

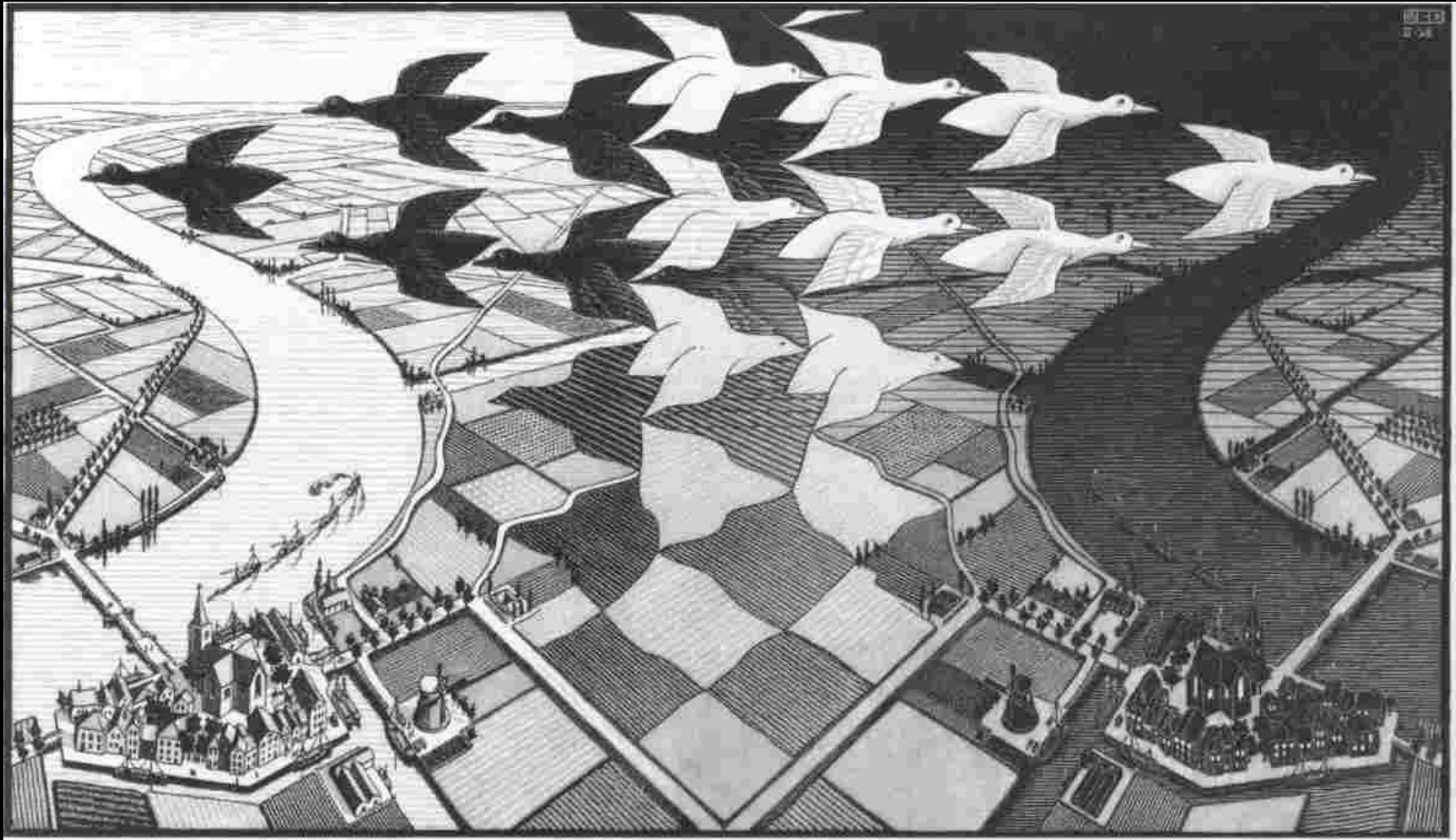
Zwischen Heilen und Lindern



Zur Entscheidungsfindung im Krankenhaus

Vortrag von Erny Gillen, Luxemburg
im Rahmen des 8. Interdisziplinären Palliativlehrgangs

Wien, 8.-9.3.2004



Maurits Cornelis Escher: "Tag und Nacht" (1938)

Wien, 8.-9.03.2005

2

Fragestellung + Vorgehen (1)



- Gerade die Möglichkeit eines (nun auch in Deutschland) berufsethisch abgesicherten "Verzichts auf Therapie" eröffnet **Ermessensspielräume** für die Gewissen der direkt von einer solchen Entscheidung betroffenen Personen.

