

Unterrichtseinheit Sterben und Tod



Sterbehilfe Euthanasie

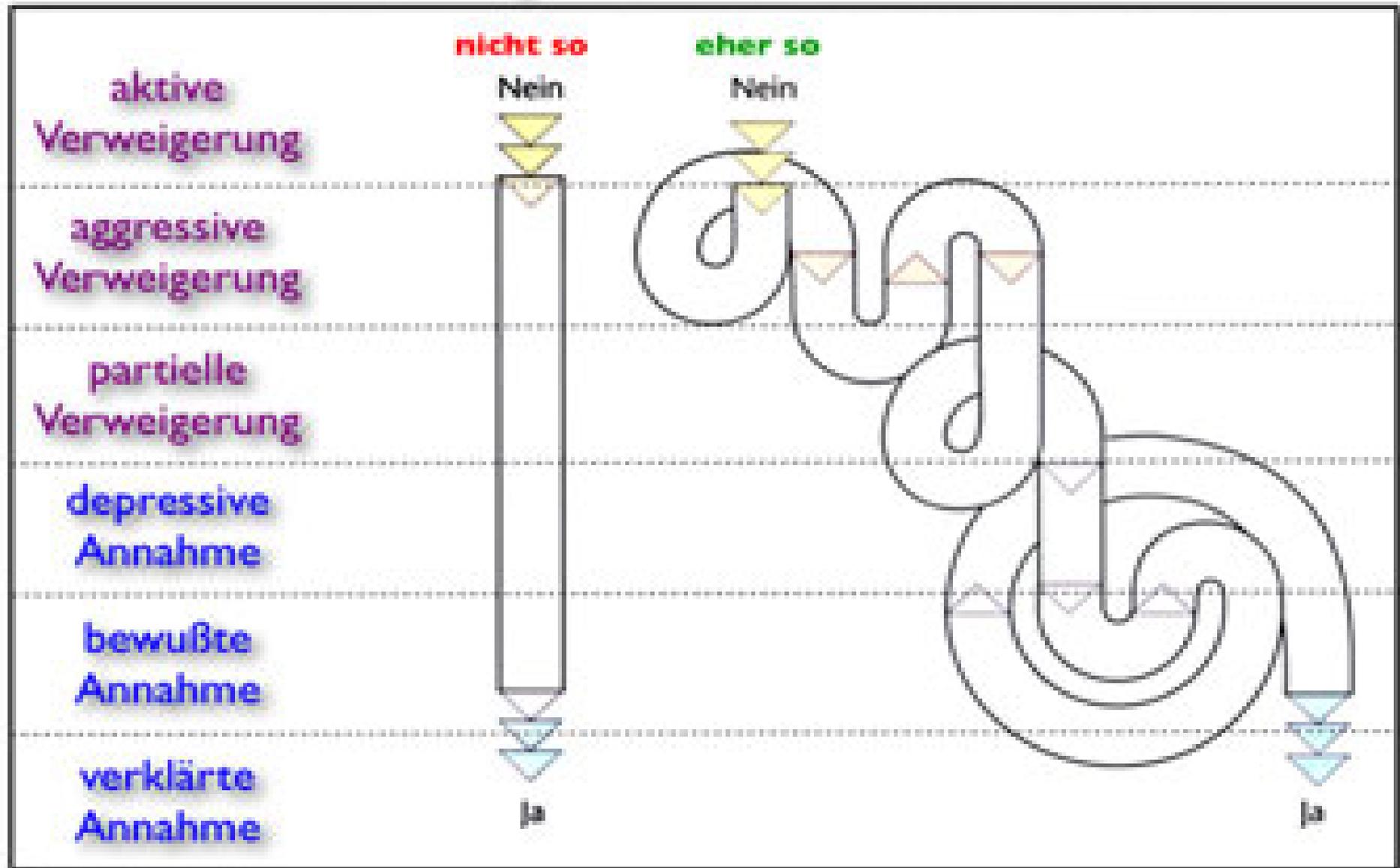
Nach einer Vorlage von G. Marckmann; Tübingen 10/2006

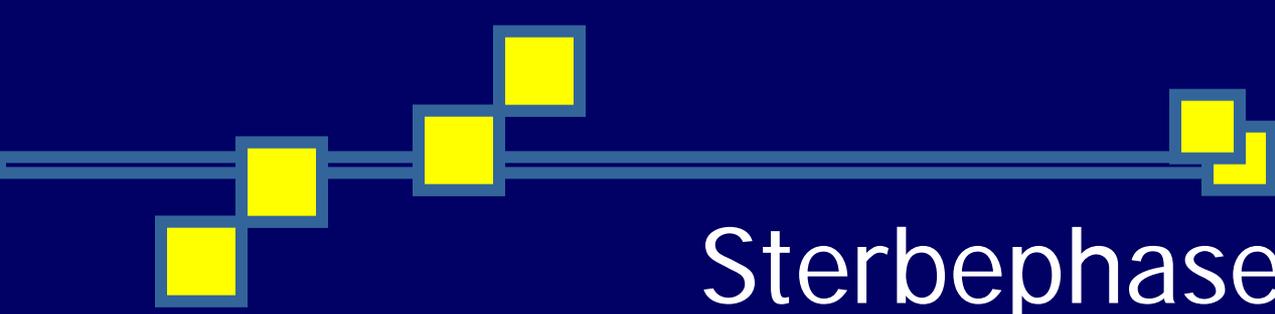
Der Tod



- Welche Gefühle stellen sich bei Menschen ein, die mit dem Tod konfrontiert werden?
- Bestehen beim Umgang mit dem Tod Gedanken an die eigene Endlichkeit?
- Welche Gedanken stellen sich ein, wenn wir mit dem Tod – auch über die Medien – konfrontiert werden?
- Bewegt uns der Tod mehr, oder ist es das Sterben des Menschen, das uns seelisch berührt?
- Vor dem Tod, stehen bei den meisten Menschen die Sterbephasen

Sterbephasen nach Kübler-Ross





Sterbephasen

[Elisabeth Kübler-Ross 1926 - 2004]

1. **Veränderung, Abweisung, Rückzug**
2. **Ärger, Protest, Mißtrauen**
3. **Ver-Handeln um das Leben**
4. **Depression und Widerstandslosigkeit**
5. **Annahme des Sterbens, Ergebenheit, Ruhe**



Sterbephasen

[Elisabeth Kübler-Ross 1926 - 2004]

1. **Veränderung, Abweisung, Rückzug**
2. Ärger, Protest, Mißtrauen
3. Ver-Handeln um das Leben
4. Depression und Widerstandslosigkeit
5. Annahme des Sterbens, Ergebenheit, Ruhe

1. Phase: Das Nicht-Wahrhaben-Wollen (aktive Verweigerung)

Der Betroffene will die Diagnose des bevorstehenden Todes nicht wahrhaben. Er verdrängt sie und erlebt einen Schock. Er glaubt an Verwechslungen und Irrtümer, schiebt alles auf die Unfähigkeit der Ärzte und Pfleger. Oft sucht er andere Ärzte auf, die ihm eine "bessere" Diagnose liefern können. In dieser Phase werden auch noch Zukunftspläne geschmiedet und er legt besonderen Wert auf seine äußere Erscheinung, wie Kleidung und Frisur. Trotzdem kreisen seine Gedanken ständig um das Todesproblem. Angehörige und Pfleger versuchen oft diese Todesgefahr zu verbergen, um einen Schock zu vermeiden und der eigenen Betroffenheit zu entgehen. Doch dieses Verbergen und Verschweigen des Zustandes kann den Betroffenen in eine noch größere Krise stürzen. Er ahnt seine Todesnähe und spürt, dass er von seiner Umwelt angelogen wird. Und gerade dieses Schweigen signalisiert ihm, dass er über seine Ängste nicht reden darf. Viele Sterbende fordern daher, ihnen die Wahrheit zu sagen, schonungslose Wahrheit könnte die Auseinandersetzung mit dem Tod lähmen, statt sie zu fördern. Wir, also die Pflegenden, sollten statt dessen stets zu einem Gespräch bereit sein, der Sterbende sollte offen darüber reden können und so schrittweise begreifen können, dass es schlecht um seine Gesundheit steht. Doch neben diesen ernstesten Gesprächen sollten auch andere Gespräche geführt werden, die den Kranken ablenken und ihn dazu ermutigen, das Leben noch intensiv auszukosten.



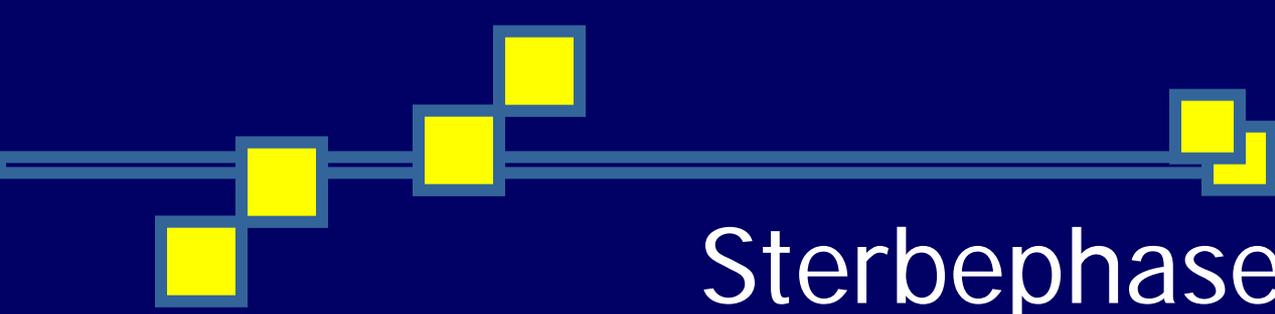
Sterbephasen

[Elisabeth Kübler-Ross 1926 - 2004]

1. Veränderung, Abweisung, Rückzug
- 2. Ärger, Protest, Mißtrauen**
3. Ver-Handeln um das Leben
4. Depression und Widerstandslosigkeit
5. Annahme des Sterbens, Ergebenheit, Ruhe

2. Phase: Phase der Auflehnung (*aggressive Verweigerung*)

Die zweite Phase ist die Phase der Auflehnung, der Aggression und Rebellion, die aggressive Auseinandersetzung mit dem unausweichlichem Schicksal. Der Sterbende richtet seine Aggression und seinen Zorn gegen diejenigen, die leben dürfen, also Angehörige, Pflegepersonal usw., da er den Tod nicht direkt angreifen kann. Vor allem religiös gesinnte Menschen richten ihre Aggression gegen Gott, den Schöpfer und Lenker des Lebens, denn sie können nicht verstehen, warum gerade sie sterben müssen. In dieser Phase wird häufig jede Art von Essen und Trinken abgelehnt und der Betroffene zieht sich immer mehr zurück. Wir sollten uns von den Anschuldigungen und Beschimpfungen nicht persönlich angesprochen fühlen und nicht selbst aggressiv reagieren. Vielmehr sollten wir dem Kranken die Möglichkeit geben, über seine Probleme und Ängste offen reden zu können. Denn wenn der Betroffene sich verstanden fühlt und wir ihm Hilfe zusichern, werden die Aggressionen am schnellsten wieder abgebaut und gehen nicht in depressive Formen über.



