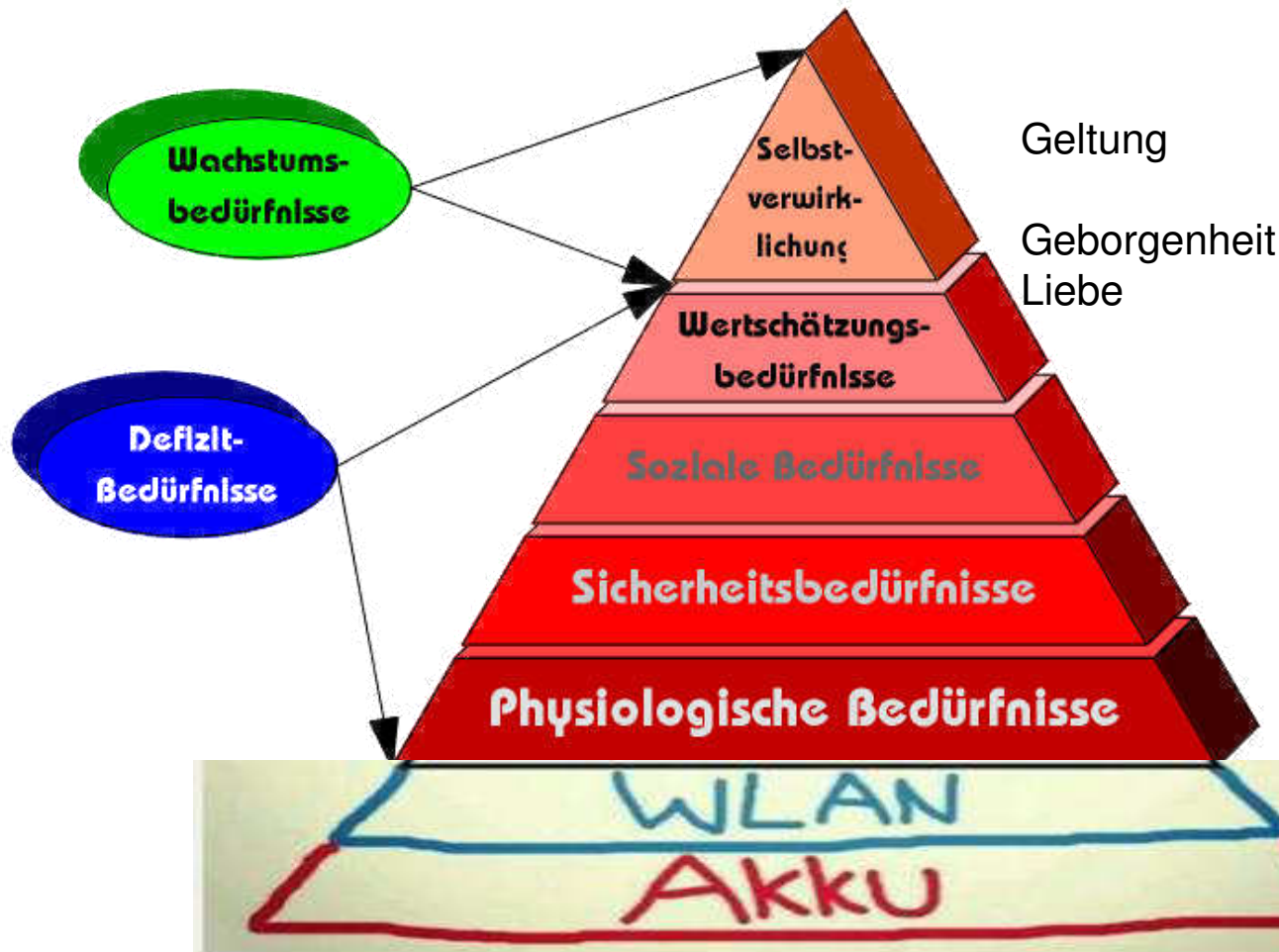
Differenzierte
Sichtweise
der
Lebensqualität



Lebensqualität



Abraham H. Maslow
* 1.4. 1908
† 8. Juni 1970



Lebensqualität



Vier Dimensionen

- **Physisch:** Körperliche Funktionen, Arbeitsfähigkeit; „Körperwahrnehmung.“
- **Psychische Verfassung:** z.B. glücklich, zufrieden
- **soziale Dimension:** Beziehungen, Beruflich
- **spirituelle Dimension:** Sinnfrage, Transzendenz
(Urfassung: Karnofsky)

David.A. Karnofsky
Amerikan. Onkologe
* 28.3.1914
† 31.8.1969

zusätzlich: Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, „Glück“

Geändertes Grundverständnis

Erkenntnis einer wesentlichen Aufgabe der Heilkunst:

„Wenn weitere Therapie nicht mehr helfen kann,
den Tod so ermöglichen/gestalten,
dass er
emotionalen/spirituellen/sozialen Bedürfnissen
des kranken Menschen entspricht.“

CTC – **C**omfort **T**erminal **C**are

Indikationen und Therapieziele

- Sinnlose Handlung
 - Sinnvolle Handlung aber „schlechte Prognose“
 - Sinnvolle Handlung aber Verbot des Patienten
- ↳ Aufnahme/Ablehnung (zB Intensivstation)
 - ↳ „Futility“ –Problematik & „Therapeutischer Nihilismus“
 - ↳ Lebensqualität (längeres vs. besseres Leben?)
 - ↳ Therapiezieländerungen /-begrenzungsentscheidungen
 - ↳ (Passive) Sterbehilfe-Problematik...
 - ↳ DNR /DNE –Order...
 - ↳ Ort der weiteren Versorgung...

Indikationen und Therapieziele

- ☐ Sinnlose Handlung
- ☐ Sinnvolle Handlung aber „schlechte Prognose“
- ☐ Sinnfragliche Handlung aber
„Wunsch des Pat. nach Maximaltherapie“
- ☐ Sinnvolle Handlung aber Verbot des Patienten
„1/3 der Patienten mit infauster Prognose wollen Lebenszeit durch
Maximaltherapie gewinnen“
„Im Gegensatz zu Pat. mit palliativen Therapiezielen werden Pat., die
eine Maximaltherapie wünschen, in Entscheidungen häufig nicht
eingebunden“ (Winkler, EiM:22:89-102)

Futility

- ☐ Nutzlosigkeit
- ☐ Sinnlosigkeit
- ☐ Vergeblichkeit

Begriff unscharf!

