

Soins palliatifs - passiv Euthanasie - aktiv Euthanasie ?

Diskussionsabend von der CSF Osten

Vortrag von Erny Gillen, Lëtzebuerg

Berbuerg, de 19. März 2002

Définition de l'euthanasie

"Par euthanasie, nous entendons une action ou une omission qui, de soi ou dans l'intention, donne la mort afin de supprimer ainsi toute douleur.

L'euthanasie se situe donc au niveau des intentions et à celui des procédés employés."

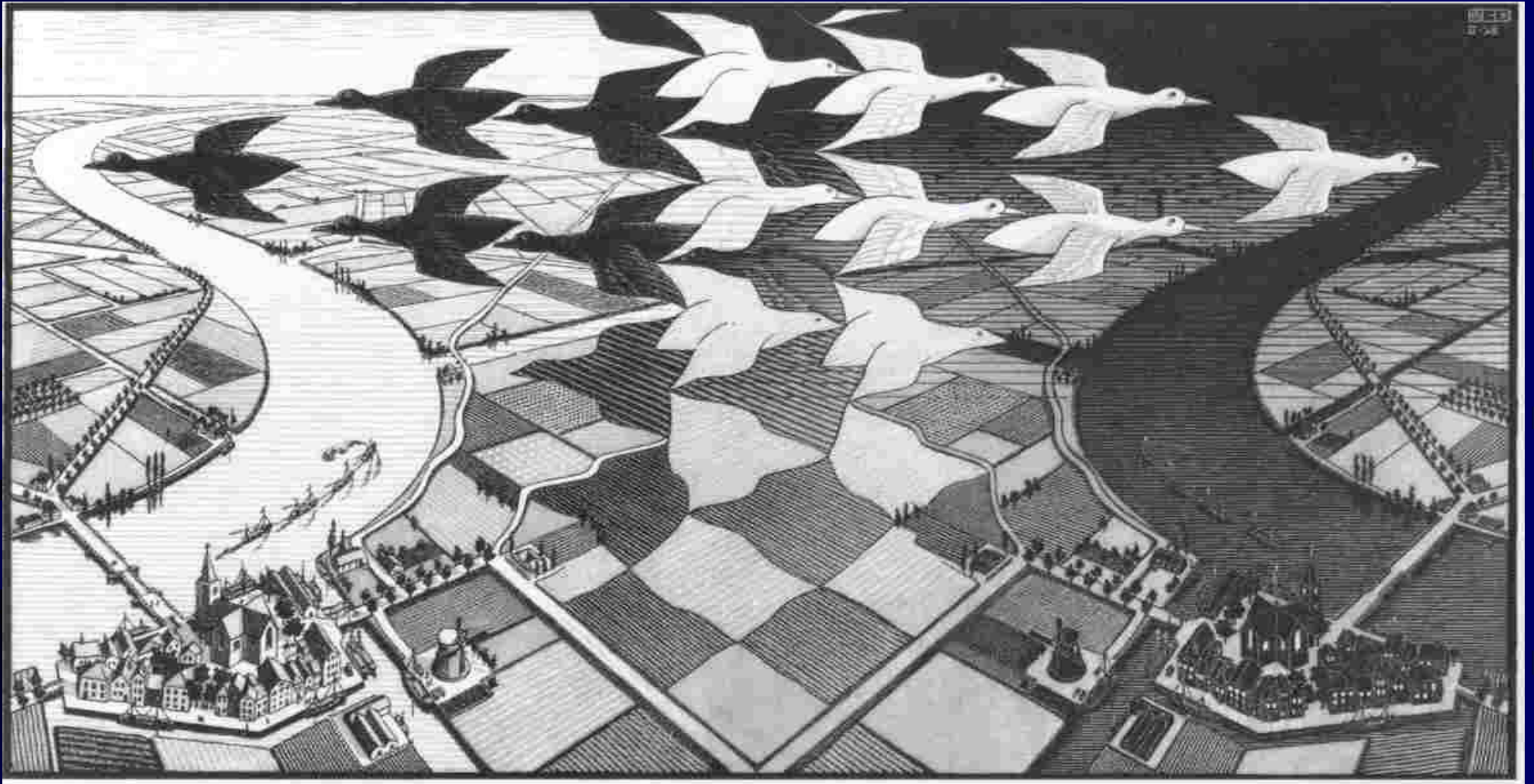
Iura et Bona, 1980

Position de l'Eglise Catholique

"Quels qu'en soient les motifs et les moyens, l'euthanasie directe consiste à mettre fin à la vie de personnes handicapées, malades ou mourantes. Elle est moralement irrecevable.

Ainsi une action ou une omission qui, de soi ou dans l'intention, donne la mort afin de supprimer la douleur, constitue un meurtre gravement contraire à la dignité de la personne humaine et au respect du Dieu vivant, son Créateur. L'erreur de jugement dans laquelle on peut être tombé de bonne foi, ne change pas la nature de cet acte meurtrier, toujours à proscrire et à exclure."