Sterbephasen

[Elisabeth Kübler-Ross 1926 - 2004]

1. Veränderung, Abweisung, Rückzug
2. Ärger, Protest, Mißtrauen
- 3. Ver-Handeln um das Leben**
4. Depression und Widerstandslosigkeit
5. Annahme des Sterbens, Ergebenheit, Ruhe

3. Phase: Verhandeln um das Überleben (*partielle Verweigerung*)

In der, meist kurzen, dritten Phase erkennt der Betroffene den bevorstehenden Tod an, dennoch versucht er zu verhandeln. Er "verhandelt" mit den Ärzten und dem Pflegepersonal. Er besucht regelmäßig die Kirche, legt Gelübde und Versprechen ab, nimmt regelmäßig an den Therapien teil und stimmt neuen Therapien zu. Auch mit Gott und dem Schicksal wird verhandelt: es wird um Aufschub gebeten, z.B. bis zur Geburt des ersten Enkels oder Urenkels. Wir als Pflegepersonal sollten versuchen, die Hoffnungen auf einen realistischen Hintergrund zurückzuführen und keine falschen Hoffnungen zu wecken, da diese den Betroffenen erst recht schädigen würden.



Sterbephasen

[Elisabeth Kübler-Ross 1926 - 2004]

1. Veränderung, Abweisung, Rückzug
2. Ärger, Protest, Mißtrauen
3. Ver-Handeln um das Leben
- 4. Depression und Widerstandslosigkeit**
5. Annahme des Sterbens, Ergebenheit, Ruhe

4.Phase: Depression (*depressive Annahme*)

In dieser Phase kommt es zu extremen Schwankungen zwischen Depressionen und Hoffnungen. Die Depression ist vor allem durch eine hoffnungslose innere Leere, durch Sinnlosigkeitsgefühle und Lebensüberdruß gekennzeichnet. Der Sterbende trauert um das, was er mit seinem Tod verlieren wird, um das, was ihm wichtig war (Partner, Kinder, Freunde und Angehörige). Er bereut vielleicht zurückliegende Versäumnisse, erinnert sich an frühere Ereignisse und Probleme, die er jetzt nicht mehr lösen kann. Das kann in ihm Kummer und Schuldgefühle erwecken. Es ist ihm aber auch möglich geworden, sich mit der Realität des Todes auseinanderzusetzen und zum Beispiel sein Testament zu erstellen oder ein Geschäft zum Abschluss zu bringen. Doch auch in dieser Phase gibt der Sterbende die Hoffnung nicht auf. Er hofft immer noch auf eine Genesung oder zumindestens auf einen Stillstand seiner Krankheit. Wenn diese, meist unrealistischen, Hoffnungen nicht eintreffen, hofft er wenigstens auf ein gutes, möglichst schmerzfreies Sterben und auf ein besseres Leben nach dem Tod. Gerade diese Hoffnung auf ein schmerzfreies Sterben können wir als Pflegepersonal mit einer guten Sterbebegleitung erfüllen. Weiterhin sollten wir ihn bei wichtigen Erledigungen, wie Testament erstellen und Versöhnungen mit Angehörigen und Freunden, unterstützen. Denn viele Menschen können einfach nicht sterben, bevor sie nicht noch ein letztes Mal ihre Angehörigen gesehen haben. Wir sollten ihm ermöglichen, seine Trauer auszudrücken und für ihn da zu sein, wenn er das Gespräch sucht. Doch auch wir sollten dabei nicht vergessen, unsere Trauer auszuleben. Auch wir dürfen Weinen und uns zur Unterstützung Hilfe durch Gespräche holen.



Sterbephasen

[Elisabeth Kübler-Ross 1926 - 2004]

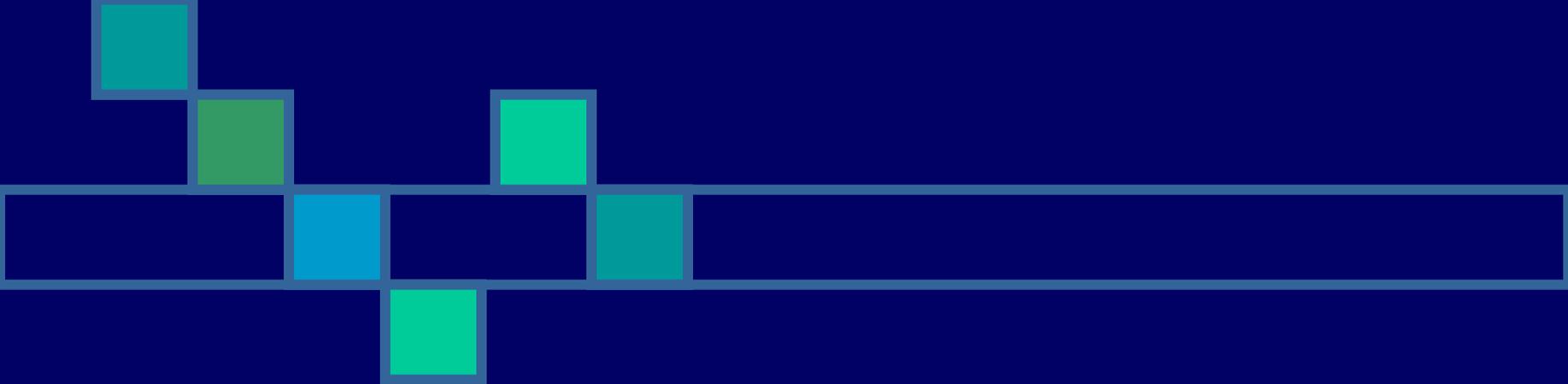
1. Veränderung, Abweisung, Rückzug
2. Ärger, Protest, Mißtrauen
3. Ver-Handeln um das Leben
4. Depression und Widerstandslosigkeit
5. **Annahme des Sterbens, Ergebenheit, Ruhe**

5. Phase: Zustimmung

(bewußte und verkörperte Annahme)

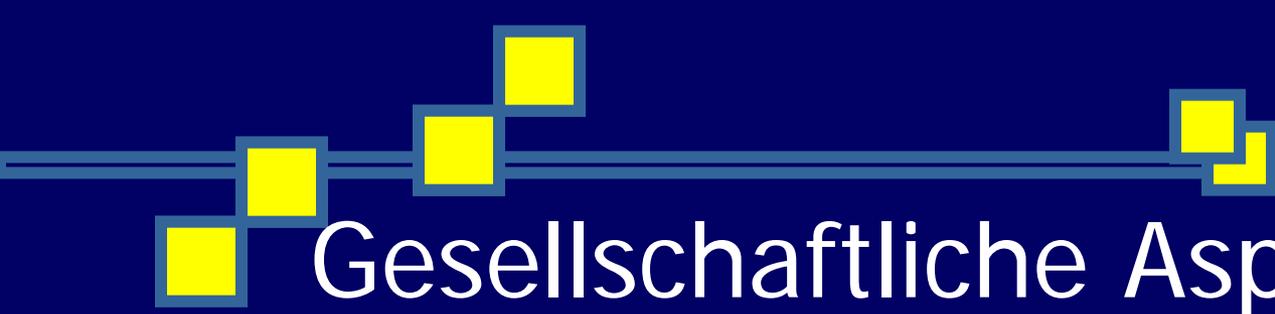
In dieser letzten fünften Phase nimmt der Betroffene sein Schicksal an und willigt darin ein. Es geht darum Traurigkeit und Trauer über sich selbst und die Angehörigen zuzulassen. Es bestehen zwar immer noch schwache Hoffnungen, nicht sterben zu müssen, doch ansonsten ist diese Phase frei von solchen starken Gefühlen, wie sie in den vorangegangenen Phasen auf den sterbenden eingestürmt sind. Er ist jetzt körperlich und geistig erschöpft, schläft viel und möchte häufig nicht gestört werden. Meist kann er sich nur noch mit wenigen Worten und Gesten verständigen.

Er beginnt, sich von seiner Umwelt abzunabeln; er isoliert sich. Dennoch entwickelt er eine besondere Sensibilität gegenüber seiner Umgebung. Er registriert bereits kleine Veränderungen im Verhalten des Pflegepersonals oder der Angehörigen. Deshalb ist es hier so wichtig, mit den Angehörigen zusammenzuarbeiten. Wir müssen sie darauf aufmerksam machen, dass der Sterbende, der nun besonders sensibel ist, alle Gefühle und Gedanken, die ausgedrückt werden, aufnimmt. Deswegen müssen die Angehörigen darauf hingewiesen werden, auf ihre Äußerungen zu achten und nicht die Würde des Sterbenden durch rücksichtsloses Verhalten, z.B. ungesteuertes Heulen, gefühllose Bemerkungen, zu verletzen. Denn gerade jetzt ist ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen gefragt. Der Sterbende darf vor allem nicht das Gefühl bekommen, allein zu sein. Wir müssen weiterhin für ihn da sein, ihm Hautkontakt bieten. Ein Streicheln über die Wange sagt oft mehr als tausend Worte, auch bei Sterbenden.



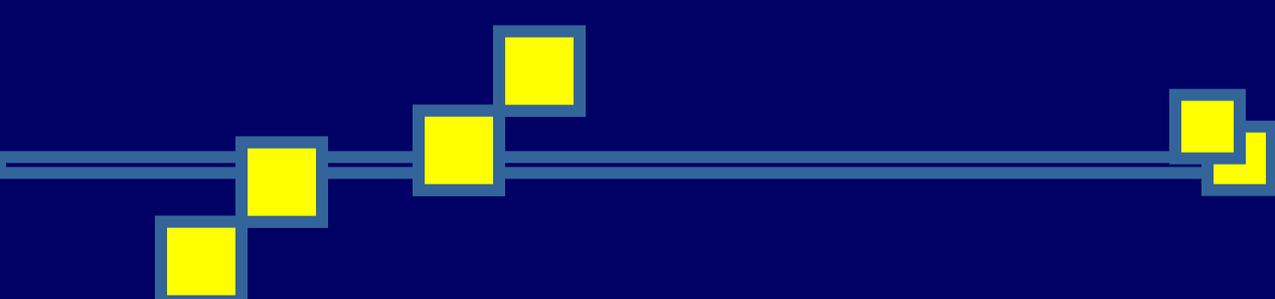
Tod und Sterben





Gesellschaftliche Aspekte

- **Death education/Sterbeaufklärung** (Teilbereich der Thanatologie)
- **Thanatologie**: dem griechischen Gott des Todes, und bedeutet 'Forschung über Sterben und Tod'
- Keine menschliche Erfahrung überwältigender als Tod
- Arzt/Mensch mit Tod konfrontiert
- Lebensauffassung und Gewohnheiten bestimmen Art der Beschäftigung mit dem Tod
- Eher Verleugnung des Todes in westlicher Gesellschaft
- bis Mitte 20.Jh verstarben besonders in ländlichen Gebieten die meisten zu Hause, im Kreise der Familie
- danach Verlagerung des Sterbeortes in Krankenhäuser/Heime
→professionelles Fachpersonal betreut Sterbende



Einstellung des Menschen zu Sterben und Tod

■ **Religiosität:**

- akzeptiert und als dem Leben zugehörig assoziiert

■ **Konfession:**

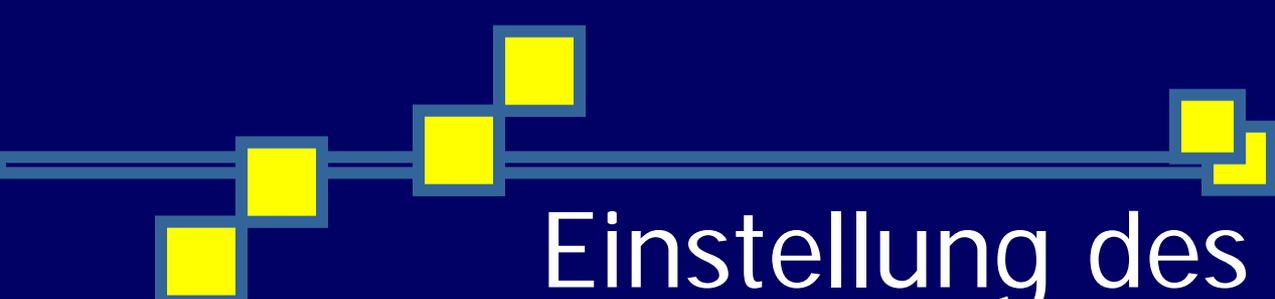
- Formen der Trauerbewältigung nach einem Todesfall, die Ungewissheit über das 'Danach' ist somit relativiert, Angst vor Sterben und Tod vermindert sich → gelassenerer und unverkrampfterer Umgang mit Sterben und Tod.