Oft auf Kosten-Nutzen-Rechnung
reduziert

Das Fass der Danaiden (Ovid, Met. IV, 462-46)
Gemälde von John William Waterhouse, 1904



Ethische Entscheidungen am Lebensende

Futility-Begriff und Therapieziele

Sinnlose Handlung / sinnvoll aber Prognose ↓↓

Unterschiedliche Einschätzungen der Intensivmed. Gesellschaften

- **EK der Gesellschaft für Critical-Care-Medizin:**
Maßnahmen nur sinnlos, wenn tatsächlich keinen Effekt
(z.B. Reanimation bei rupturiertem Myocard)
- **15 intensivmed. Gesellschaften in 12 Ländern der EU:**
wenn klinische Situation hoffnungslos ⇒ Behandlung sinnlos
- **American Thoracic Society:** „sinnlos“ wenn Behandlung zu keinem akzeptablen („meaningfull“) Überleben führt
(Lebensqualitätseinschätzung)
- **Gemeinsam: „sinnlose“ Situationen ↑; „primär infaust“: selten!**

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Indikationsstellung ↔ Futility

- ❑ Im Grenzbereich zwischen Leben und Tod
 - ❑ Bei **Zeitdruck** und oft **lückenhafter Information**
 - ❑ **Erfahrungen ambivalenter Art**
 - ❑ **Futility ein dynamischer, zeitabhängiger Begriff**
(Med. Erkenntnisse↑, unsichere Prognose, vermeintl. Gewissheiten...)
 - ❑ Komorbiditäten ↑↑↑ & Alter ↑↑↑
 - ❑ Ärztliche Einschätzung, dass med. Intervention nicht zum Ziel führen wird:
„Aussichtslosigkeit“ med. u. individ. Anteile (Wertungen!)
Aus welchem fachlichen Blickwinkel?
↳ Präzisierung der Therapieziele ?
- ⇒ **Σ limitierter Behandlungsversuch bei unsicherer Prognose oder Entscheidungsunsicherheit!**

Statt Futility

„potentiell unangemessen“

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units

Gabriel T. Bosslet, Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubenfeld, Bernard Lo, Robert D. Truog, Cynda H. Rushton, J. Randall Curtis, Dee W. Ford, Molly Osborne, Cheryl Misak, David H. Au, Elie Azoulay, Baruch Brody, Brenda G. Fahy, Jesse B. Hall, Jozef Kesecioglu, Alexander A. Kon, Kathleen O. Lindell, and Douglas B. White; on behalf of The American Thoracic Society *ad hoc* Committee on Futile and Potentially Inappropriate Treatment



Reflexion Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin

Patientenetikette

Checkliste: Intensivmedizinische Fragen für individuelle Therapiezieländerungen

Datum:

Unterschrift:

INDIKATION

	ja	wahr- scheinlich	unklar	unwahr- scheinlich	nein
Ist die aktuelle Erkrankung überhaupt überlebbar?					
Ist eine Wiederherstellung der Herz-Kreislauf-Funktion zu erwarten?					
Ist eine Wiederherstellung der kognitiven Funktionen zu erwarten?					
Besteht bei voraussichtlicher ZNS-Schädigung ein klinisch relevantes Rehabilitationspotenzial?					
Ist eine Wiederherstellung der Lungenfunktion zu erwarten?					
Ist eine Wiederherstellung der Nierenfunktion zu erwarten?					

PROGNOSE

Besteht davon unabhängig eine stark beschränkte Lebenserwartung?					
Sind apparative Langzeit-Organersatzverfahren erforderlich? (z.B. Dialyse, Respirator)					

Viele der angeführten Fragen sind nur interdisziplinär zu beantworten.

PATIENTENWILLE

Gibt es einen geäußerten Patientenwillen?					
Liegt eine verbindliche, situationsbezogene Patientenverfügung vor?					
Liegt eine beachtliche, situationsbezogene Patientenverfügung vor?					
Liegt eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten vor?					
Besteht eine Sachwalterschaft für medizinische Maßnahmen?					

Der Patientenwille ist das wichtigste Entscheidungskriterium im ethischen Kontext der Therapieentscheidungen.

Ethische Entscheidungen am Lebensende

„Pauschale Frage „Therapieverzicht am Lebensende?“ falsch

Besser: „Grenze d. **kurativen** Medizin erreicht?“



Palliativmedizinische, symptomorientierte Begleitung!

„Wir können leider nichts mehr für sie / ihn tun“:

bzgl. *kurativer* Therapie evtl. zutreffend,

sonst: keine ärztliche Aussage!

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Problemfelder

- ❑ „Indikations-Bewertung“ aus unterschiedlichen Fach-Blickwinkel
- ❑ Unterschiedliche Einschätzung bzgl. (mittelbarer) TherapZ.
- ❑ „Therapeutischer Nihilismus“
(mitunter getarnt als mutmaßlicher Wille des Patienten!)
- ❑ „Können“ als „normative Kraft des Faktischen“
- ❑ Unkenntnis der Rechtslage
(Umgang mit PV, Sterbehilfethematik, Stellvertreterbefugnis)
- ❑ Defensivmedizinische Haltung
- ❑ „Medizin fremde“ Einflüsse auf Indikationen (IDOC-Studie)

„In der Praxis wird immer der Wille zur Behandlungsbegrenzung in Zweifel gezogen, nicht aber der Behandlungs-**Wille**“

(Napiwotzky, 2007)

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Problemfeld

Unkenntnis der Rechtslage

Tabelle 1. Falsche Zuordnung zu ‚aktiver Sterbehilfe‘.
Quellen: [20–22]

Handlung	Ärzte [20] n = 727	Richter [21] n = 479	Studenten [22] n = 85
Verzicht auf künstliche Beatmung	10,5	7,8	12,9
Beendigung einer künstlichen Beatmung	39,8	34,5	44,7
Verzicht auf Flüssigkeitszufuhr über Sonde	11,2	8,8	—
Beendigung der Flüssigkeitszufuhr über Sonde	24,8	34,0	45,9
Verzicht auf Nahrungszufuhr über Sonde	8,0	8,4	—
Beendigung der Nahrungszufuhr über Sonde	19,8	31,9	40,0

Anmerkung: Die Prozentzahlen geben die Zuordnungen der jeweiligen Handlung zum Begriff ‚aktive Sterbehilfe‘ durch die Befragten wieder.

Wallner, Wv Klin Wochenschr 2008;120:647(648).

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Grundlage des therapeutischen Handelns

Therapieablehnung $\neq$ Sterbehilfe
Wegfall der Indikation $\neq$ Sterbehilfe

Autonomie ~~X~~

Ethische Entscheidungen am Lebensende

Text-Entwurf § 49(1a) ÄG:
„Zur Wahrung des Wohls des Patienten
ist es insbesondere auch zulässig,
im Rahmen der Palliativmedizin
Maßnahmen zu setzen,
deren Nutzen zur Linderung
schwerer Schmerzen und Qualen
das Risiko einer Beschleunigung
des Verlustes der vitalen Funktionen
bewirken können“.



