

Ethische Fragen am Lebensende

Pastor Dr.
Michael Coors

michael.coors@evlka.de
www.zfg-hannover.de

Landeskirchlicher Hospiztag
Hannover, 23.8.2013

Programm

1. Ethische Grundlagen

- a. Selbstbestimmung
- b. Fürsorge
- c. Sozialethische Aspekte

2. Problemfelder

- a. Tötung auf Verlangen
- b. Zulassen des Sterbens
- c. Indirekte Sterbehilfe
- d. Hilfe zur Selbsttötung
- e. Sedierungen am Lebensende

1. Ethische Grundlagen

a. Selbstbestimmung

- Ein Patient darf nicht gegen seinen Willen behandelt werden, auch am Lebensende nicht.
- ⇒ **Selbstbestimmung als Abwehrrecht**
- Es gibt unterschiedliche Vorstellungen vom guten Leben (und Sterben): nur der Patient/die Patientin selber kann uns sagen, was Ihr Vorstellung ist
- Selbstbestimmung muss auch ermöglicht werden
- Das Selbstbestimmungsrecht endet nicht mit der Selbstbestimmungsfähigkeit
 - ⇒ **Patientenverfügung, rechtlicher Stellvertreter**

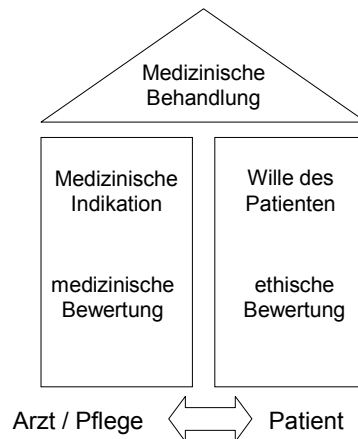
1. Ethische Grundlagen

b. Fürsorge

- Fürsorge ist der Anfang der Ethik: Nur wer sich um den Anderen sorgt und für ihn sorgt, gerät überhaupt hinein ins ethische Fragen.
- Fürsorge für den/die Andere/n in als selbstbestimmte Persönlichkeit
- ⇒ **Respekt vor der Selbstbestimmung ist eine Implikation von Fürsorge!**

Fürsorgepflicht hat Ihre Grenze in der Selbstbestimmung des Anderen

1. Ethische Grundlagen



1. Ethische Grundlagen

c. Sozialethische Aspekte

Jede Handlung findet in einem sozialen Kontext statt: Sie ist von diesem geprägt und wirkt auf ihn zurück

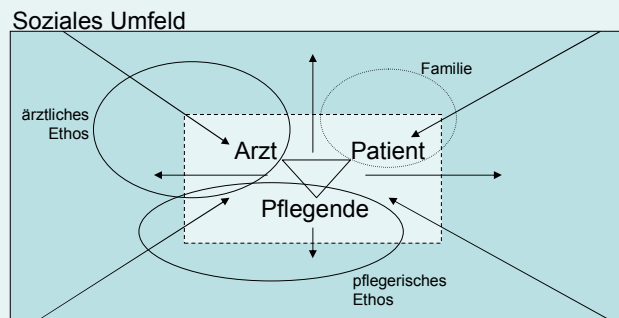
⇒ Jeder Wunsch nach Sterbehilfe, nach Suizid, nach Sedierung etc. ist von einem sozialen Kontext geprägt

Bsp.: Situation in der Pflege; mediale Darstellungen von Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Demenz, Akzeptanz von Schmerzäußerungen

⇒ **Ethische Bewertungen sind nie rein individuell, sondern immer sozial geteilte Bewertungen!**

1. Ethische Grundlagen

c. Sozialethische Aspekte



2. Problemfelder

a. Tötung auf Verlangen (früher: aktive Sterbehilfe)

- Ziel ist die Lebensverkürzung durch Tötung des Patienten
- Rechtliche Formen von Tötungsdelikten:
 - freiwillig: Tötung auf Verlangen
 - Nicht freiwillig (z.B. Mitleidstötung)
 - Unfreiwillig (z.B. Euthanasie im Dritten Reich)
- Rechtliche Bewertung: verboten!
 - Freiwillig: Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)
 - nicht- bzw. unfreiwillig: Totschlag (§ 212 StGB) bzw. Mord (§211 StGB)

2. Problemfelder

b. Zulassen des Sterbens / Therapiebegrenzung

(früher: passive Sterbehilfe)

- Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer indizierten lebenserhaltenden Maßnahme (BGH 2010: Behandlungsabbruch)
- Rechtliche Bewertung: Zulässig in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten (§ 1901a BGB, VGH 2010)

2. Problemfelder

b. Zulassen des Sterbens

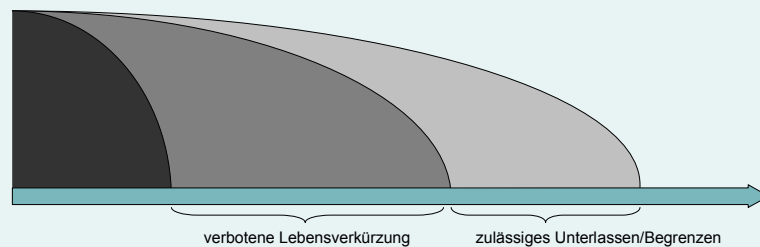
Das BGH Urteil vom 25. Juni 2010

- Das Beenden einer eingeleiteten Behandlungsmaßnahme in Übereinstimmung mit dem mutmaßlichen Willen der Patientin ist der Nichtaufnahme einer Behandlung gleichzustellen und darum ein zulässiger Behandlungsabbruch.
- Das kann sowohl durch aktives Handeln als auch durch Unterlassen geschehen.