■ **Lebensalter:**

- je älter je häufiger Gedanken an die eigene Vergänglichkeit

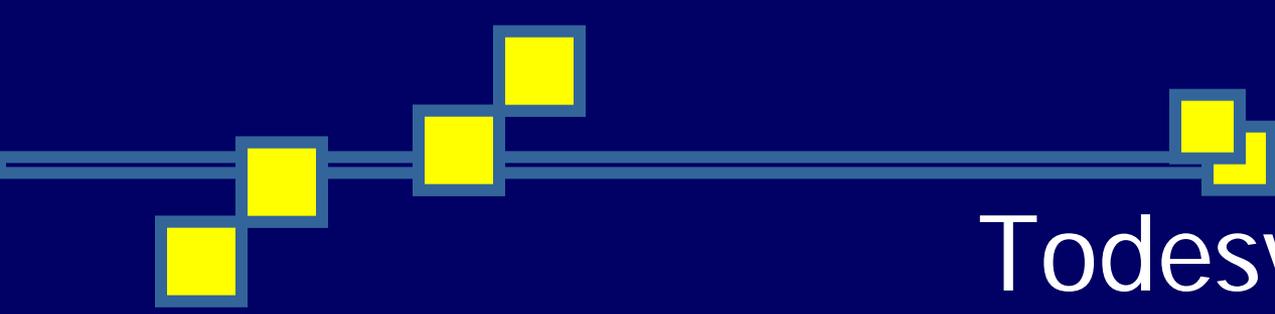
■ **Gesundheitszustand:**

- Schwere Krankheiten führen vermehrt zu Gedanken an den Tod.



Einstellung des Menschen zu Sterben und Tod II

- **Geschlecht:**
 - Frauen neigen stärker zu Todesangst, Tod als Erlösung und als fremde Macht; Männer sachlicher
- **Bildung:**
 - Versachlichung bei steigendem Bildungsstand, niedrigere Angst vor Sterben, Umgang und Einstellung dazu offener
- **sozialer Status:**
 - mit Steigen der Lebensqualität durch gegebene Mittel, auch Wunsch nach Verlängerung des Lebens, Tod wird nicht akzeptiert;
 - niedriger sozialer Status: Tod als Ausweg aus der gegenwärtigen Lebenslage.



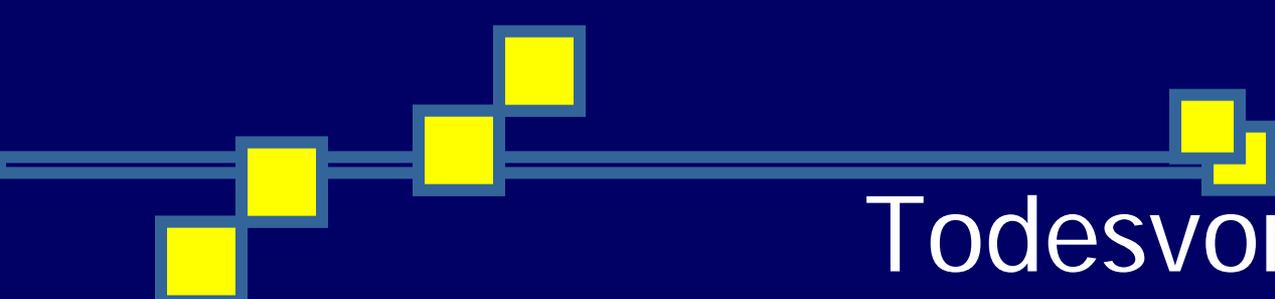
Todesvorstellungen

■ Lebensende

- Tod ist tatsächlich das Ende des Lebens
- knapp, trocken und unpräzise
- Der vitale Vorgang erreicht seinen Endpunkt
- Eine Untergruppe definiert den Tod als den *natürlichen Abschluß* des Lebens, der biologische Prozeß steht im Vordergrund
- Lineare Zeitvorstellung
- Individueller Tod endgültige Auslöschung der Existenz, keine Wiederkehr

■ Fremde Macht

- Schicksal
- resignative Tönung
- Tod als unabwendbar
- Er besitzt Macht über uns (durchaus personifiziert), er ist ein Wesen, das in die Welt gesandt wird, um den Menschen die prädisponierte Bestimmung zukommen zu lassen, das Individuum aus seiner Existenz herauszulösen



Todesvorstellungen II

■ Urvölker und Tod

- Tod als Ortswechsel, Kontakt mit Gestorbenen (Traum, Trance, Kultische Rituale)
- Tod als Folge magischer, dämonischer Einflüsse, eigener Tod nicht als Individuum, da Teil der Stammesseele
- Zyklische Weltvorstellung: alles kehrt wieder

■ Tod als Erlösung

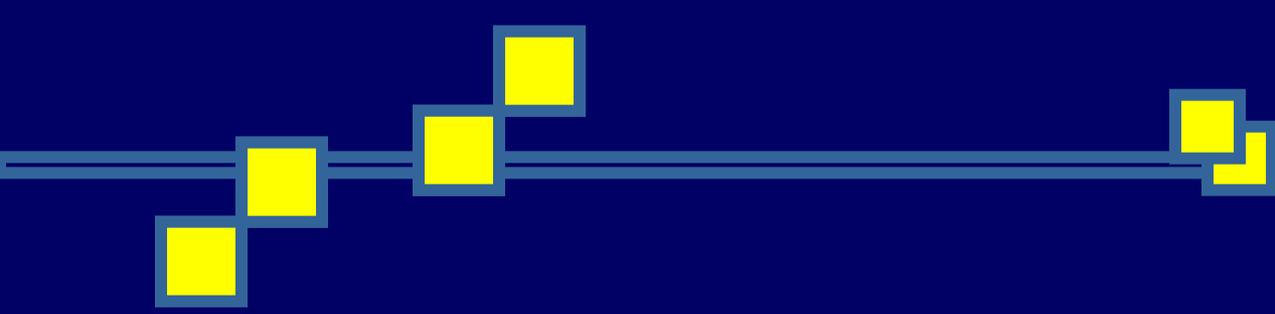
- von Schmerzen, vom Diesseitigen
- als Übergang zu neuem Leben im Jenseits
- befreit er das Körperliche, oft durch Krankheit zum Jammertal gemachte Unglück von seiner materiellen Hülle und Einengung
- Für den, der Siechtum beobachtet hat, bedeutet Aufrechterhaltung des Lebens oft Qual. [...]

■ Angst

- Tod als schreckliches Ereignis
- Der Tod wird angstvoll zu vermeiden versucht, wird tabuisiert und verleugnet.

■ Medizinischer Blick

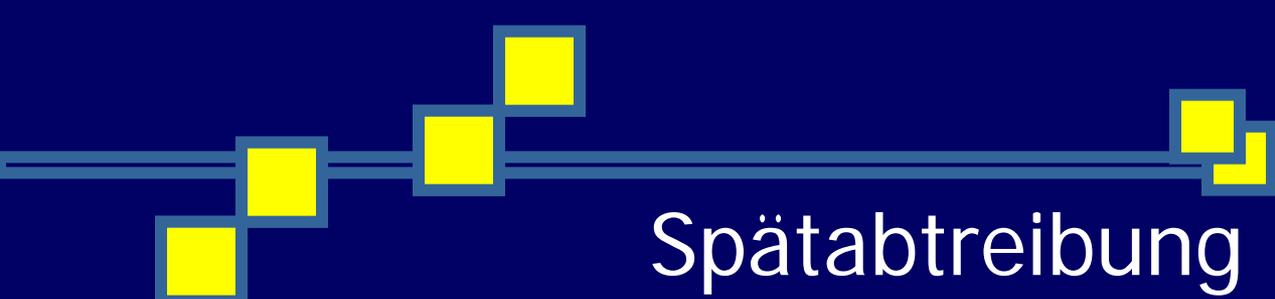
- Schutz vor leibhaftigem Erleben und Identifikation
- Reaktionen der Betroffenen werden durch routiniertes, neutrales Verhalten „normalisiert“
- Routinen, Hierarchien und Rituale
- Ziel: Handlungsfähig sein, medizinische Qualität zu sichern, Vertrauen des Patienten erhalten



Euthanasie

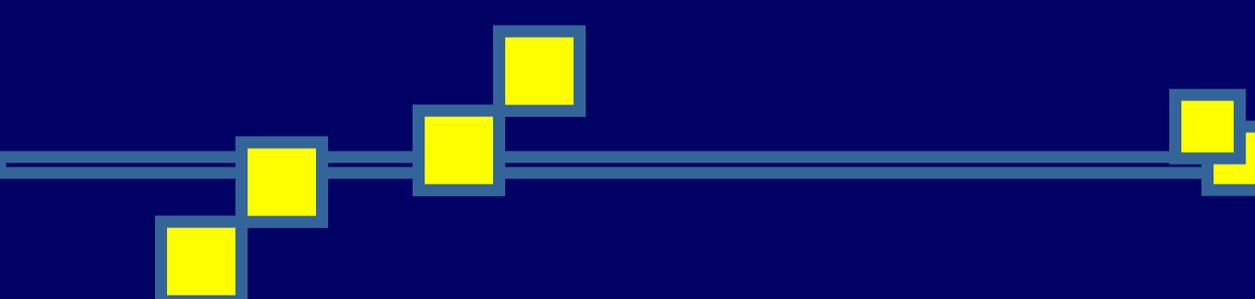
Definition:

Euthanasie ist ein Oberbegriff für Handlungsweisen (Eingriffe oder deren Unterlassung), die das Sterben beschleunigen. Sterbehilfe in diesem Sinne bezieht sich nicht nur auf unheilbar Kranke, z.B. Patienten mit Krebs-Erkrankungen, sondern auch auf Menschen mit schweren Behinderungen, beispielsweise anenzephele Neugeborene, Menschen im Wachkoma oder Patienten mit Locked-in-Syndrom.