Fragestellung + Vorgehen (2)

- Solche Ermessensspielräume rufen nach moralischen Entscheidungen.
- Diese vorzubereiten und in ethisch abgesicherten Bahnen zu begleiten, ist die Aufgabe der sogenannten multidisziplinär zusammengesetzten und pluralistisch argumentierenden klinischen Ethik-Komitees.

Zum « Verzicht auf Therapie »

Vier Dokumente - eine Aussage

- "Iura et bona" der Glaubenskongregation von 5/1980 (abgekürzt: **kath**)
- "Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften von 2/1995 (abgk.: **SAMW**)
- "Betreuung von Patienten am Lebensende". Medizinisch-ethische Richtlinien der **SAMW** (Neufassung von 2004; in der Vernehmlassung)
- "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" vom 7. Mai 2004 sowie von 9/1998 (abgk.: **Bäk**)

Gemeinsame Erkenntnis (Kath; SAMW; BÄK)

- Es gibt grundsätzlich medizinische Situationen, in denen der "Verzicht auf Therapie" sittlich nicht nur zulässig, sondern gar gefordert ist.
- Es handelt sich hierbei jeweils um hochethische Situationen, die mit der medizinischen, pflegerischen und seelsorglichen / psychologischen Kompetenz auch ethische Diskursfähigkeit voraussetzen und benötigen.

Analyse der Dokumente (alle)

- Nein zur Euthanasie
- Bedingtes Ja zum Verzicht auf Therapie
- Ja für "palliative" Weiterbehandlung
- Weg von objektiven Kriterien
(außerordentliche Mittel) zur ethischen
Güterabwägung

Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie

"Iura et Bona"

5. Mai 1980

in:

Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 20,
hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz,
Bonn 1980

Analyse der Dokumente (Kath 1)

"In vielen Fällen kann die Situation derart verwickelt sein, dass sich Zweifel ergeben, wie hier die Grundsätze der Sittenlehre anzuwenden sind. Die betreffenden Entscheidungen stehen dem Gewissen des Kranken oder seiner rechtmäßigen Vertreter wie auch der Ärzte zu; dabei sind sowohl die Gebote der Moral wie auch die vielfältigen Aspekte des konkreten Falles vor Augen zu halten."

Analyse der Dokumente (Kath 2)

Güterabwägung

*"Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die **Art der Therapie, der Grad der Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten** verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann."*

Analyse der Dokumente (Kath 3)

Klarstellung 1

"Sind andere Heilmittel nicht verfügbar, darf man mit Zustimmung des Kranken Mittel anwenden, die der neueste medizinische Fortschritt zur Verfügung gestellt hat, auch wenn sie noch nicht genügend im Experiment erprobt und nicht ungefährlich sind. Der Kranke, der darauf eingeht, kann dadurch sogar ein Beispiel der Hochherzigkeit zum Wohl der Menschheit geben."

Analyse der Dokumente (Kath 4)

Klarstellung 2

"Es ist immer erlaubt, sich mit den Mitteln zu begnügen, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellt. Niemand kann daher verpflichtet werden, eine Therapie anzuwenden, die zwar schon im Gebrauch, aber noch mit Risiken versehen oder zu aufwendig ist. Ein Verzicht darauf darf nicht mit Selbstmord gleichgesetzt werden; es handelt sich vielmehr um ein schlichtes Hinnehmen menschlicher Gegebenheiten ..."

Analyse der Dokumente (Kath 5)

Klarstellung 3

"Wenn der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann, darf man sich im Gewissen entschließen, auf weitere Heilversuche zu verzichten, die nur eine schwache oder schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne dass man jedoch die normalen Hilfen unterlässt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet. Dann liegt kein Grund vor, dass der Arzt Bedenken haben müsste, als habe er einem Gefährdeten die Hilfe verweigert."