Ethische Entscheidungen am Lebensende

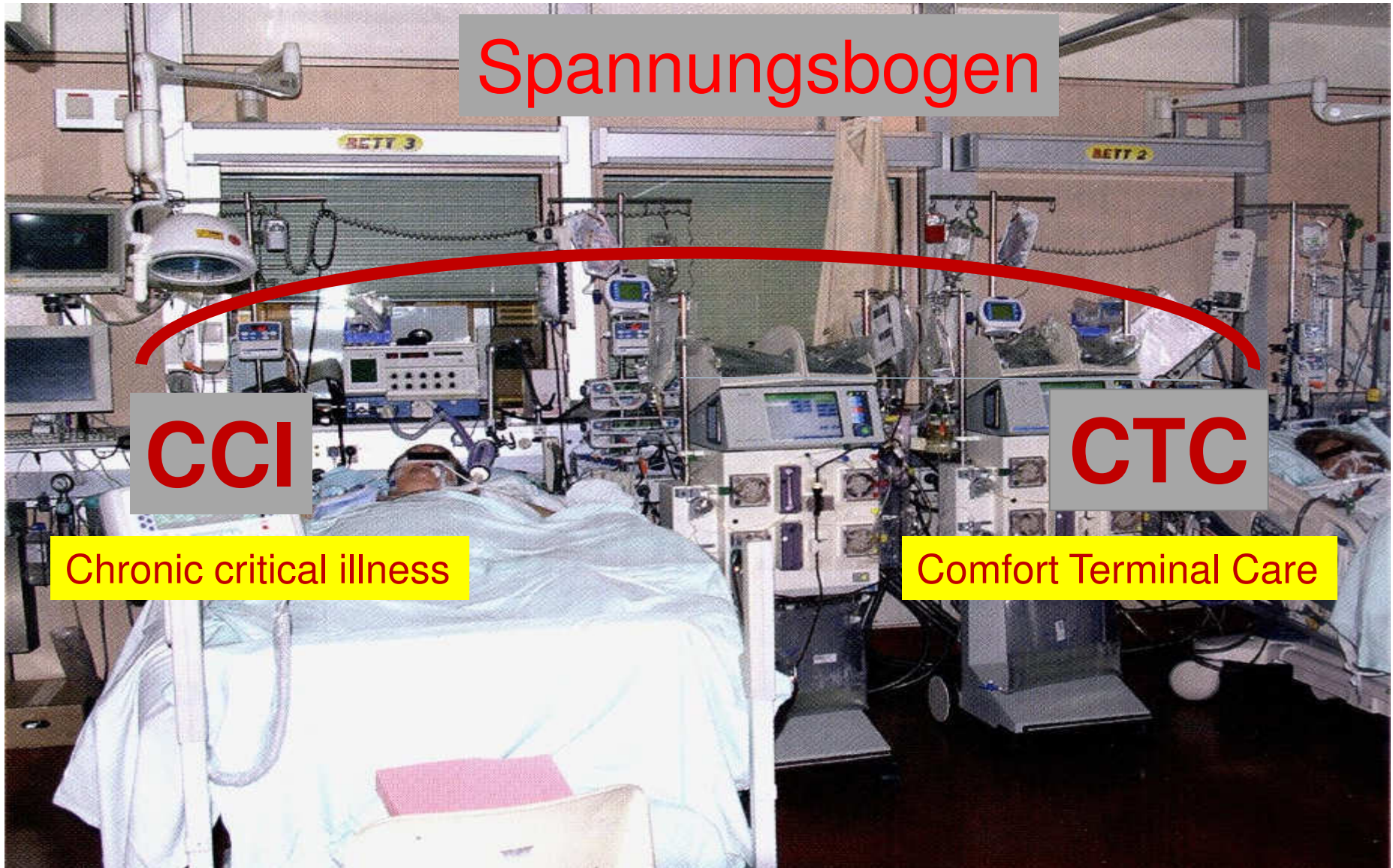
Spannungsbogen

CCI

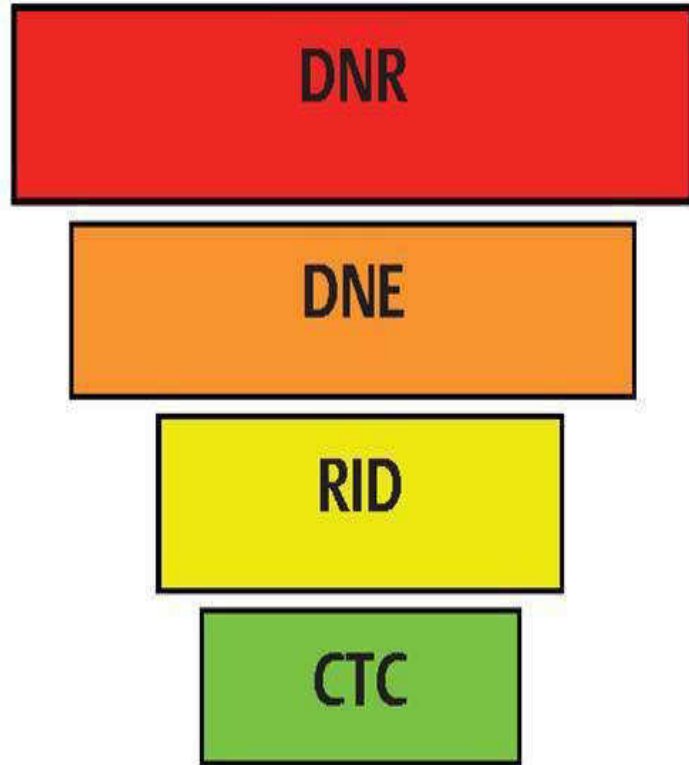
Chronic critical illness

CTC

Comfort Terminal Care



Ethische Entscheidungen am Lebensende



DNR: Do Not Resuscitate

(mechanisch, medikamentös, elektrisch)

Eig. keine Therapiebegrenzung,
sondern eine
in die Zukunft entschiedene
Behandlungs- Unterlassung

on....)

Problematische Reanimationen
reduzieren
("Unbekannter Fall" im Dienst;
Anwesenheit Angehöriger....)

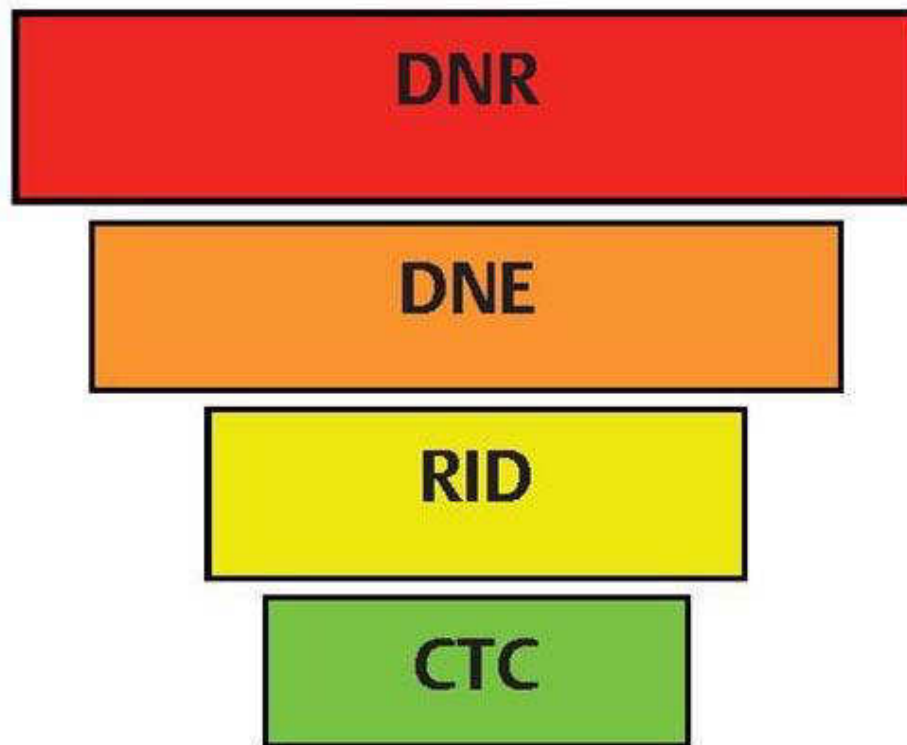
...orientierte Therapie)

Anaesthesiol.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzth.,2013 Apr; 48(4):216-23

Ethisch geforderte Verfahrensregeln

1. Individuelle Behandlung jedes einzelnen Patienten!
2. Rechtzeitige / Frühzeitige Überlegungen!
3. Diskurs im gesamten Behandlungsteam
4. Klare und umfassende Dokumentation
5. Spezifizierung der zu unterlassenden Maßnahmen
6. Feststellung und Dokumentation des Patientenwillens
7. Regelmäßige Überprüfung der Geltungsbedingung in kurzen Intervallen (zumindest alle 24h!)
8. Ausschluss einer Betreuungs- Vernachlässigung
DNR ≠ Diagnose!! „Abwärtsspirale in Betreuung“
(Ärzte, Pflege, Psychologie, Seelsorge, Symptomenkontrolle...)