Spätabtreibung und Sterbehilfe- Erleben der eigenen Behinderung (Spina bifida)

- „40 von 53 Betroffenen erlebten (...) den Umgang von ihren Eltern und Geschwistern mit ihrer Behinderung positiv und zeigten auch selbst eine positive, akzeptierende Einstellung: Sie fühlen sich als relativ selbständige und 'normale' Menschen.“ Einige haben sich so „mit ihrem Leben arrangiert“, dass sie sich „nicht einmal mehr als behindert einstufen. Negativ wird allerdings fast übereinstimmend die Haltung der Umwelt kritisiert.“ (Zimmermann, 1997, S. 59)

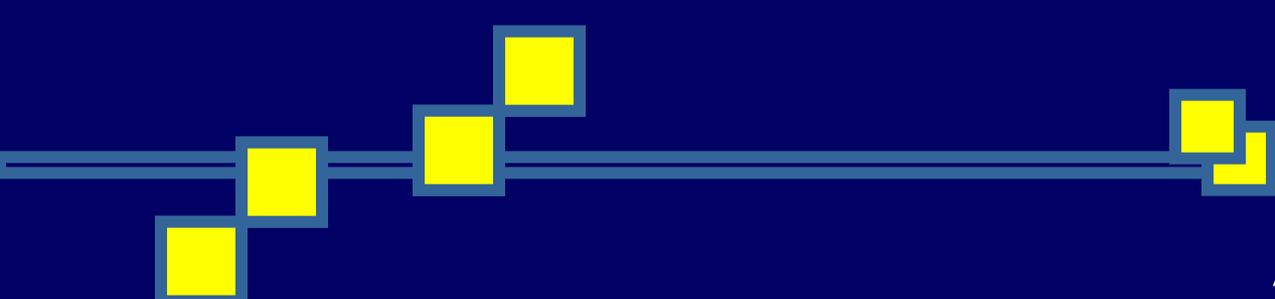


2. Sterbehilfe

2.1.1. Passive Sterbehilfe (PSH)

- Passive Variante:
 - nicht- Anwendung bzw. nicht- Steigerung therapeutischer Maßnahmen

- Aktive Variante
 - Einschränkung oder Abbruch von Therapiemodalitäten



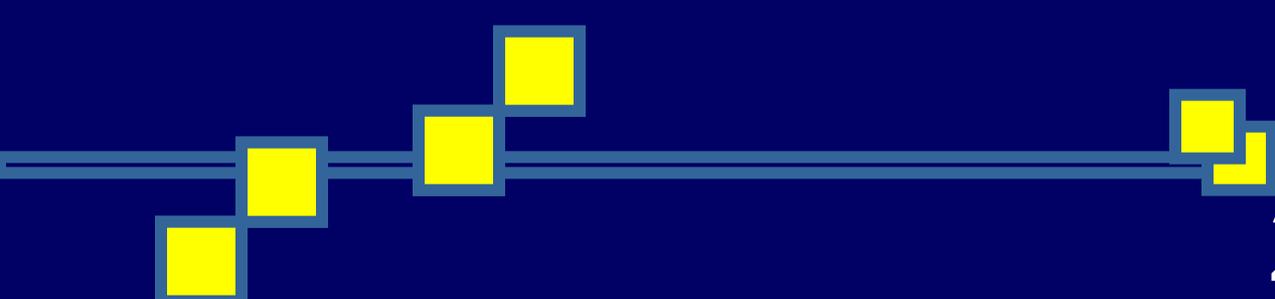
2. Sterbehilfe

2.1.1. Passive Sterbehilfe (PSH)

- Therapiebegrenzungsmaßnahmen

Mit
Patientenwillen

Ohne ausdrücklichen
Wunsch



2. Sterbehilfe

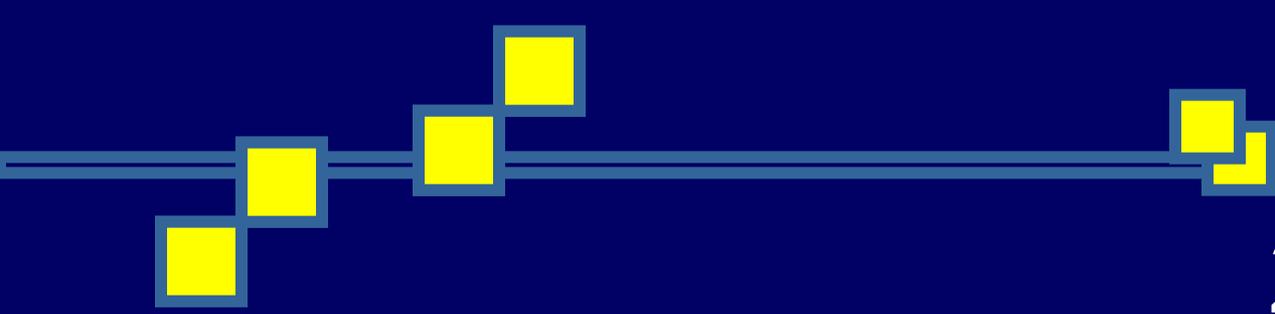
2.1.1. Passive Sterbehilfe (PSH)

Therapiebegrenzungsmaßnahmen



-Einvernehmlich
(bei entscheidungs-
fähigen Menschen)

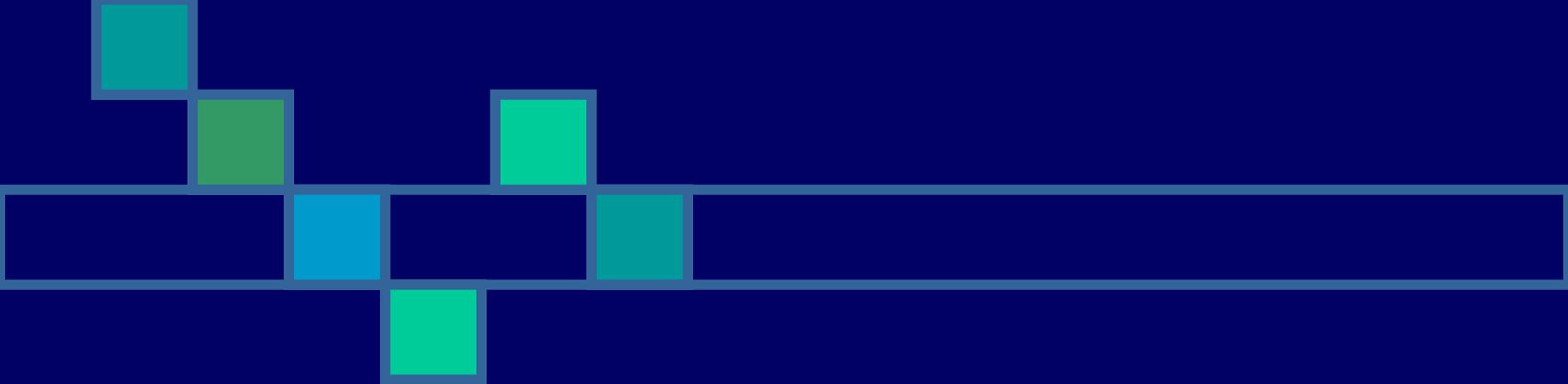
-einseitige...
(bei entscheidungs-
unfähigen Menschen)



2. Sterbehilfe

2.1.1. Passive Sterbehilfe (PSH)

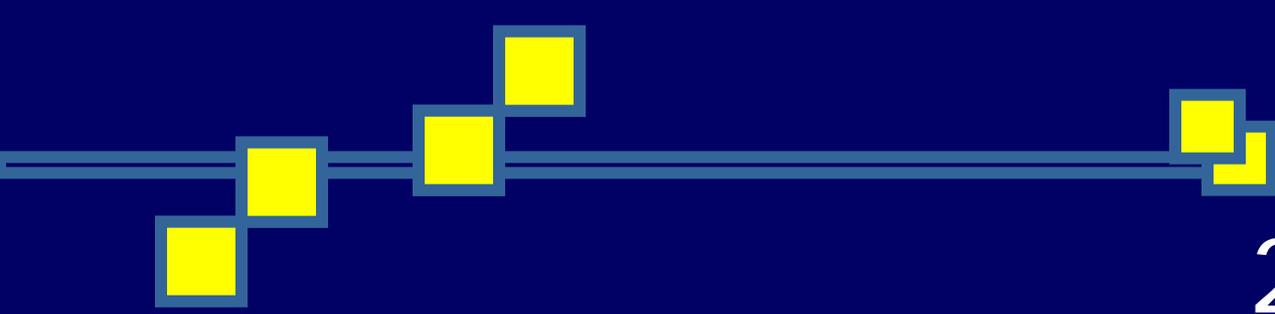
- PSH beim „sterbenden“ Patienten
=> PSH im engeren Sinne
- Beim nicht sterbenden Patienten mit extrem schlechter Prognose => PSH im weiteren Sinne



Erfahrungsbericht



Unterlassung der Behandlung
ja oder nein?



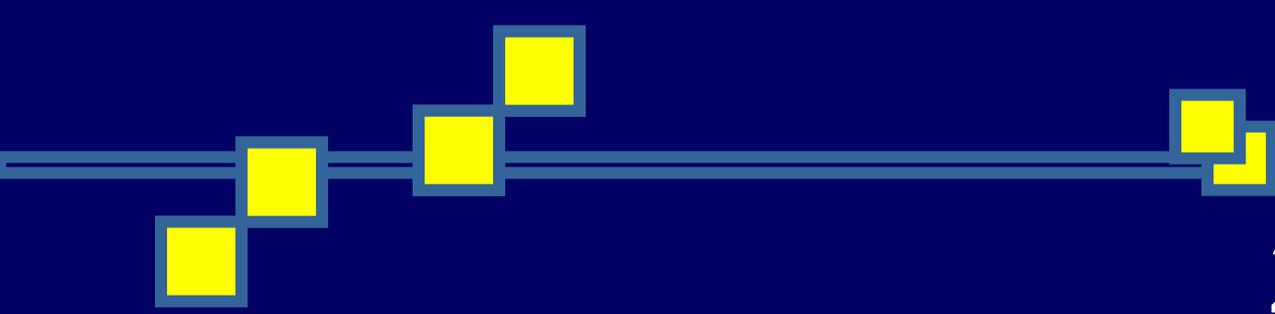
2. Sterbehilfe

2.1.2. Aktive Sterbehilfe (ASH)

- „intendierte [intendiert: auf etwas richten, erzielen, erstreben,]

Tötung eines anderen Menschen durch einen
Arzt“

- die Tötung durch aktive Maßnahmen wird
meist durch eine Infusion oder Injektion
erreicht