Analyse der Dokumente (Kath 6)

Klarstellung 4

"Ebenso darf man die Anwendung dieser Mittel abbrechen, wenn das Ergebnis die auf sie gesetzte Hoffnung nicht rechtfertigt. Bei dieser Entscheidung sind aber der berechnete Wunsch des Kranken und seiner Angehörigen sowie das Urteil kompetenter Fachärzte zu berücksichtigen.

Diese können mehr als andere eine vernünftige Abwägung vornehmen, ob dem Einsatz an Instrumenten und Personal die erwarteten Erfolge entsprechen und ob die angewandte Therapie dem Kranken nicht Schmerzen oder Beschwerden bringt, die in keinem Verhältnis stehen zu den Vorteilen, die sie ihm verschaffen kann."

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften:

- Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten (SAMW - September 1995)

in: Schweizerische Ärztezeitung Band 76 – Heft 29/30/1995 vom 26.7.1995

- Betreuung von Patienten am Lebensende.
Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW Neufassung 2004)

Analyse der Dokumente (SAMW 1)

"Diese Richtlinien betreffen die ärztliche Betreuung von Sterbenden, d.h. von Personen, bei welchen der Arzt auf Grund klinischer Anzeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit oder die traumatische Schädigung irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird." (...)

Analyse der Dokumente (SAMW 2)

"Ausnahmen von der ärztlichen Verpflichtung zur Lebenserhaltung bestehen bei Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat, (...). Hier lindert der Arzt die Beschwerden. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und der Abbruch früher eingeleiteter Maßnahmen dieser Art sind gerechtfertigt."

Analyse der Dokumente (SAMW 3)



"Dabei sind Ziff. 2 und 3 (= Urteilsfähigkeit des Patienten) dieser Richtlinien zu beachten, und der Arzt soll sein Vorgehen mit dem Pflegepersonal und mit den Angehörigen besprechen."

Analyse der Dokumente (SAMW 4)

"Der Arzt lässt Sterbenden (...) stets eine angemessene Betreuung zukommen. Er ist verpflichtet, Schmerz, Atemnot, Angst und Verwirrung entgegenzuwirken, insbesondere nach Abbruch von Maßnahmen zur Lebensverlängerung. Er darf palliativ-medizinische Techniken anwenden, auch wenn sie in einzelnen Fällen mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollten."

Analyse der Dokumente (SAMW 5)



"Auch gegenüber Sterbenden (...) sind aktive Maßnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung gesetzlich verboten."

Analyse der Dokumente

(SAMW 6)

Neufassung 2004

Geltungsbereich

"Die Richtlinien betreffen die Betreuung von Patienten am Lebensende. Damit sind Kranke gemeint, bei welchen der Arzt aufgrund klinischer Anzeichen zur Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tod führt."

Analyse der Dokumente

(SAMW 7)

Neufassung 2004

Patientenrechte

"Jeder Patient hat das Recht auf Selbstbestimmung.

Die frühzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung des Patienten oder seiner Vertreter über die medizinische Situation ist Voraussetzung für die Willensbildung und Entscheidungsfindung. Dies bedingt eine einfühlsame und offene Kommunikation und die Bereitschaft des Arztes, die Möglichkeiten und Grenzen sowohl der kurativen wie auch der palliativen Behandlung zu thematisieren."

Analyse der Dokumente

(SAMW 8)

Neufassung 2004

Urteilsfähiger Patient

"Die Respektierung des Willens des urteilsfähigen Patienten ist zentral für das ärztliche Handeln. Demzufolge ist eine ärztliche Behandlung gegen den erklärten Willen des urteilsfähigen Patienten unzulässig. Dies gilt auch dann, wenn dieser Wille aus der Sicht Aussenstehender dessen wohlverstandenen Interessen zuwiderzulaufen scheint, und unabhängig davon, ob der Patient ein Kind, ein Jugendlicher oder entmündigt ist."