Catéchisme de l'Eglise Catholique (2277)



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

Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie

"Iura et Bona"

5. Mai 1980

in:

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

"Muss man nun unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden?"

Bis vor kurzem antworteten die Moraltheologen, die Anwendung "ausserordentlicher" Mittel könne man keinesfalls verpflichtend vorschreiben." ...

... "Diese Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint heute vielleicht weniger einsichtig , sei es wegen der Unbestimmtheit des Ausdrucks oder wegen der schnellen Fortschritte in der Heilkunst. Daher ziehen es manche vor, von 'verhältnismäßigen' und 'unverhältnismäßigen' Mitteln zu sprechen."

"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."

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."

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."

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 ..."

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."

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 berechnigte 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."

4 Klarstellungen

- Ja zur experimentellen Therapie
- Ja zum Verzicht auf Therapie
- Ja zum Sterbenlassen
- Ja zum Abbruch einer Therapie

Aussagen der Kirche zu den Herausforderungen am Sterbebett

- klares Nein zur Tötung
- bedingtes Ja zum Verzicht auf Therapie
- klares Ja zur Begleitung Sterbender

Argumenter géint d'Euthanasie

- Doud-maachen as keen "acte médical"
- Vertrauen an den Dokter an d'Spidol
- Drock op geschwächte Mënschen
- Péng ka bis zu 97 % behandelt gin
- De Wonsch fir doud-gemaach ze gin as net eendeiteg
- d'Liewen as een "don de Dieu"

Acharnement thérapeutique

*Association médicale mondiale, inc.,
Venise, Italie, Octobre 1983:*

"Le médecin s'abstiendra de tout acharnement thérapeutique, c'est-à-dire de tout traitement extraordinaire dont personne ne peut espérer un quelconque bénéfice pour le patient."

Commission nationale d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CNE)

... la CNE juge que tout patient capable, majeur, bien informé, ayant mûrement réfléchi sur les conséquences de sa décision a le droit de refuser la mise en place ou la continuation d'un traitement. Elle recommande toutefois ... de vérifier soigneusement si ces conditions sont satisfaites.

- La CNE recommande la mise en place de comités d'éthique dans tous les établissements hospitaliers.
- En aucun cas, la réanimation de personnes ayant commis une tentative de suicide ne doit être considérée comme équivalent à un acharnement thérapeutique.

Il ne faudra en aucun cas que le discours portant sur l'acharnement thérapeutique crée des discriminations à l'égard de qui que ce soit (personnes âgées, personnes handicapées) ou de quelque groupe que ce soit.

Code de déontologie luxbg. du 21 mai 1991

Art 45: "En cas d'affectation incurable et terminale, le médecin doit apaiser les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant autant que possible la qualité d'une vie qui s'achève. (...) "

Code de déontologie

- (...) "Le médecin doit assister le mourant jusqu'à la fin et agir de façon à permettre au patient de garder sa dignité.
- Le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort du patient."

Patientenverfügung der Caritas Luxembourg

Renouvellement lieu, date: _____ signature: _____ _____ _____ _____ Une copie des présentes dispositions a été déposée auprès des personnes de confiance suivantes: nom, prénom _____ rue _____ lieu _____ téléphone _____ nom, prénom _____ rue _____ lieu _____ téléphone _____ Editeur responsable: Confédération Caritas Luxembourg asbl, avril 1997. Reproduction interdite.	caritas Luxembourg Dispositions de fin de vie  nom _____ prénom _____ date de naissance _____ rue _____ lieu _____ Veillez transmettre ces dispositions au médecin traitant et au personnel soignant. Bitte übergeben Sie diese Verfügung den verantwortlichen Ärzten/Ärztinnen und dem zuständigen Pflegepersonal.
--	---

Mes dispositions de fin de vie pour mourir dignement et en paix Au cas où je subirais une perte de conscience ou une diminution de la conscience provoquées par la maladie, par un accident ou par d'autres circonstances m'empêchant d'exprimer ma volonté, je dispose ce qui suit: • Lorsque des troubles graves de la santé ne seront pas de nature à conduire directement à ma mort, je serai reconnaissant(e) pour tout acte médical approprié, exécuté en âme et conscience, destiné à améliorer mon état et à pallier les douleurs éventuelles. • Je souhaite par contre que soit renoncé à toute mesure médicale visant à prolonger ma vie, au cas où il sera constaté médicalement et de manière univoque - que je me trouve irrémédiablement dans un état conduisant directement à la mort, de sorte qu'une thérapie visant à prolonger ma vie ne ferait que prolonger le processus de ma mort ou mes souffrances, sans qu'il n'y ait aucune perspective de rétablissement, ou encore - que l'éventualité de me voir reprendre conscience est totalement exclue. • En ces cas, tous traitements et soins devraient viser l'atténuation de la douleur, de l'agitation et de l'angoisse, même s'il n'était pas à exclure que le traitement de la douleur raccourcisse ma vie. • Je désire mourir dignement et en paix. Je souhaite mourir si possible dans mon environnement familial. • Je refuse tout acte provoquant délibérément ma mort (euthanasie active).	• Je souhaite un accompagnement spirituel et humain. Ma religion/confession: _____ • Je souhaite que les personnes de confiance suivantes soient associées à toute prise de décision: Noms, téléphone _____ _____ _____ • Autres remarques: _____ _____ _____ _____ _____ lieu, date: _____ signature: _____
--	--

"Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche
Betreuung sterbender und zerebral schwerst
geschädigter Patienten"

der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Februar 1995

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."