Kommunikation der DNR mit Angehörigen



DNR-Botschaft:

„Sie werden
nicht einmal mehr
reanimieren“ ...



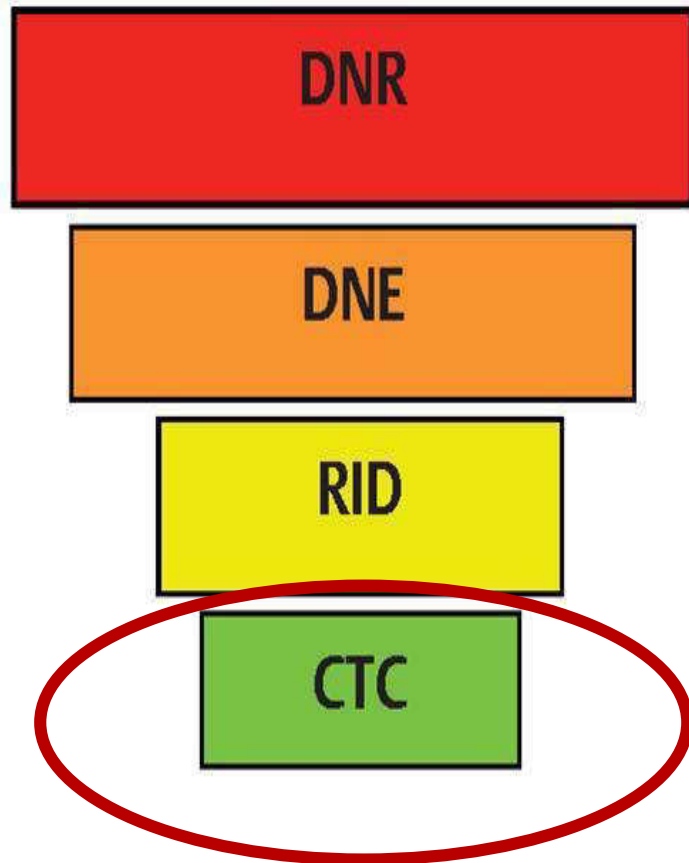
Σ: Sie machen gar
nichts mehr...

Kommunikation mit Angehörigen

Beispiele für gute Kommunikation

- ☐ „Patient erhält die für ihn beste Therapie, selbst wenn wir aufgrund nicht mehr alle Verfahren der Medizin/Intensivmedizin anwenden“
- ☐ „Der Pat. wird gepflegt, wird begleitet (nicht allein gelassen) und erhält alle Medikamente, die ihm helfen, ohne Angst und Schmerz zu versterben.“

Therapieziel-Therapiezieländerung



DNR: Do Not Resuscitate
(mechanisch, medikamentös, elektrisch)

DNE: Do Not Escalate
(Katecholamine, Intubation, Hämofiltration....)

RID: Reevaluate Indication and Deescalate
(Laufende Massnahmen werden beendet)

CTC: Comfort Terminal Care
(ausschliesslich symptomorientierte Therapie)

Anaesthesiol.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzth.,2013 Apr; 48(4):216-23

Ethische Entscheidungen am Lebensende

CTC – Comfort Terminal Care

Medizinische Symptomkontrolle	Rahmenbedingungen
Schmerzen	Monitoring
Angst	Kommunikation
Atemnot/Beatmung	Spirituelle Aspekte
Ernährung/Flüssigkeit	Angehörigenbetreuung
Sedierung	Sterbeumfeld
Thromboseprophylaxe	Krisenbegleitung

C.Roden, 2015

□ Pflege

- vom Gedanken des Wohltuns getragen
- üblichen Routinezeiten bei Drehen und Lagern?
Nur bei Schmerzprävention!
- Atmosphäre der Ruhe
(optische und akustische Abschirmung)

Gute Sterbebegleitung bedarf eines
perfekten Teamworks zwischen Arzt und Pflege
zur Förderung der