Analyse der Dokumente

(SAMW 9)

Neufassung 2004

Nicht urteilsfähiger Patient

"Ist es dem Patienten nicht mehr möglich, seinen Willen zu äussern, muss sein mutmasslicher Wille eruiert werden. Der Arzt oder das Pflegepersonal sollen deshalb abklären, ob der Patient eine Patientenverfügung verfasst, eine Vertrauensperson bevollmächtigt, oder sich gegenüber seinen Angehörigen klar geäussert hat. Zudem muss abgeklärt werden, ob eine gesetzliche Vertretung besteht. ..."

Nicht urteilsfähiger Patient (2)

"... Manchmal fehlt jeglicher Hinweis auf den mutmasslichen Willen, z.B. wenn keine Angehörigen vorhanden oder wenn aus zeitlichen Gründen (Notfall) Rückfragen bei Drittpersonen nicht möglich sind. In diesen Fällen soll sich der Entscheid an den wohlverstandenen Interessen des Patienten orientieren.

Entscheidungen am Lebensende sollen wenn immer möglich vom Betreuungsteam und von den Angehörigen des Patienten mitgetragen werden. ..."

Analyse der Dokumente

*(SAMW 11)
Neufassung 2004*

Nicht urteilsfähiger Patient (3)

*"... Klinische Ethikkommissionen können für die
Entscheidfindung konsiliarisch beigezogen
werden."*

Palliative Betreuung

"Der Arzt ist verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen sollte (die sogenannte «indirekte aktive Sterbehilfe»). Bei therapierefraktären Symptomen kann gelegentlich eine palliative Sedation notwendig werden. Im Gegensatz zur Sedation in der terminalen Phase ist zu beachten, dass nur soweit sediert werden soll, als dies zur Linderung der Symptome nötig ist. ..."

Palliative Betreuung (2)

"... Wichtig ist der Einbezug der Angehörigen unter Anerkennung ihrer Doppelrolle (Betreuende und Betreute). Wünsche nach einer persönlichen Gestaltung der letzten Lebensphase sollen unterstützt werden. Die palliative Betreuung soll auch die Begleitung der Angehörigen, in manchen Fällen über den Tod des Patienten hinaus, umfassen.

Es ist für einen respektvollen Umgang mit dem Verstorbenen zu sorgen; den kulturellen und religiösen Ritualen der Hinterbliebenen ist der nötige Raum zu gewähren."

Behandlungsverzicht oder-abbruch

"In bestimmten Situationen kann der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch gerechtfertigt sein (auch «passive Sterbehilfe» genannt).

Bei der Entscheidungsfindung spielen Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität sowie Intensität und Schwere des dem Patienten zugemuteten Eingriffs eine Rolle."

Beihilfe zum Suizid

Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen.

Für Ärzte besteht bei Patienten am Lebensende die Aufgabe darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben.

Beihilfe zum Suizid (2)

"... In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, denn der Arzt ist verpflichtet, seine ärztlichen Kompetenzen zur Heilung, Linderung und Begleitung einzusetzen. Auf der anderen Seite hat er den Willen des Patienten zu achten. Das kann auch bedeuten, dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren ist. ..."

Beihilfe zum Suizid (3)

"... Der einzelne Arzt trägt dann die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Mindestanforderungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.*
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.*
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlüberwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss. ..."*

Analyse der Dokumente

*(SAMW 18)
Neufassung 2004*

Beihilfe zum Suizid (4)

"... Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst ausgeführt werden."

Tötung auf Verlangen

"Die Tötung eines Patienten (auch «aktive Sterbehilfe» genannt) ist vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen des urteilsfähigen Patienten abzulehnen. Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar."



Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Bäk)

z.B. in:

Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 25. September 1998 (17) A-2365

Deutsches Ärzteblatt, Heft 19, 7. Mai 2004

Analyse der Dokumente (Bäk 1)

(Fassung 2004)

"Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können. Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. (...)"

Analyse der Dokumente (Bäk 1)

(Fassung 1998)

"Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben palliativer Behandlung in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. (...)"

Analyse der Dokumente (Bäk 2)

(Fassung 1998)

Ärztliche Pflichten bei Sterbenden (a)

"Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann." (...)

Analyse der Dokumente (Bäk 3)

(Fassung 2004)

Ärztliche Pflichten bei Sterbenden (b)

(...) "Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht."