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Bäk)

11. September 1998

z.B. in:

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

Bäk 1

"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. (...)"

Bäk 2

"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." (...)

(...) "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."

Bäk 4

"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."

Bormann, Franz-Josef

"Beim *Töten auf Verlangen* ist das Handeln des Arztes zwar nicht der einzige kausal wirksame Faktor, wohl aber die **alleinige hinreichende Bedingung** für den Tod des Patienten, während beim *Sterbenlassen* das Handeln des Arztes entweder die zwar **notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung** oder zumindest nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten ist."

In: Töten oder Sterbenlassen? Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion; Theologie und Philosophie, 76 (2001) 1, Herder Freiburg

Bormann, Franz-Josef

"... Damit lässt sich anhand zweier eminent wichtiger intrinsischer Handlungsmerkmale, nämlich der kausalen Rolle des Akteurs und der die Handlung motivierenden Intention, eine Diskrepanz zwischen den Handlungstypen der aktiven und passiven Euthanasie nachweisen, deren moralisches Gewicht zu Unrecht sowohl von den Anhängern der Äquivalenzthese wie auch von den Protagonisten einer modifizierten Signifikanzthese bestritten wird. "

In: Töten oder Sterbenlassen? Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion; Theologie und Philosophie, 76 (2001) 1, Herder Freiburg

Bernward Gesang

"In fast allen Fällen bietet die 'Geschehenlassen durch Handeln'-Theorie (GDH) für die Praxis ein ganz eindeutiges und einfaches Kriterium, um Tun und Unterlassen, Töten und Sterbenlassen und aktive und passive Sterbehilfe zu unterscheiden. Man analysiert die Körperbewegungen des Arztes und prüft, ob sie für den Tod hinreichend sind *und* ob sie eine zuvor initiierte Behandlungsmaßnahme aufheben oder nicht."

in: Aktive und passive Sterbehilfe - Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung; Ethik in der Medizin 13 (3) September 2001, Springer Verlag

Bernward Gesang

"Passive Sterbehilfe liegt vor, wenn die sonstigen allgemeinen Bedingungen für Sterbehilfe erfüllt sind und ein Geschehenlassen zum Tod führt. Falls es sich um ein Geschehenlassen durch Handeln handelt, dürfen nur solche Handlungen beteiligt sein, die eine zuvor vom Arzt initiierte medizinische Maßnahme beenden. Jede andere Form der Sterbehilfe ist aktiv."

in: Aktive und passive Sterbehilfe - Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung; Ethik in der Medizin 13 (3) September 2001, Springer Verlag

Maurits Cornelis Escher:
Befreiung (1955)



TWON

Dietrich Bonhoeffer

"Das Wunder der Auferstehung Christi hebt die Vergötzung des Todes, wie sie unter uns herrscht, aus den Angeln. Wo der Tod das letzte ist, dort verbindet sich die Furcht vor ihm mit dem Trotz. Wo der Tod das letzte ist, dort ist das irdische Leben alles oder nichts. Das Trotzen auf irdische Ewigkeiten gehört dann zusammen mit einem leichtfertigen Spiel mit dem Leben, krampfhaftes Lebensbejahung mit gleichgültiger Lebensverachtung. Nichts verrät die Vergötzung des Todes deutlicher, als wenn eine Zeit für die Ewigkeit zu bauen beansprucht und doch in ihr das Leben nichts gilt. (...)

Dietrich Bonhoeffer (2)

(...) Die Radikalität des Ja und des Nein zum irdischen Leben offenbart, dass nur der Tod etwas gilt. Aber alles erraffen oder alles wegwerfen, das ist die Haltung dessen, der fanatisch an den Tod glaubt.

Dietrich Bonhoeffer (3)

(...) Wo aber erkannt wird, dass die Macht des Todes gebrochen ist, wo das Wunder der Auferstehung und des neuen Lebens mitten in die Todeswelt hineinleuchtet, dort verlangt man vom Leben keine Ewigkeiten, dort nimmt man vom Leben, was es gibt, nicht Alles oder Nichts, (...) dort hält man das Leben nicht krampfhaft fest, aber man wirft es auch nicht leichtsinnig fort, dort begnügt man sich mit der bemessenen Zeit und spricht nicht irdischen Dingen Ewigkeit zu, dort lässt man dem Tod das begrenzte Recht, das er noch hat."