2. Sterbehilfe

2.1.2. Aktive Sterbehilfe (ASH)

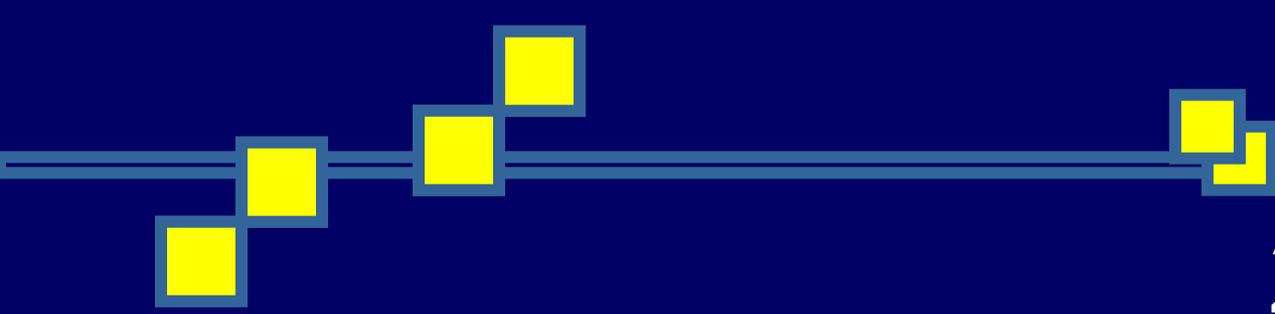
Tötung auf Verlangen

-Voraussetzung: urteils-
entscheidungsfähiger
Mensch

-Patient muss den „aus-
drücklichen Wunsch“
äußern

Nicht- freiwillige Euthanasie

-Patient ist
urteils- und ent-
scheidungsunfähig



2. Sterbehilfe

2.1.3. Indirekte Sterbehilfe (ISH)

-symptom- oder schmerzlindernde Maßnahmen, die zum Tode führen

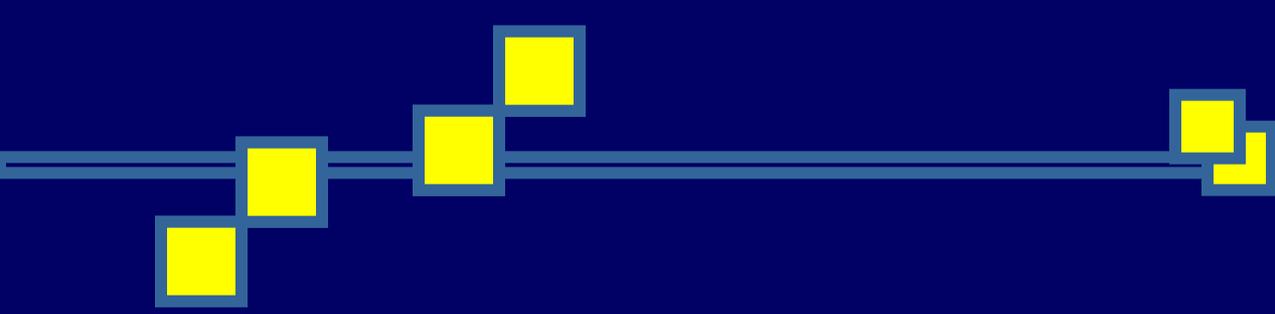
=> Eine Tat und zwei Wirkungen

↓

Aktive Variante
Tod des Patienten
wird intendiert [auf etwas
richten, erzielen, erstreben]

↓

Passive Variante
Tod ist nicht gewollt
und unwahrscheinlich



2. Sterbehilfe

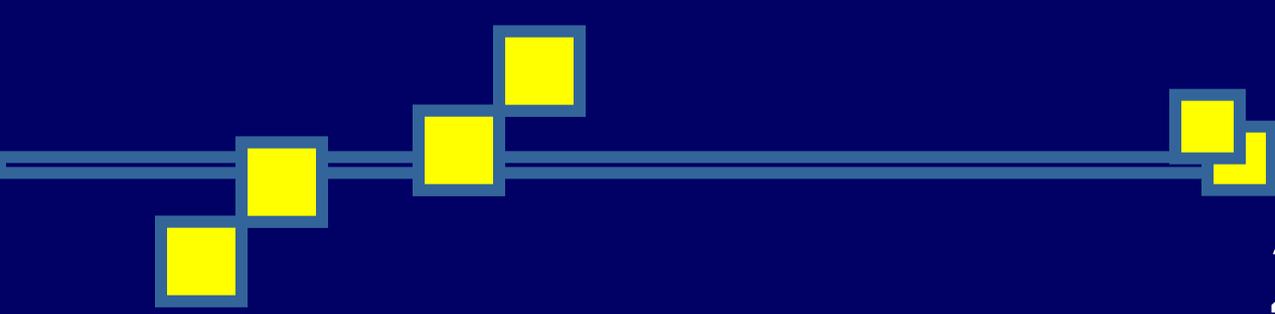
2.1.4. Hilfe zur Selbsttötung/Suizidbeteiligung

Assistierter Suizid

a) Verschreiben oder Beschaffen tödlicher Substanzen für einen Menschen

b) Teilnahme am Suizid

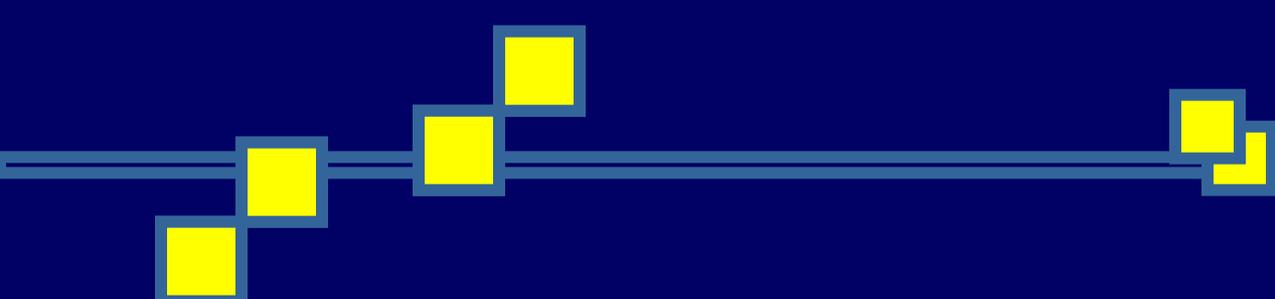
Herausgabe oder Verbreitung von Anleitungen zur Selbsttötung



2. Sterbehilfe

2.2. Was sagt das Recht zur Sterbehilfe?

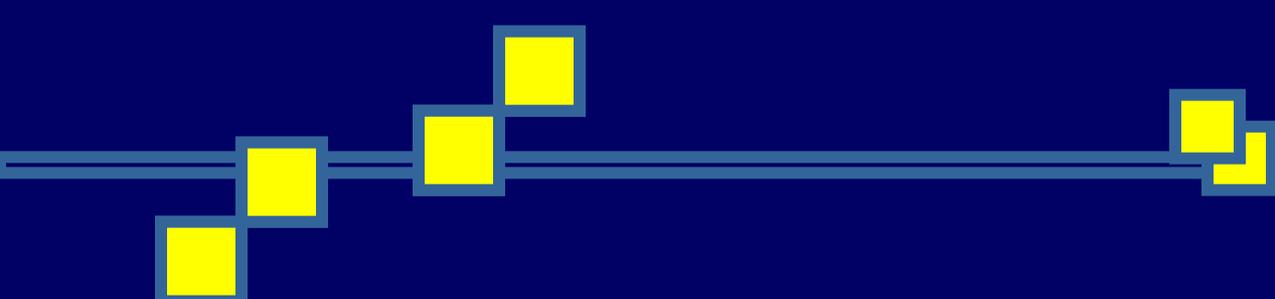
- § 216 des Strafgesetzbuches verbietet die Tötung auf Verlangen (ASH)
- § 216 des Strafgesetzbuches verbietet nicht generell die Beihilfe zur Tötung



2. Sterbehilfe

2.2. Was sagt das Recht zur Sterbehilfe?- Fälle

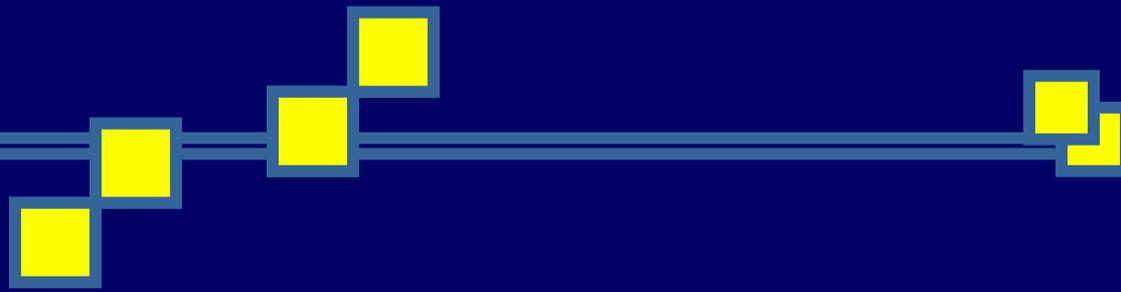
- Fall 1: Der Arzt unterlässt es, den Patienten zur Lebensverlängerung an eine künstliche Niere anzuschließen.
- Ergebnis: Es handelt sich um passive Sterbehilfe, die nach heutiger Auffassung legitim ist.



2. Sterbehilfe

2.2. Was sagt das Recht zur Sterbehilfe?- Fälle

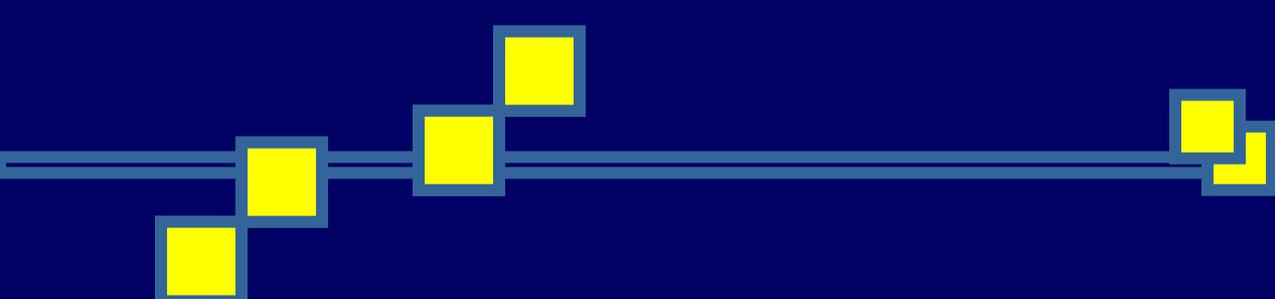
- Fall 2: Der Arzt injiziert dem Patienten zur Schmerzlinderung ein Mittel, das seinen Tod beschleunigt.
- Ergebnis: Es liegt eine indirekte aktive Sterbehilfe vor, die aus heutiger Sicht legitim ist.



2. Sterbehilfe

2.2. Was sagt das Recht zur Sterbehilfe?- Fälle

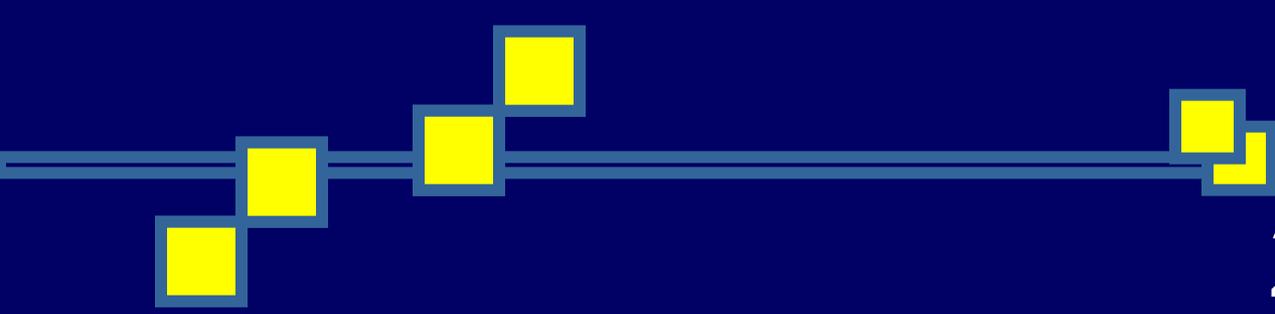
- Fall 3: Der Arzt verschafft den Patienten eine Spritze mit Überdosis Morphin und weist ihn in den Gebrauch der Spritze ein. Der Patient spritzt sich das Morphin selbst und stirbt.
- Ergebnis: Hier liegt der Fall der Beihilfe zur Selbsttötung vor und wird nicht bestraft.