Analyse der Dokumente (Bäk 3)

(Fassung 1998)

Ärztliche Pflichten bei Sterbenden (b)

(...) "Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht."

Analyse der Dokumente (Bäk 4)

(Fassung 1998)

"Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen."

Analyse der Dokumente (Bäk 5)

(Fassung 2004)

"Bei Patienten mit infauster Prognose (a),
*die sich zwar noch nicht im Sterben befinden,
aber nach ärztlicher Erkenntnis aller
Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben
werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten
ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles
indiziert sein, wenn lebenserhaltende
Maßnahmen Leiden nur verlängern würden
und die Änderung des Therapieziels dem Willen
des Patienten entspricht.*" (...)

Analyse der Dokumente (Bäk 5)

(Fassung 1998)

"Bei Patienten mit infauster Prognose (a),

die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungszieles nur dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert." (...)

Analyse der Dokumente (Bäk 6)

(Fassung 2004)

Patienten mit infauster Prognose (b)

(...) "An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Versorgung einschließlich pflegerische Maßnahmen."

Analyse der Dokumente (Bäk 6)

(Fassung 1998)

Patienten mit infauster Prognose (b)

(...) "An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muss dem Willen des Patienten entsprechen."

Analyse der Dokumente (Bäk 7)

(Fassung 2004)

„Pat. mit einer schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma (a),

haben, wie alle Patienten ein Recht auf Behandlung, Pflege, und Zuwendung.

Lebenserhaltende Therapie einschließlich - ggfs. künstlicher - Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten.“ (...)

Analyse der Dokumente (Bäk 7)

(Fassung 1998)

"Pat. mit einer lebensbedrohenden Krankheit (a),

*an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht
zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben,
wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung,
Pflege, und Zuwendung. Lebenserhaltende
Therapie einschließlich - ggfs. künstlicher -
Ernährung ist daher geboten." (...)*

Analyse der Dokumente (Bäk 8)

(Fassung 1998)

Pat. mit einer lebensbedrohenden Krankheit (b)

"Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, "sog. Wachkoma")." (...)

Analyse der Dokumente (Bäk 9)

(Fassung 2004)

„Pat. mit einer schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma (c)

„Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I – II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein.“

Analyse der Dokumente (Bäk 9)

(Fassung 1998)



Pat. mit einer lebensbedrohenden Krankheit (c)

"Bei fortgeschrittener Krankheit kann aber auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapiezieles und die Unterlassung lebenserhaltender Massnahmen in Betracht kommen. »

Analyse der Dokumente (Bäk 9)

(Fassung 1998)

Pat. mit einer lebensbedrohenden Krankheit (c)
*So kann der unwiderrufliche Ausfall weiterer
vitaler Organfunktionen die Entscheidung
rechtfertigen, auf den Einsatz substituierender
technischer Hilfsmittel zu verzichten. Die Dauer
der Bewusstlosigkeit darf dabei nicht alleiniges
Kriterium sein."*

Analyse der Dokumente (Bäk 10)

(Fassung 2004)

„Pat. mit einer schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma (d)

„Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.“

Analyse der Dokumente (Bäk 11)

(Fassung 1998)



"Alle Entscheidungen müssen dem Willen des Patienten entsprechen. Bei bewusstlosen Patienten wird in der Regel zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein."

Die Entscheidungsträger (1)

- In der Regel:
 - der wahrheitsgemäss aufgeklärte urteilsfähige Patient
- Bedingt:
 - die "Stellvertreter" des Patienten (BÄK):
 - gesetzliche Vertreter, insofern sie zum Wohl des Patienten entscheiden
 - der mutmaßliche Wille des Patienten, insofern er aus den Gesamtumständen zu ermitteln ist (inklusive Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen, Vorsorgevollmacht, Angehörige, nahestehende Personen)
 - der Arzt im Interesse des Patienten

Die Entscheidungsträger (2)



Die Glaubenskongregation und die SAMW
fügen der Liste der zu berücksichtigenden
Meinungsbildner noch hinzu:

- Urteil kompetenter Fachärzte
- Pflegepersonal



Maurits Cornelis Escher:
Befreiung (1955)