„Bedingten Gesundheit“
≡ LEBENSQUALITÄT

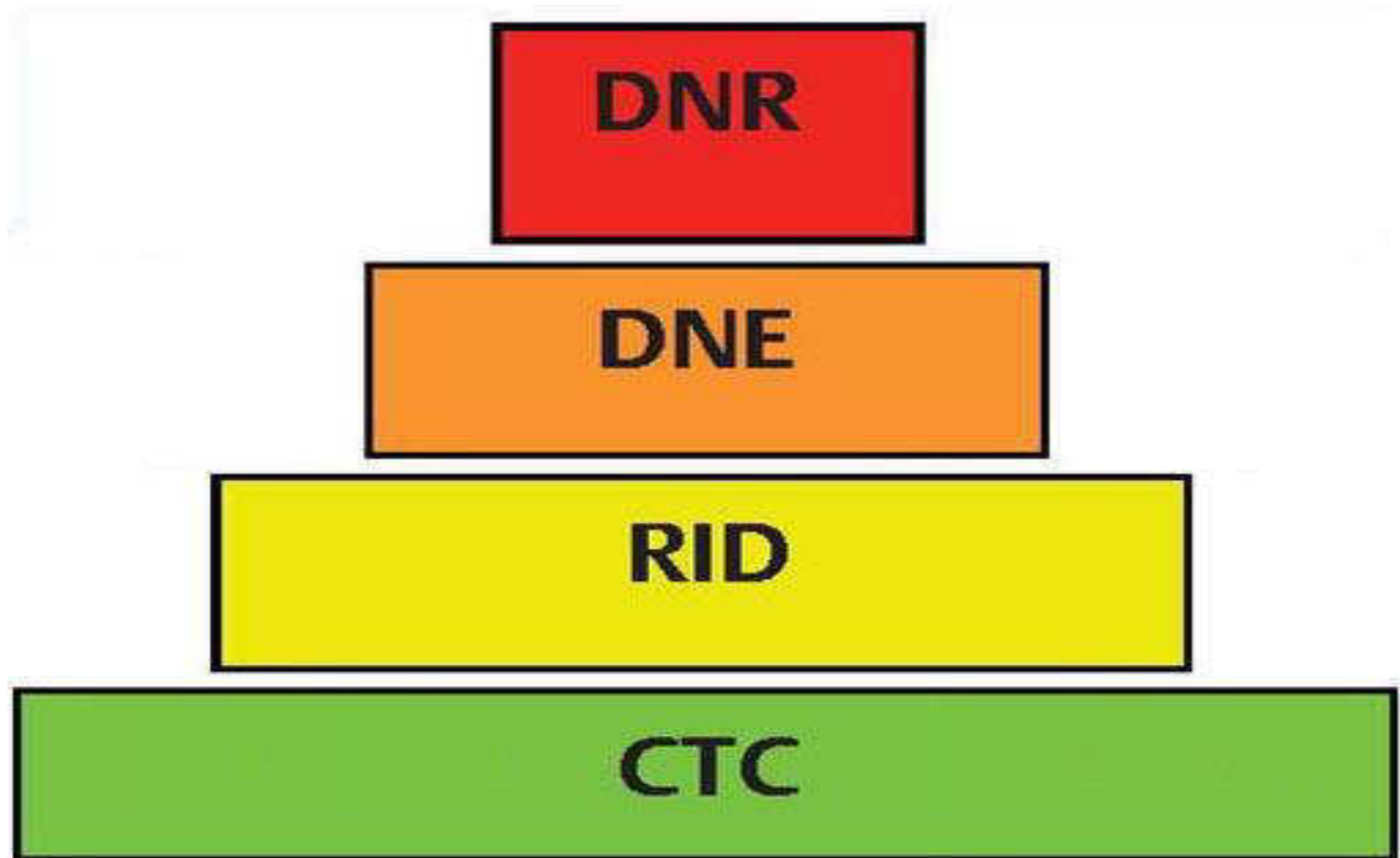
Ethische Entscheidungen am Lebensende



„ Die letzte und vielleicht schwierigste Lebensaufgabe besteht darin, das zurückliegende Leben als Ganzes anzunehmen und als Angenommenes loszulassen“

(G.Virt)

Ethische Entscheidungen am Lebensende



In Zweifelsfällen, bei Unklarheiten...

Ethikberatung!

„Das gute Beispiel
ist nicht **eine** Möglichkeit,
andere Menschen zu beeinflussen-
Es ist die **einzigste!**“

Albert Schweitzer

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

Quidquid agis

Was immer Du tust,

prudenter agas

make es klug

et respice finem!

und bedenke das Ende!

Aesops Fabel 78 von den 2 Fröschen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

Indikation & Therapieziele/-änderung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medethik.at

Vier zentrale Fragen des medizinischen Handelns

- Können
- Dürfen
- Müssen
- Sollen



Unterscheidungen

- Aktiv DIREKT: TOD durch Handlung erwartet
- Aktiv INDIREKT: TOD durch Handlung in Kauf genommen
- Passiv DIREKT : Durch Unterlassen TOD intendiert
- Passiv INDIREKT: Durch Unterlassen TOD in Kauf genommen

Therapieziel-Therapiezieländerung

Juridische Sichtweise

Arzt als Garant:

- Unheil durch therapieunabhängigen Verlauf
- Indikation
- Tun

Therapieablehnung ≠ Sterbehilfe
Wegfall der Indikation ≠ Sterbehilfe

des Patienten

Therapieziel-Therapiezieländerung

Zwei zentrale Zulässigkeitsvoraussetzungen

- Übereinstimmung mit den „leges artis“
Indikation, fachgerechte Durchführung nach „Stand der Wissenschaft“ etc
- Grenzen der Behandlungspflicht
(und idR auch des Behandlungsrechts!)
 - Fehlende Indikation, Aussichtslosigkeit ...
 - Patientenwille: Widerruf der Einwilligung des Patienten
(oder eines zuständigen Vertreters, s.u.)
 - Tod des Patienten

Therapieziel-Therapiezieländerung

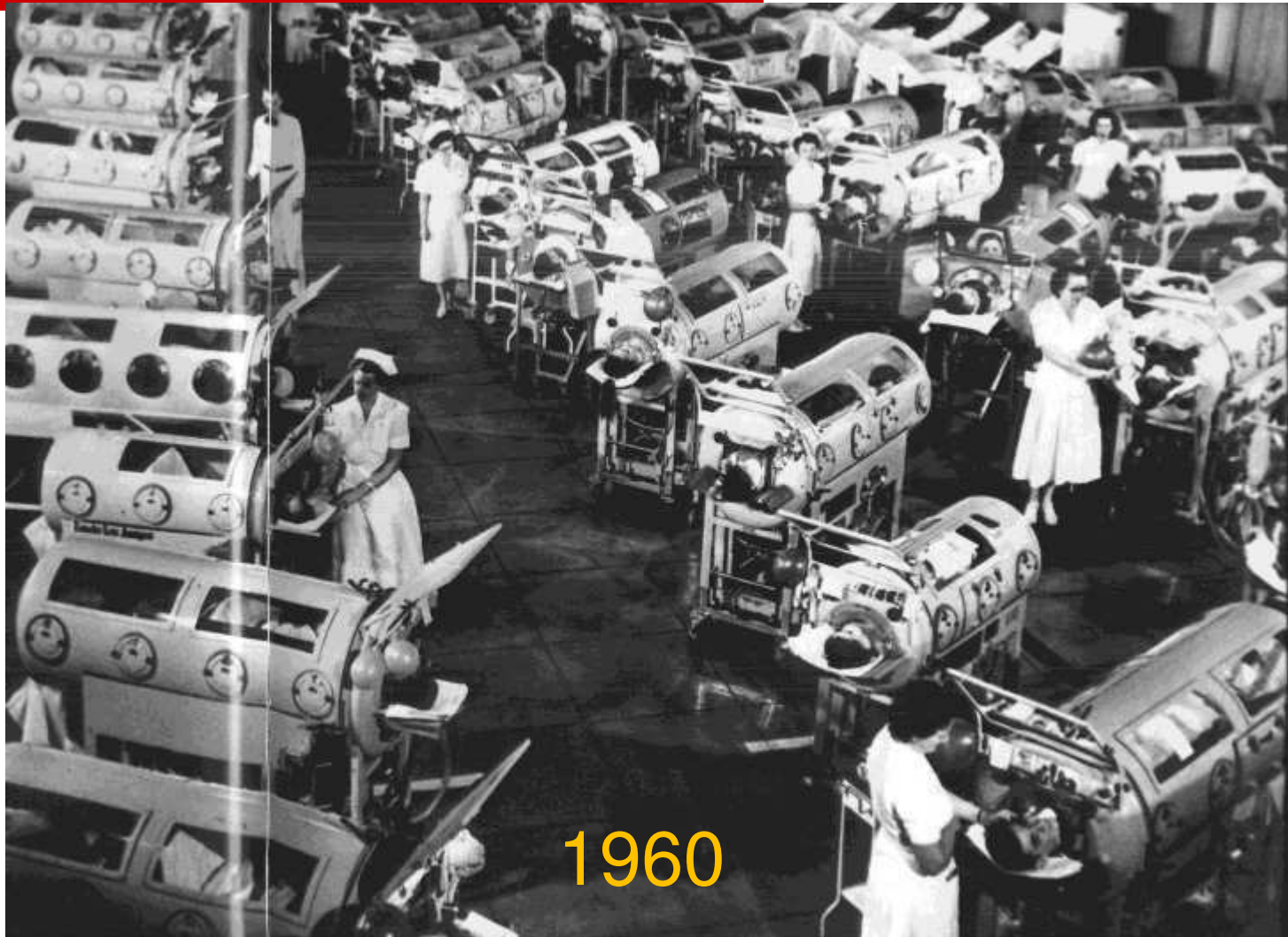
„Erst die Prüfung, ob eine Maßnahme
im konkreten Fall sinnvoll ist
und dem Kranken in seiner Lage gerecht wird,
macht aus physiologischem Wissen ein ärztliches Urteil“

Forderung nach Offenlegung des normativen Urteils

Sahm S (2008) Autonomie, ärztliche Indikation
und Entscheidungsfindung, 123

⇒ Kommunikation über Indikation und ⇒ Therapieziele

Therapieziel-Therapiezieländerung



Therapieziel-Therapiezieländerung



BUNDESGESETZBLATT FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1974

Ausgegeben am 29. Jänner 1974

21. Stück

60. Bundesgesetz: Strafgesetzbuch — StGB

Besonderer Teil

Erster Abschnitt

Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben

Mord

§ 75. Wer einen anderen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe zu bestrafen.