2. Sterbehilfe

2.2. Was sagt das Recht zur Sterbehilfe?- Fälle

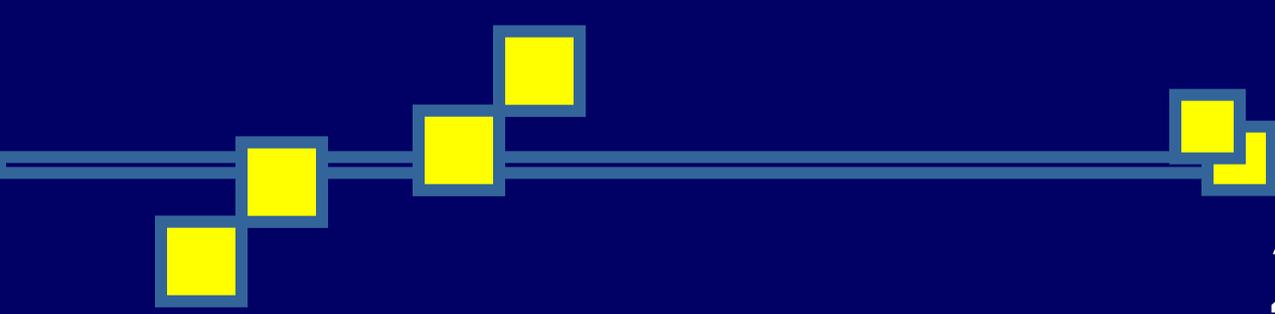
- Fall 4: Der Arzt schaltet die künstliche Niere, an die der Patient bereits angeschlossen ist, wieder ab.
- Ergebnis: Grenzfall, ob dieses Verhalten aktiv und damit verboten (bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe) oder passiv ist (straffrei). Die Frage lautet hier: ist dieses Verhalten als Handeln oder Unterlassen zu definieren.



2. Sterbehilfe

2.3. Patientenverfügung I

- Patientenverfügung ist schriftlich
- Stellt eine mutmaßliche Einwilligung dar, da diese meist vor längerer Zeit verfasst wurde
- Soll bzw. kann Aussagen „zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen enthalten (...) z.B. künstl. Ernährung, Beatmung, Dialyse oder Verabreichung von Medikamenten.“ (Joerden, 2002, S. 248)



2. Sterbehilfe

2.3. Patientenverfügung II

- Die Patientenverfügung kommt zum Tragen, wenn der zu behandelnde Mensch nicht mehr urteilsfähig ist.
- Seit dem 29.10.1999 sind die Ärzte aufgefordert bei der Verfassung der Patientenverfügung zu beraten, damit...
...diese praxistauglich und
...gültig ist.



Aktive – passive Sterbehilfe

■ Passive Sterbehilfe

Verzicht oder Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei einem schwer und aussichtslos leidenden Menschen

■ Aktive Sterbehilfe

Das „aktive“ Eingreifen (Medikamente etc. in den Sterbeprozess mit Todesfolge = Tötung auf Verlangen



Direkte – indirekte Sterbehilfe

- **Direkte Sterbehilfe**

Die Lebensverkürzung wird als primäres Ziel einer Intervention angestrebt.

- **Indirekte Sterbehilfe**

Eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen, bei der eine Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen wird.



3 Haupttypen der Sterbehilfe

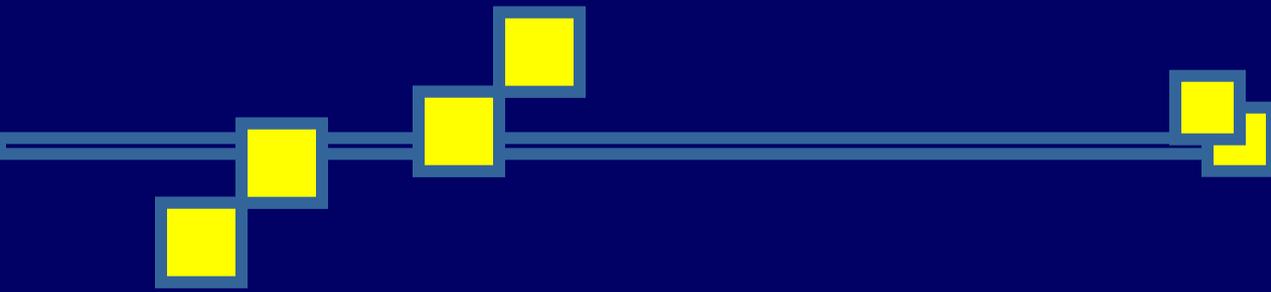
- erlaubt**
- Passive Sterbehilfe
Therapiebegrenzung
 - Indirekte (aktive) Sterbehilfe
Leidenslindernde Maßnahmen
-

- Verboten**
- StGB**
§216
- (Direkte) aktive Sterbehilfe
Tötung auf Verlangen



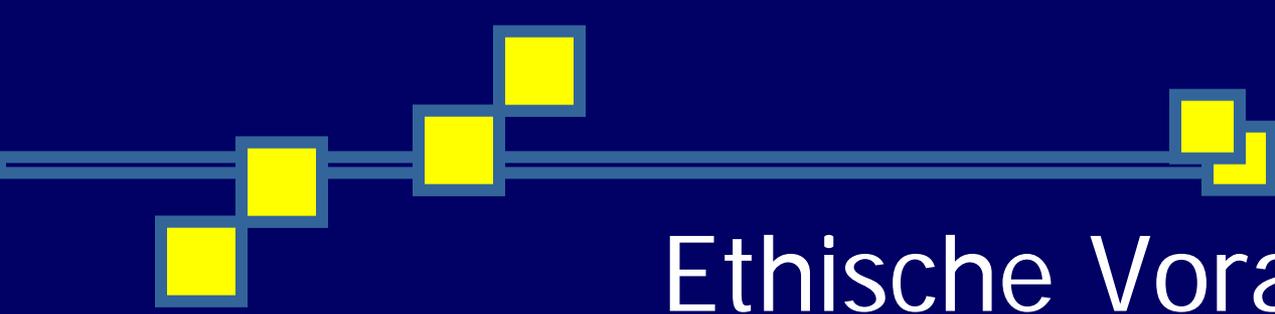
Ärztliche Beihilfe zum Suizid

- Beihilfe zum Suizid ist in D nicht strafbar (Suizid \ominus Straftatbestand!)
- Für Ärztinnen und Ärzte unzulässig
 - **Garantenpflicht**
 - „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ (Grundsätze der BÄK)
- Stellungnahme des Nationalen Ethikrates (17.07.2006)
 - **Bewertung der ärztlichen Suizidbeihilfe kontrovers beurteilt**
- 66. Deutscher Juristentag 19. – 22. 09. 2006 in Stuttgart
 - **Neubewertung der ärztlichen Suizidhilfe gefordert**
- Ärztliche Beihilfe zum Suizid als Alternative /Vorstufe zur aktiven Sterbehilfe
 - **Vgl. SAMW-Richtlinien 2004 (Schweiz)**
 - **Oregon Death with Dignity Act (USA)**



Problembereich Passive Sterbehilfe:

Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen



Ethische Voraussetzungen ärztlichen Handelns

- Nutzen für den Patienten
- Einwilligung des Patienten
- Ausführung der Tätigkeiten: lege artis



Nutzen für den Patienten

- **Nutzen = Wirksamkeit**
 - Nutzen = für den Patient erstrebenswertes Behandlungsziel erreichbar
- **Problem: prognostische Unsicherheit**
 - Im Zweifel: Behandlung beginnen, Nutzen überprüfen, dann ggf. abbrechen
- **Abbruch emotional belastender als primärer Verzicht, moralisch aber (häufig) zu bevorzugen!**
 - Nie eine Behandlung vorenthalten, weil „verzichten“ leichter als „abbrechen“ ist!



Bestimmung der Nutzlosigkeit

■ Enge Definition

- Keine physiologische Wirksamkeit
- Versagen der Maximaltherapie
- Versagen der Therapiemaßnahme
- Therapieziel nicht erreichbar

Medizinisch-
fachliche Urteile
ARZT

■ Weite Definition

- Geringe Erfolgsaussichten
- Keine erstrebenswerten Ziele erreichbar
- Inakzeptable Lebensqualität
- Voraussichtlich: Schaden > Nutzen

Werteurteile
Patient



Stellvertretende Entscheidung

Ist der Patient einwilligungsfähig?

Einwilligungsfähigkeit

- Kontinuierliche Größe
- Nicht statisch, fluktuiert
- Relativ zur Tragweite der Entscheidung



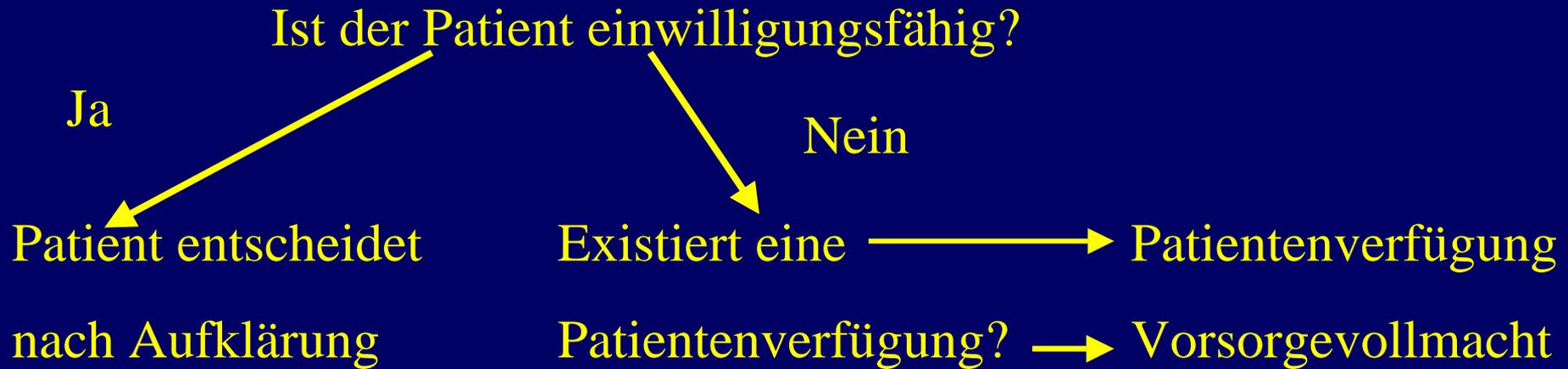
Stellvertretende Entscheidung

Ist der Patient einwilligungsfähig?

Einwilligungsfähigkeit – Kriterien

- Patient trifft und kommuniziert eine Entscheidung
- Patient versteht die folgende Information
 - Medizinische Situation, Prognose
 - Art der empfohlenen Behandlung
 - Alternative Behandlungsmöglichkeiten
 - Nutzen und Risiken der Behandlung
- Entscheidung ist (relativ) stabil und
- entspricht den Werten und Zielen des Patienten
- beruht nicht auf Täuschungen

Stellvertretende Entscheidung



Voraussetzungen einer validen (glaubwürdigen) Patientenverfügung

- Im urteilsfähigen Zustand verfasst
- Frei von äußerem Druck
- Auf der Basis ausreichender und korrekter Information
- Hinreichend konkret auf die Situation zutreffend
- Kein Hinweis auf Meinungsänderung



Stellvertretende Entscheidung

Ist der Patient einwilligungsfähig?