2. Problemfelder

b. Zulassen des Sterbens Das BGH Urteil vom 25. Juni 2010

- Krankheitsverlauf ohne Behandlung
- Krankheitsverlauf mit Behandlung
- Verlauf bei einem krankheitsunabhängigen Eingriff in das Leben



Grafik von Alfred Simon (Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen)

2. Problemfelder

c. Indirekte Sterbehilfe / Therapie am Lebensende

- Lebensverkürzung als nicht beabsichtigte Nebenwirkung einer ärztlich indizierten palliativen Maßnahme
- Rechtliche Bewertung: Zulässig in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten (BGH 1996)

2. Problemfelder

d. Hilfe zur Selbsttötung

- o Bereitstellung der nötigen Mittel zum Suizid
 - „Tatherrschaft“ bleibt beim Suizidenten
- o Nach StGB nicht strafbar
 - Hat der Arzt eine Pflicht zur Intervention?
 - BGH 1984: Ja (Garantenpflicht)
 - DJT 2006: Nein, wenn der Suizid freiverantwortlich geschieht
- o Berufsrechtliche Konsequenzen
 - MBO § 16 (seit 2011): Ärztinnen und Ärzten ist es „verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Beihilfe zur Selbsttötung leisten.“

2. Problemfelder

e. Sedierungen am Lebensende / palliative Sedierung

Palliative Sedierung ist „der überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.“ (EAPC Leitlinie 2009)

⇒ Sedierungen reichen von leichter Bewusstseinstrübung (z.B. durch Schmerzmittel) bis zur sog. tiefen terminalen Sedierung

2. Problemfelder

e. Sedierungen am Lebensende / palliative Sedierung

Wo liegen ethische Probleme?

1. Nähe zu Tötung auf Verlangen: Was geschieht mit künstlicher Ernährung/Hydration unter der Sedierung?
2. Tendenz zur sozialen Idealisierung des schmerzlosen Todes
3. Für welche Art von Schmerzen ist die Medizin überhaupt zuständig? physischen, psychischen, existentiellen Schmerz/Leiden?
4. Kommunikation und Ausgleich zwischen Leiden des Betroffenen und Interessen Angehöriger?

4. Palliative Sedierung

e. Sedierungen am Lebensende / palliative Sedierung

weit reichende Folgen:

- (weitgehende) Kommunikations- und Interaktionsunfähigkeit
- vorgezogene Trauer / vorgezogener Abschied
- medizinisches Risiko: evtl. Beschleunigung des Sterbeprozesses

2. Problemfelder

e. Sedierungen am Lebensende / palliative Sedierung

Konsens: Eine terminale Sedierung ist ultima ratio

„Die Sedierung am Lebensende zur Symptomkontrolle ist kein Mittel der primären Wahl, sondern kommt erst nach Ausschöpfung aller anderen Therapieoptionen, also bei sogenannten ‚therapieresistenten‘ Symptomen, in Frage.“

(Neitzke et. al. 2010: Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der AEM)

Die palliative Sedierung ist „aufgrund ihrer erwarteten unerwünschten Folgen und Risiken eine Maßnahme, die erst dann eingesetzt wird, wenn alle anderen therapeutischen Maßnahmen versagen.“

(EAPC Leitlinie 2009)

2. Problemfelder

e. Sedierungen am Lebensende / palliative Sedierung

Wann ist eine palliative Sedierung **indiziert**?

1. bei starken körperlichen Schmerzen, die therapieresistent sind
2. bei starkem psychiatrischem Leiden (z.B. Unruhezustände, Delir), das therapieresistent sind (?)
3. bei psychischem Leiden (z.B. Angst und existentielles Leid), das therapieresistent ist (!?)

⇒ Nach der Indikation, braucht es immer noch die Zustimmung des Betroffenen bzw. seines rechtlichen Stellvertreters!

2. Problemfelder

e. Sedierungen am Lebensende / palliative Sedierung

Was geschieht mit **künstlicher Ernährung**?

AEM AG „Ethik am Lebensende“

2-stufiges Verfahren:

1. Reversibel angelegte Sedierung: künstliche Ernährung wird fortgesetzt
2. Irreversibel angelegte Sedierung (nur wenn zuvor Stufe 1 probiert wurde): keine künstliche Ernährung (und sonstige lebenserhaltende Maßnahmen) mehr, weil Sterbephase begonnen hat

⇒ bleibt umstritten

3. Schluss

Der Schmerz „ist ein Seinsereignis, das zum Menschen gehört, und je länger wir über ihn nachdenken, desto entschiedener rät uns die Vernunft, ihn nicht allein als Unheil zu betrachten.“

(Siegfried Lenz: Über den Schmerz, 2000, S. 28f)



Zentrum für Gesundheitsethik
an der Evangelischen Akademie Loccum

Pastor Dr. Michael Coors
Theologischer Referent

Zentrum für Gesundheitsethik
Knochenhauerstr. 33
30159 Hannover
michael.coors@evlka.de
Tel. 0511 1241 670

www.zfg-hannover.de
www.ev-medizinethik.de