Totschlag

§ 76. Wer sich in einer allgemein begreiflichen heftigen Gemütsbewegung dazu hinreißen läßt, einen anderen zu töten, ist mit Freiheitsstrafe von fünf bis zu zehn Jahren zu bestrafen.

Tötung auf Verlangen

§ 77. Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

Mitwirkung am Selbstmord

§ 78. Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

Juridische Sichtweise

Sterbehilfe pragmatisch:

- Tötung auf Verlangen
 - Abgrenzung zu – Nicht freiwill. Tötung
 - Unfreiwilliger Tötung
- Assistierter Suizid
 - Abgrenzung zu Tötung auf Verlangen:
 - „Herrschaft über todbringenden Moment“
 - Mitwirkung durch – Verleitung
 - Hilfe bei der Durchführung

Unterscheidungen

■ Direkte / Indirekte Sterbehilfe

„Innerer Tatseite“ des Sterbehelfers (Zweck?)

■ Direkt: Hilfe **zum** Sterben (Erfolg= Tötung)

■ Indirekt: Hilfe **im** Sterben (Inkaufnehmen)

⇒ Unterscheidung nur durch **subjektive** Tatseite!!

■ Aktiv / Passiv (o/ao)

■ Freiwillig / Nicht Freiwillig

□ **Freiwillig** = „Töten auf Verlangen“: autonome Entscheidung

□ **Nichtfreiwillig** = „kein ausdrücklicher/ erkennbarer Wille“

Unterscheidungen

- Aktiv DIREKT: TOD durch Handlung erwartet
 - „Todes-Spritze“
- Aktiv INDIREKT: TOD durch Handlung in Kauf genommen
 - „Schmerzmedikation“
- Passiv DIREKT : Durch Unterlassen TOD intendiert
 - zB Blutung Ösophagusvarizen 4°
- Passiv INDIREKT: Durch Unterlassen TOD in Kauf genommen
 - zB. Recidiv. Leichte Blutung bei langjährigem Blasen-Ca

Sterbehilfe

Unterscheidungen

- ❑ Grundsätzlich: **Direkt aktiv ist verboten!**
- ❑ **ad „Passiv“:**
 - „Unterlassung außerordentlicher medizinischer Maßnahmen: erlaubt, wenn ...“
 - „Verzicht auf lebensverlängernde Eingriffe in aussichtslosen Situationen“ ⇒ sittlich gerechtfertigt.
 - Nicht „mangelnder Lebenswert“ sondern: Verpflichtung zur Lebenshilfe! (**Sterben nicht durch medizinischen Aktionismus erschweren!**)
 - Unterscheidung „ordentlich“ – „außerordentlich“ nicht statisch: Gesellschaft, Kultur!

Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe Interpretation (vgl. Brücke!!)

□ Patient:

- Recht auf Behandlungsverweigerung, selbst wenn Todesfolge (Autonomie!)
- Kein Verbot möglich, sonst : „Zwangsbehandlung“!
- *Nicht* Einwilligung in Tötungserfolg, sondern Verzicht auf (weitere) Lebensverlängerung

□ Arzt:

Bei völliger Aussichtslosigkeit (Indikation!!):

- KEINE Garantenpflicht
- Keine Strafbarkeit einer Unterlassung, da (mutmaßlicher) Patientenwille nicht mehr relevant!

Sterbehilfe

Sterben in Würde

Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen

Stellungnahme der Bioethikkommission

Empfehlung Bioethik-Kommission

- **Sterbebegleitung**
 - Pflege, Betreuung, Behandlung von Symptomen von Sterbenden
- **Therapie am Lebensende**
 - Med. Maßnahmen, pallmed. Maßnahmen, die Lebensqualität verbessern, Leben verlängern, Leiden mildern
- **Sterben zulassen**
 - Unter kurativer Therapiezielsetzung „lebensverlängernde“ Maßnahme unterlassen, wenn Verlauf der KH weiter Behandlung nicht sinnvoll macht Sterbeprozess verlängert wird Patient ablehnt

Sterbehilfe Gesetzeslage in Europa

Land	Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)	Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)	Indirekte aktive Sterbehilfe (Lebensverkürzung durch palliative Therapie)	Passive Sterbehilfe (Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen)
NL	Legal	Legal (ärztlich assistiert)	Legal	Legal
B	Legal	Legal	Legal	Legal
L	Legal	Legal	Legal	Legal
CH	Verboten	Nicht strafbar soweit keine selbstsüchtigen Beweggründe	Nicht ausdrücklich geregelt, aber erlaubt	Nicht ausdrücklich geregelt, aber erlaubt
D	Verboten	Straffrei (jedoch Garantenpflicht)	Legal bei eindeutiger Willensäußerung	Legal bei eindeutiger Willensäußerung

Sterbehilfe Gesetzeslage in Europa

Land	Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)	Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)	Indirekte aktive Sterbehilfe (Lebensverkürzung durch palliative Therapie)	Passive Sterbehilfe (Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen)
SE	Verboten	Legal, wenn HelferIn keine Privatperson	Legal bei eindeutiger Willensäußerung	Legal
F, DK, GB, GR, IRL, N	Verboten	Verboten	Legal bei eindeutiger Willensäußerung	Legal
I	Verboten	Verboten	Rechtlich unklar	Rechtlich unklar
E	Verboten	Verboten	Legal, wenn medizinisch korrekt durchgeführt	Rechtlich unklar
PL	Verboten	Verboten	Verboten	Verboten

Therapieziel-Therapiezieländerung

„Sowohl therapeutischer Übereifer
als auch aktive Sterbehilfe
sind die
symmetrischen Versuche der Medizin,
der Begegnung mit dem Tod
auszuweichen“

J.-F. Malherbe, 1992



Therapieziel-Therapiezieländerung

Problemfeld: Defensivmedizin

BGH 6.12.2005: „...verstößt gegen Grundrecht, ...wenn Behandlungsmethode... auch nur eine ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“

Studdert: 93 % der Ärzte praktizierten DM (JAMA 293 [2005] 2609-2617)..

Ärztl. Grundverständnis geändert:
Intentionswechsel: Vom „Heilsdenken“ zum „Sicherheitsdenken“

Patient wird
zum Objekt der ärztlichen Absicherung



Einbeziehung von Angehörigen?

- Kulturelle und ethnische Unterschiede!
- vgl. auch Niederlande:
„Die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen“: 38%;
(Remmelink & Van der Waal)
- PV versus Angehörigenmeinung?