Ja

Patient entscheidet
nach Aufklärung

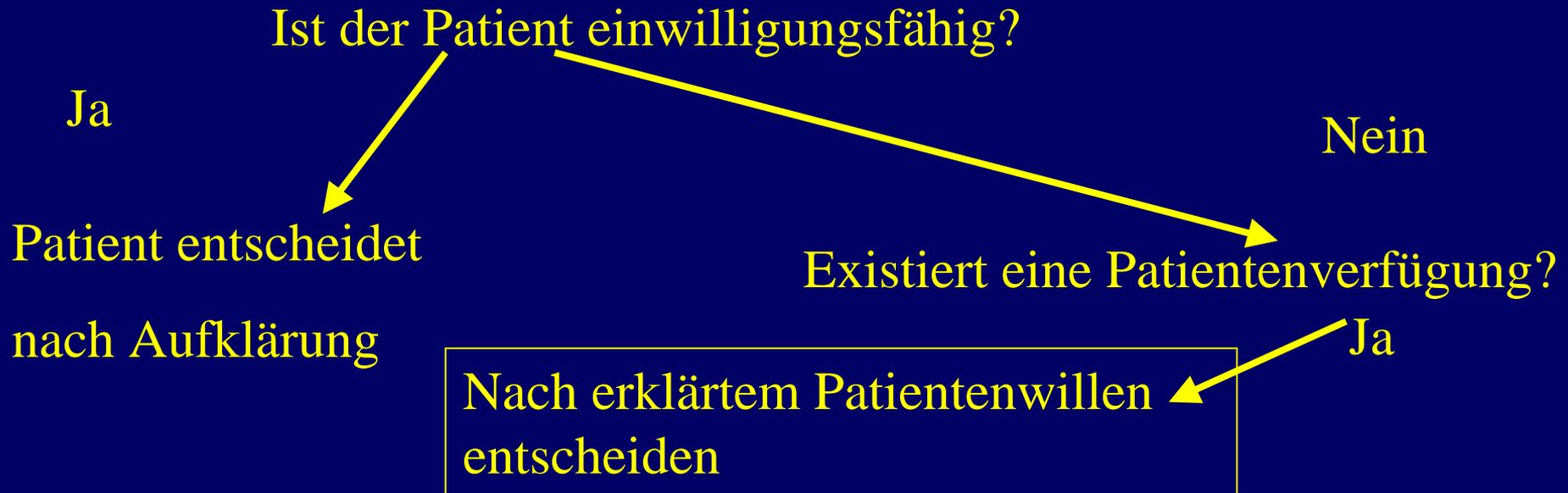
Nein

Existiert eine Patientenverfügung?

Stabilität von Patientenpräferenzen

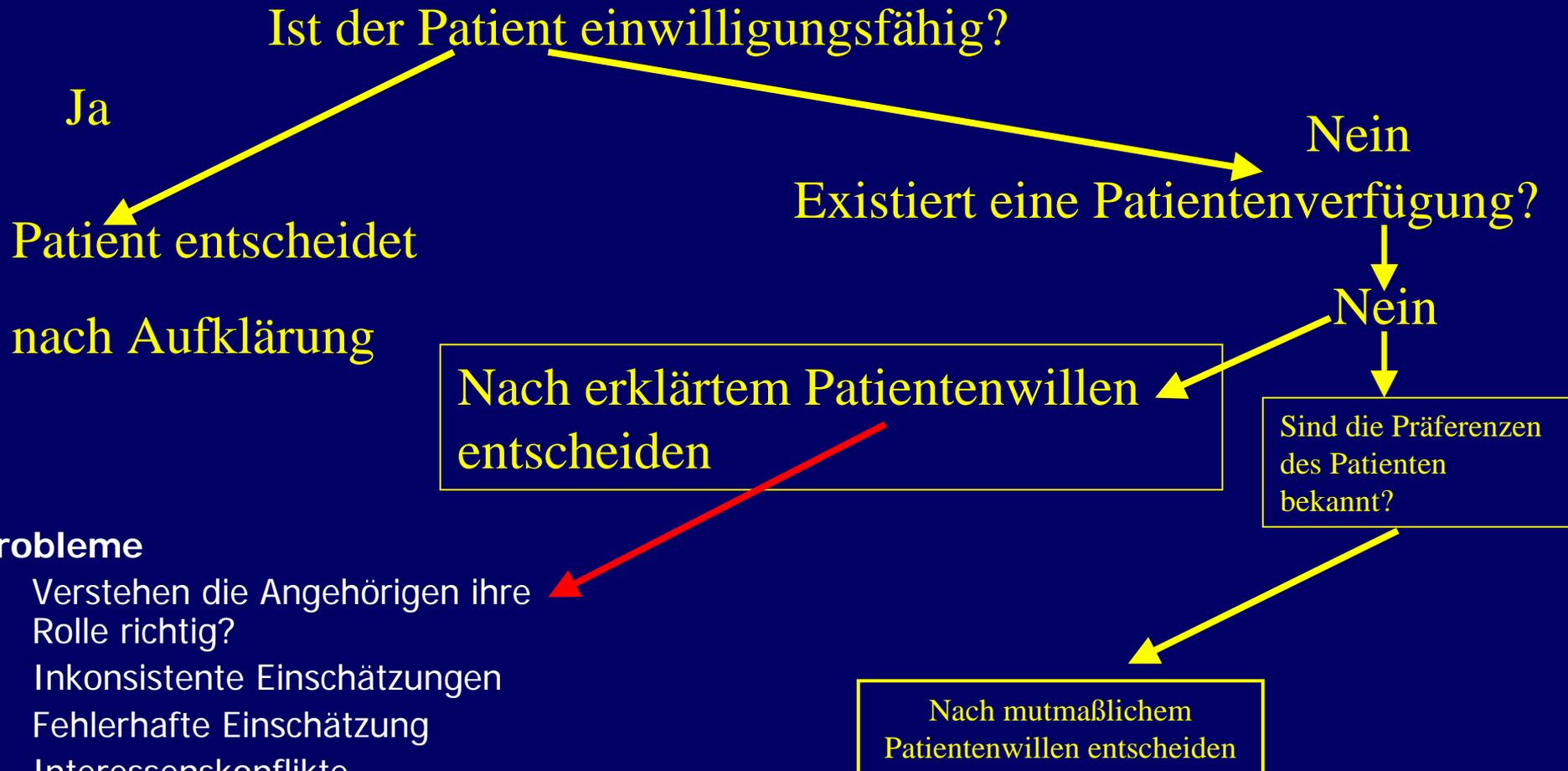
Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen in der terminalen Krankheitsphase (96%).
Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen nach einem Jahr Therapie (93%).
Im Regelfall ist von einem stabilen Patientenwillen auszugehen, wenn eine Patientenverfügung vorliegt.

Stellvertretende Entscheidung



„Grundsätzlich gilt der in der Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten, es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte vor, die auf eine Veränderung seines Willens schließen lassen.“ [BÄK]

Stellvertretende Entscheidung



Probleme

- Verstehen die Angehörigen ihre Rolle richtig?
- Inkonsistente Einschätzungen
- Fehlerhafte Einschätzung
- Interessenskonflikte

Stellvertretende Entscheidung

Ist der Patient einwilligungsfähig?

Ja

Patient entscheidet
nach Aufklärung

Nein

Existiert eine
Patientenverfügung?

Sind die Präferenzen des
Patienten bekannt?

Nach mutmaßlichem
Patientenwillen entscheiden

im Zweifel

Nach objektivem Wohl des
Patienten entscheiden

Lebensqualität - Kriterien

- Wahrnehmungsfähigkeit
- Interaktions- bzw. Kommunikationsfähigkeit
- Positives Selbstverständnis
- Schmerzen, Leiden
- Prognose (Irreversibilität)

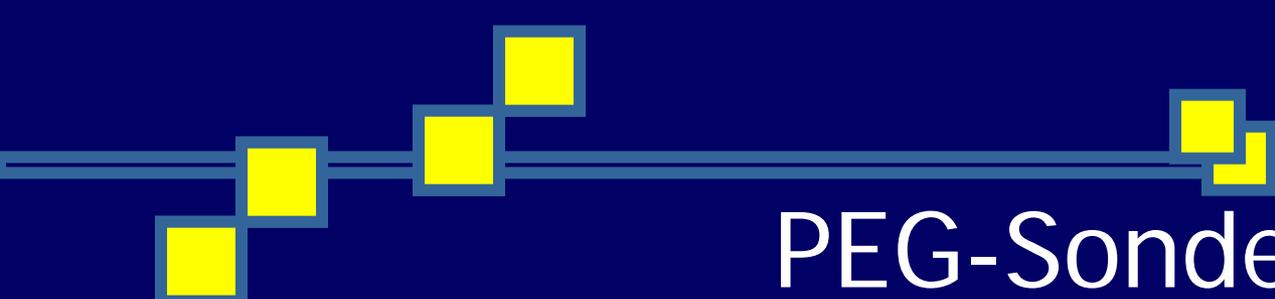
Objektives Wohl des Patienten

- Sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken
- Mehrere Personen in Entscheidung einbeziehen > verschiedene Perspektiven
- Konsens im Team/mit Angehörigen anstreben
- Eventuell klinisches Ethikkomitee zuziehen



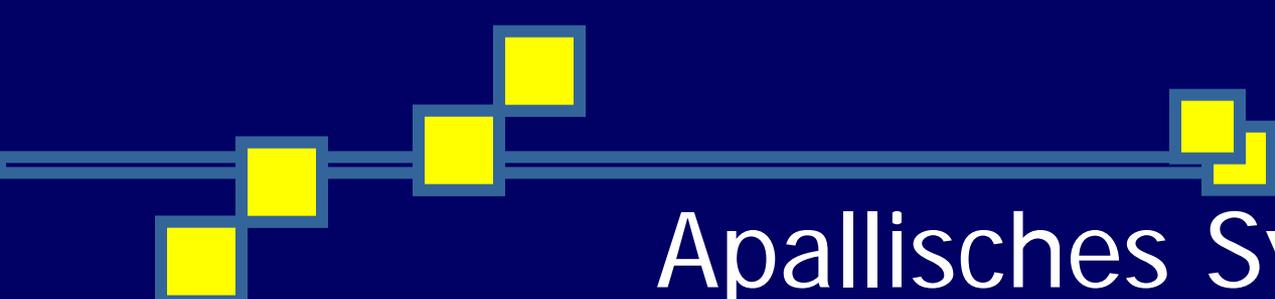
Künstliche Ernährung/PEG-Sonde

- PEG-Sonde/i.v.-Flüssigkeit: Medizinische Behandlung
 - Legitimationsbedürftiger Eingriff
 - Nicht erst der Abbruch, sondern bereits die Fortführung der Sondenernährung bedarf der ethischen Rechtfertigung!
 - Abbruch einer PEG-Sondenernährung
 - Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme
 - passive Sterbehilfe
- PEG = Basisbetreuung?  ethisch irrelevant!
- Entscheidend: Wohlergehen und Wille des Patienten!
 - PEG: Nutzen für den Patienten?
 - Entspricht die PEG dem Willen des Patienten?
 - Weigerung in Patientenverfügung ist zu respektieren! (sonst: strafbare Körperverletzung)
- Keine absolute Verpflichtung zum Lebenserhalt:
 - Selbstbestimmung respektieren > Leben erhalten!