„...Die Nichtbehandlung dieser Patienten, die Patienten sterben zu lassen, heißt auch: die schreckliche Frustration beenden, wie sie die Familie und das ganze Personal erfahren hat, das sich für die Versorgung der Patienten so viel Zeit genommen hat...“ (Brody, Der vegetabile Patient, 296ff)

Therapieziel-Therapiezieländerung ⇔ Sterbehilfe

□ Patient:

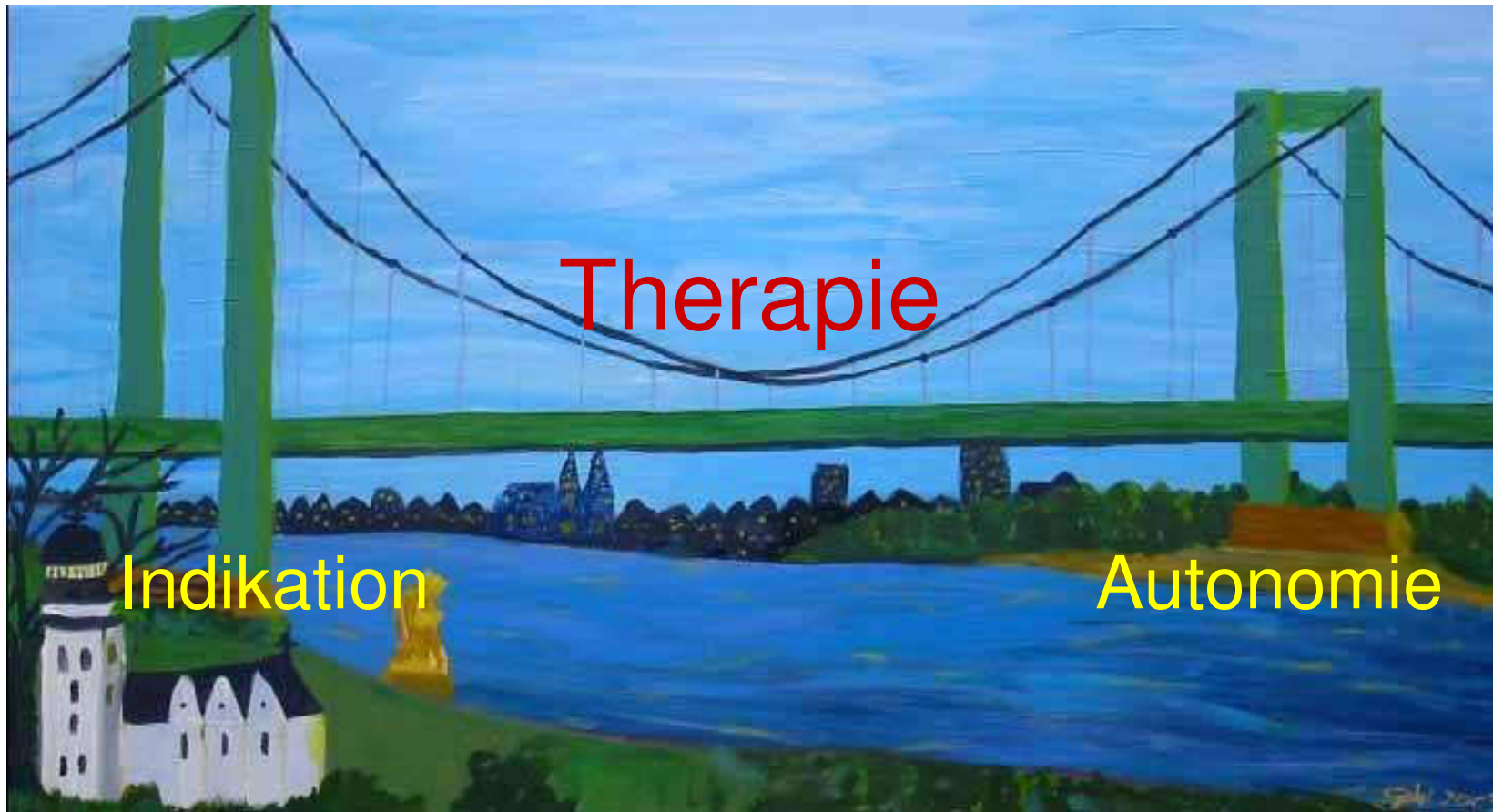
- **Recht auf Behandlungsverweigerung**
- Kein Verbot möglich, sonst „Heilbehandlung wider Willen“
- **Nicht** Einwilligung in Tötungserfolg, sondern Verzicht auf (weitere) Lebensverlängerung

□ Arzt als Garant:

- Unheil durch therapeut. Intervention abzuwenden;
Wenn Indikation (und Patientenwille) vorhanden;
- Grenzen der Garantenpflicht: Fehlende Indikation, Ablehnung! Bei völliger Aussichtslosigkeit

Therapieziel-Therapiezieländerung

Grundlage des therapeutischen Handelns



Lebensqualität

CTC – **C**omfort **T**erminal **C**are

Medizinische Symptomkontrolle	Rahmenbedingungen
Schmerzen	Monitoring
Angst	Kommunikation
Atemnot/Beatmung	Spirituelle Aspekte
Ernährung/Flüssigkeit	Angehörigenbetreuung
Sedierung	Sterbeumfeld
Thromboseprophylaxe	Krisenbegleitung

C.Roden, 2015

Sterbehilfe

Juridische Sichtweise

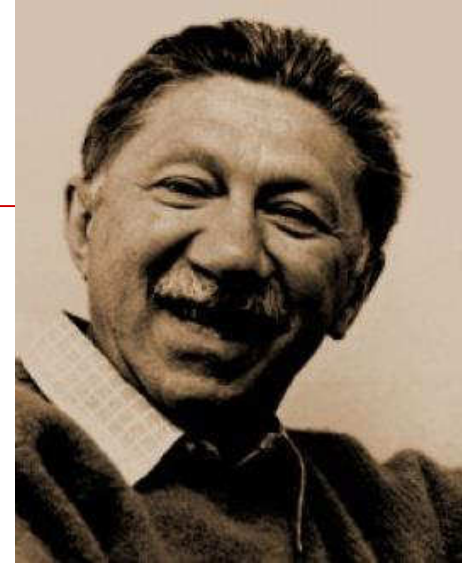
Arzt als Garant:

- Unheil durch therapeutische Maßnahmen
- Indikation unklar
- Tun und lassen des Patienten