PEG-Sonde bei DEMENZ

- Ziele einer Sondenernährung
 - Aspirationspneumonie verhindern
 - Ernährungszustand verbessern
 - Leben verlängern
 - Patienten entlasten
- Wirksamkeitsnachweis fehlt
 - Aspirationen lassen sich durch Sonden nicht sicher verhindern
 - Überlebensrate mit Sonde nicht besser
 - Kein Nachweis einer Leidensminderung
 - Negative Auswirkungen: lokale Komplikationen, z.T. Fixierung der Patienten notwendig, Zuwendung durch Essen geben entfällt
- Leiden Patienten im Endstadium noch Hunger und Durst?
- Dehydration > Endorphine ↑ körpereigene Analgesie
 - Ernährungssonde nicht als Routine, sondern Flüssigkeit und Nahrung oral anbieten!



Apallisches Syndrom - PVS

Patienten im apallischen Syndrom („Wachkoma“, PVS):

- BÄK-Grundsätze

„Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist [...] unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten.“

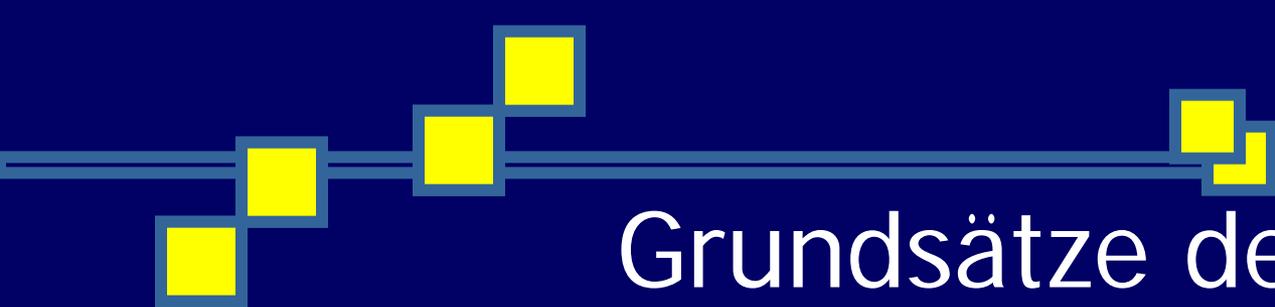
- BGH-Urteil vom 3.09.1994 (LG Kempten): Abbruch der Sondenernährung gemäß mutmaßlichem Willen zulässig

- BGH-Urteil vom 08.06.2005 (OLG München, LG Traunstein):

„Vertrag eines Pflegeheims und Gewissensfreiheit des Pflegepersonals rechtfertigt für sich genommen die Fortsetzung der künstlichen Ernährung nicht.“

Voraussetzung: Einigkeit von Betreuer und Behandelndem Arzt

- Fazit: Künstliche Ernährung darf abgebrochen werden, wenn dies dem erklärten oder mutmaßlichem Willen des Patienten entspricht!



Grundsätze der BÄK (2004)

- .“Die Hilfe [für Sterbende] besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“
- Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (i.v., PEG) darf bei sterbenden Patienten abgebrochen werden!



Gesetzentwurf zum § 217 StGB

1. Der Tatbestand des §216 ist nicht verwirklicht wenn
 1. die Tötung durch einen Arzt erfolgt und die Beendigung schwerster, vom Betroffenen nicht zu ertragender Leiden zum Ziel hat, welche nicht durch andere Maßnahmen behoben oder auf ein für den Betroffenen erträgliches Maß gelindert werden können,
 2. der Betroffene zum Zeitpunkt des Verlangens das 18. Lebensjahr vollendet hat,
 3. der Arzt im Rahmen eines dem wesentlichen Inhalt nach schriftlich niederzulegenden Beratungsgespräch zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Betroffene sein Verlangen freiwillig geäußert und das Wesen und die Tragweite seiner Entscheidung erfasst hat und
 4. das Verlangen notariell beurkundet worden ist.
2. Eine Pflicht zur Abwendung des Todeseintritts besteht im Falle von Abs.1 weder für den Arzt noch für Dritte.



Aktive Sterbehilfe – pro

- Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten
- Vermeidung und Linderung von Leiden (nicht allein!!)



Aktive Sterbehilfe – kontra 1

Problematische Argumente:

- Widerspricht dem ärztlichen Handeln
 - Ziel: Helfen statt Heilen?
- Vertrauensverlust in die Ärzteschaft
 - Vertrauensgewinn durch Option der aktiven Sterbehilfe
- Optimale Palliativmedizin > kein Bedarf an aktiver Sterbehilfe
 - Ca. 5-10% der Tumorpatienten bleiben nicht schmerzfrei
 - andere Gründe für Verlangen nach aktiver Sterbehilfe (u.a. psychische Belastung)
- Der Sterbehilfe Leistende ist ursächlich für den Tod des Menschen verantwortlich
 - Vgl. indirekte und passive Sterbehilfe



Aktive Sterbehilfe – kontra 2

- Intrinsisch:

Unantastbarkeit bzw. Würde menschlichen Lebens > kategorisches Fremdtötungsverbot

- Denotologische (Deontologie: Die Lehre von den Pflichten heißt Deontologie (zusammengesetzt aus dem griechischen *to deon* "das Erforderliche, die Pflicht" und *logos* "Lehre", also "Pflichtenlehre")

- Extrinsisch:

Soziale Folgen der Sterbehilfe

- Konsequentialische Argumente



Soziale Folgen der Sterbehilfe

- Missbräuchliche Induktion (Die Induktion geht vom Einzelnen zum Allgemeinen.) oder Unterstellung von Sterbewünschen
- „Selbstzwang“ zur Sterbehilfe
- Ausweitung der Sterbehilfepraxis („Dammbruch“)
 - Mitleidstötungen ohne ausdrückliches Verlangen
- Schwindende gesellschaftliche Bereitschaft zu kostspieliger Pflege und Behandlung Schwerstkranker
 - Problem: „antizipierte Soziallemperie“ (Kaiserrecht)
 - Treten die Folgen tatsächlich ein?
 - Ist ein Dammbruch irreversibel
 - Missbrauchspotential besteht auch bei der indirekten und passiven Sterbehilfe!
 - Option: „experimentielle Gesetzgebung“?



Sterbehilfe in den Niederlanden 1

- Änderung Strafgesetzbuch (April 2002): Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbstmord sind nicht strafbar, wenn sie
 - Von einem Arzt begangen wurden, der besondere Sorgfaltsbedingungen beachtet



Sterbehilfe in den Niederlanden 2

- Sorgfaltsbedingungen:
 - Ausdrückliches, freies und beständiges Verlangen des Patienten nach Tötung
 - Unerträgliches Leid und keine Aussicht auf Heilung
 - Umfassende Aufklärung der Patienten
 - Keine angemessene andere Lösung
 - Konsultation eines zweiten Arztes
 - Größtmögliche Sorgfalt bei der Durchführung
 - Schriftlicher Bericht und Meldepflicht
- Überprüfung durch Kontrollkommission



Sterbehilfe in den Niederlanden 3

- Befragung von Ärzten 1995 (Remmelink Report)
 - 9700 Patienten verlangten ausdrücklich nach aktiver Sterbehilfe
 - 3200 Fälle von aktiver Sterbehilfe
 - 400 Fälle von ärztlicher Suizidhilfe
 - 900 Fälle von aktiver Sterbehilfe ohne ausdrücklichen Wunsch der Patienten
 - Tatsächlich gemeldet: 1466 Fälle (41%)
- Anzahl der gemeldeten Fälle ist tendenziell seither leicht gesunken
- Die meisten Patienten, die aktive Sterbehilfe verlangen befinden sich nicht in der terminalen Lebensphase



Zusammenfassung I: passive Sterbehilfe

Keine absolute Verpflichtung zum Lebenserhalt!

Therapiebegrenzung am Lebensende bei

1. Fehlendem Nutzen

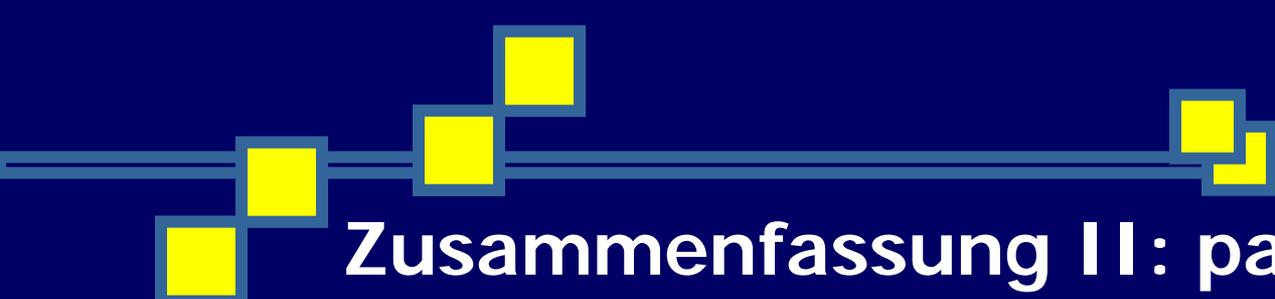
1. Nutzlosigkeit im engeren Sinn → ärztliche Entscheidung
2. Nutzlosigkeit im weiteren Sinn → Patientenentscheidung

2. Fehlender Einwilligung des Patienten → Stellvertretende Entscheidung

1. Patientenverfügung
2. mutmaßlicher Wille
3. „objektives“ Wohl/objektive Interessenabwägung.

→ Vorsorge treffen: Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen rechtzeitig mit dem Patienten und den ggf. Angehörigen besprechen

→ Patientenverfügung erstellen



Zusammenfassung II: passive Sterbehilfe

- Intrinsische vs. extrinsische Argumente gegen die aktive Sterbehilfe
- Hauptargumente gegen eine Legalisierung aktiver Sterbehilfe: Missbrauchs- und Ausweitungsgefahren, unzureichende Sterbebegleitung/Palliativmedizin
- Wenn Legalisierung: vorher palliativmedizinische Versorgung verbessern !!
- Wichtig: „Kultur des Sterbens“!
 - Palliativmedizin, Hospizdienst, ambulante Pflege



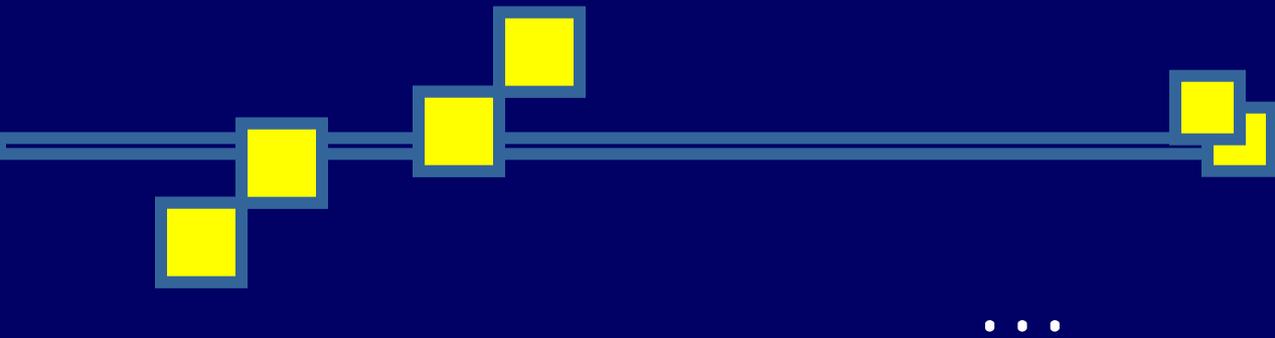
David Schaubert, Willie Smith, Joy Uttil

Die Denker des Dschungels

Der Orangutan-Report

Bilder · Fakten · Hintergründe

Asulmans



- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...