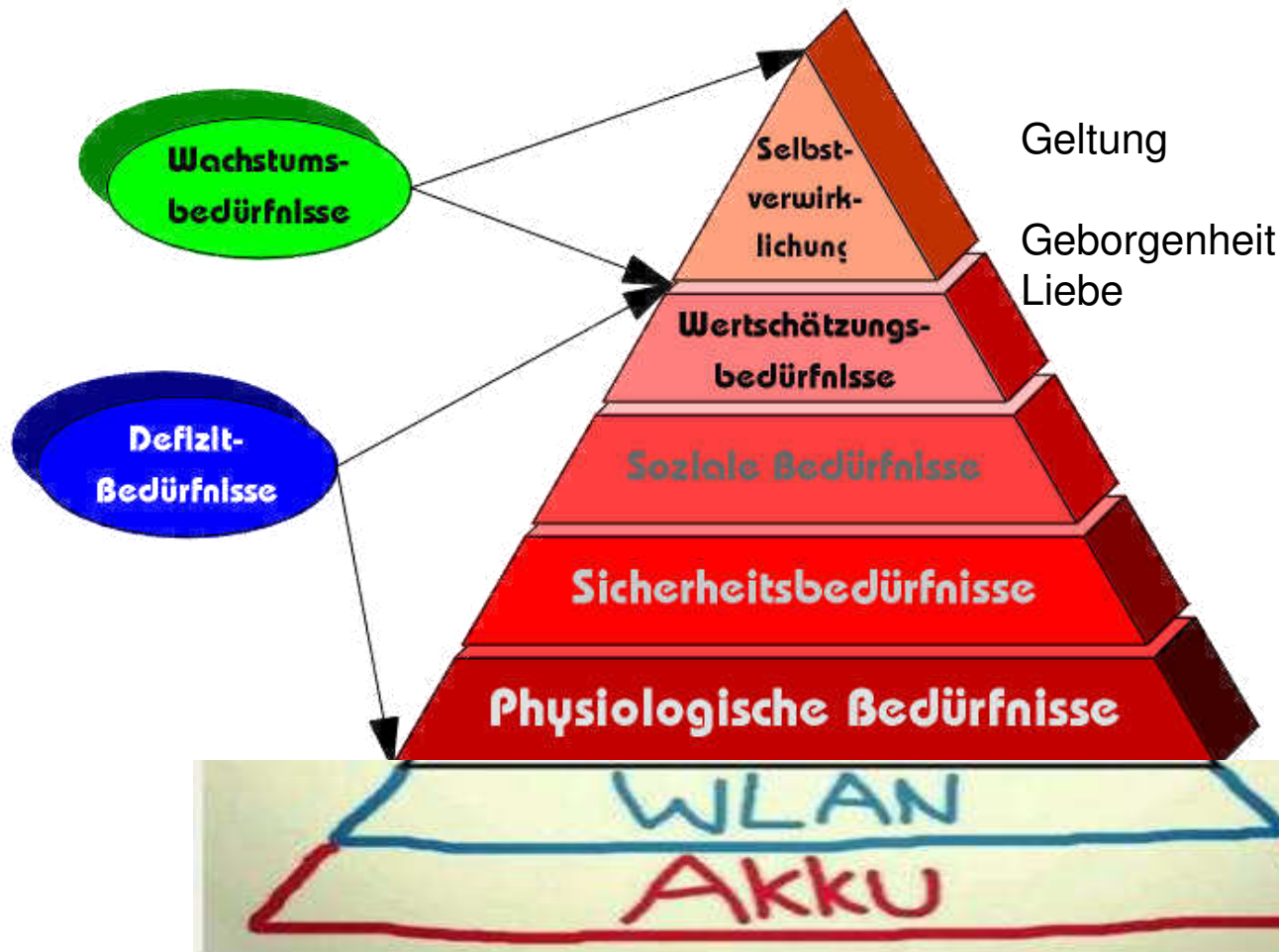
Therapieablehnung $\neq$ Sterbehilfe
Wegfall der Indikation $\neq$ Sterbehilfe



Lebensqualität



Abraham H. Maslow
* 1.4. 1908
† 8. Juni 1970



Lebensqualität



W. Eugene Smith/All Rights Reserved by The Heirs of W. Eugene Smith. Courtesy of the Center for Creative Photography, University of Arizona

Lebensqualität

Bemühungen

EUROPARAT
PARLAMENTARISCHE VERSAMMLUNG

Vorläufige Ausgabe

Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden

Empfehlung 1418 (1999)(1)

(Auszug aus der Official Gazette of Europe - Juni 1999)



Mai 2014



Lebensqualität



„ Die letzte und vielleicht schwierigste Lebensaufgabe besteht darin, das zurückliegende Leben als Ganzes anzunehmen und als Angenommenes loszulassen“

(G.Virt)

Dimensionen von Therapiezielen

1. Unmittelbares Therapieziel
2. Mittelbare(s) Therapieziel(e)



Σ

„Quality of life is
whatever the patient says it is“

Ciaran O'Boyle

Therapieziel-Therapiezieländerung

(Mittelbare) Therapieziele

OB Therapieziel **erreicht** werden kann:

⇒ professionelle Aufgabe

(Bemühen um Prognose, insb. bei irreversiblen KH-Verläufen!)

OB Erreichung des Therapieziels auch **erwünscht**:

⇒ Aufgabe des Patienten

(Weltanschauung, Werte, Lebensentwürfe, Zukunftspläne)

(Ambivalenz, auch bzgl. Belastungen während Therapie)

Σ Beitrag zur Annäherung an Gesamtbild/-sicht des Kranken
(Lebensqualität!, „bedingte Gesundheit“)

Therapiezieländerungen

Kommunikation mit Angehörigen generell

(zu spät , kurz, selten; inkongruent ⇒ Angst, posttraumat. Störungen!)

Grundsätze

- Irrtümer beheben (z.B. DNR-Auffassung!!)
- Wahrheit! + Behutsames Benennen der Wirklichkeit (Tod, Sterben)
- Sensibilität für „Problematische Worte“:
„Aufhören“, „Abbrechen“, „Kampf verloren“, „zwecklos“,
„aussichtslos“, „sinnlos“...
NB: Hilfreich nur, wenn in Kongruenz mit Intention!
- Kongruenz zwischen Wort und Körpersprache
- Befinden, Erleben, Sichtweise der Angehörigen wichtig!
- Richtiger Umgang mit Verantwortung!
- Keine Bewertungen!
- Gemeinsame Zusammenfassung am Ende d. Gespräches

☐ Schmerztherapie

Angst / mangelndes Fachwissen bzgl. Lebensverkürzung durch adäquate Schmerztherapie

☐ Angstbekämpfung

53-63% der Intensivpatienten

Medikamentöse und Nichtmedikamentöse Maßnahmen!

☐ *Palliative Sedierungstherapie*

Bewusstseinsminderung bei sonst therapierefraktären Symptomen (intermittierend)

☐ Atemnot

(Atemnot und Ersticken extrem negativ belegt!)

- Sauerstoffgabe ? Hypoxie: Euphorie ↑ (vgl. Tauchsport, Höhenmedizin) Hyperkapnie: „CO₂-Narkose“ „bewegten Luft“
- Opiate und Benzodiazepine zur Therapie von Atemnot/Angst
- Terminale Extubation?

☐ Monitoring

- Kann ausgesprochen belastend sein (Unruhe⇒ Schutzfixierung!)
- Verzicht keinesfalls „fahrlässig“ (Sterbemodus, Alarmer abschalten; Angehörige).

☐ Ernährung

- orale / parenterale Ernährung bei Sterbenden beenden
kein „Hungergefühl“!
NW: Volumesüberladung, Gastroparese, Übelkeit Erbrechen

☐ Flüssigkeit

- Kein „Durstgefühl“
Flüssigkeitsgabe: Nebenwirkungen

☐ Thromboseprophylaxe

- keine routinemäßige Thromboseprophylaxe
Für CTC kaum brauchbare Literatur