

Ethische Konflikte und Lösungsmöglichkeiten bei Schwerstkranken

Palliativ-Care Team Kreis Böblingen e.V.
Bürgerhaus Renningen
02. Oktober 2011

Dr. med. Dietrich Weller
Allgemeinarzt
Kinderarzt
Palliativmedizin

Kliniken Schmieder Gerlingen
d.weller@kliniken-schmieder.de





Gliederung des Vortrags

- Definitionen Ethik und Moral
- Die mittleren Prinzipien der Ethik
- Typische ethische Konflikte in der Medizin
- PEG anlegen oder nicht?
Einmal PEG = immer PEG?
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Was ist Ethik?

Griech. Τὸ ἠθός: Sitte



Plastik von Richard Janzen

1. Allgemein gültige Normen und Maximen der Lebensführung, die sich aus der Verantwortung gegenüber anderen herleiten. (DUDÉN)
2. Ethik ist die methodische Untersuchung unterschiedlicher moralischer Aussagen oder Systeme.
3. Ethik ist die Philosophie oder Theorie der Moral.
4. Ethik ist der Versuch, eine Antwort zu geben auf die Frage:
„Was **sollen** wir tun von den Dingen, die wir tun **können**, und **warum**?“



Moral (lat. mos: **Sitte**):

Regeln, Wertmaßstäbe, Sinnvorstellungen, die das Handeln des Einzelnen oder einer Gesellschaft leiten

Gegensatz-Beispiele

- **Menschliches Leben muss unter allen Umständen erhalten werden.**
- **Unter bestimmten Bedingungen dürfen / müssen wir bei einem Schwerstkranken auf lebensverlängernde Therapie verzichten.**

- **Mörder müssen hingerichtet werden.**
- **Du sollst nicht töten!**

- **Eigentum ist Diebstahl.**
- **Jeder hat das Recht auf Eigentum.**

- **Auge um Auge, Zahn um Zahn.**
- **Vergib, so wird dir vergeben.**

Prinzipienorientierte Ethik (1)



- **Theologische Ethik: Gott**
Christliche Prinzipien



- **Naturrechtsethik:
Naturalismus**
Was ist für uns als Menschen gut?
(Thomas von Aquin, 1225 - 1274)



- **Utilitaristische Ethik: Nutzen**
Was ist der größtmögliche Nutzen
für eine Gruppe oder einen
Einzelnen? (Jeremy Bentham, 1748 - 1832)

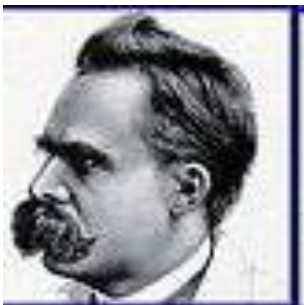
Prinzipienorientierte Ethik (2)



- **Rationalistische Ethik: Vernunft**
Die Vernunft sagt uns, dass wir immer so verfahren sollen, wie es ein allgemein gültiges Gesetz vorschreiben könnte.
(nach Kant, 1724 - 1804, Kategorischer Imperativ)



- **Diskurs-Ethik: Freier Austausch**
Richtig ist die Handlung, der alle Beteiligten nach freier Diskussion zustimmen können.
(Habermas, * 1929, und Apel, * 1922)



- **Ethischer Nihilismus:**
Es gibt keine allgemein verbindliche ethische Werte. Sie sind immer Ausdruck bestimmter Interessen und Machtspiele.
(Nietzsche, 1844 - 1900)



Klinischer Pragmatismus

- Es gibt keine Einigkeit, welches Prinzip gelten soll (Gott, Natur, Vernunft, freier Austausch ...).
 - Es ist ein Problem, wie das Prinzip im individuellen Fall angewendet werden soll.
- Deshalb müssen wir eine andere ethische Orientierung suchen.

Die 4 mittleren ethischen Prinzipien nach Tom Beauchamp und James Childress

(2001, Kennedy Institute of Ethics an der Georgetown University Washington DC)



1. **Respekt vor Selbstbestimmung**
2. **Nicht schaden**
3. **Gutes tun, Fürsorge**
4. **Gerechtigkeit**



Gegenargument:

Die komplizierten Sachverhalte der biomedizinischen Ethik lassen sich mit der starren Hierarchie von Prinzipien nicht bewältigen, da sie zu einer unangemessenen Vereinfachung führen.



Selbstbestimmung = Autonomie

Monika Boppert: Patientenautonomie und Pflege, Frankfurt, 2002

- Recht auf Zustimmung / Ablehnung
- Recht auf Auswahlmöglichkeiten
 - Die Würde des Menschen besteht in der Wahl. (Max Frisch)
- Recht auf Information und Gespräch
 - Qualität und Quantität eines Gesprächs sagen etwas aus über die ethischen Auffassungen der Beteiligten.
 - Der Patient soll seine Entscheidung selbst treffen, aber nicht einsam und allein.
- Recht auf Nicht-Wissen und Nicht-Therapie
- Recht auf Festlegung des Eigenwohls
- Recht auf möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums durch die im Gesundheitssystem unumgänglichen Strukturen



Entwicklung der Autonomie während der Krankheit

- Fast jede Krankheit schränkt die Selbstbestimmungsfähigkeit ein. Die ärztliche Individualverantwortung bleibt!
- Der Wunsch nach autonomen Entscheidungen nimmt mit der Krankheitsschwere **ab!**
- Die aktive Einbindung in Entscheidungen spielt für ältere Patienten und Menschen mit niedrigem Bildungsstand eine geringere Rolle als für jüngere Personen und Menschen höherer sozialer Schichten.
- 2 Typen von Verhalten bei der Entscheidungsfindung:
 - Gruppe A sucht aktiv nach Informationen und Entscheidungen
 - Gruppe B zieht eher die paternalistische Betreuung vor („Der Arzt wird es schon richtig für mich entscheiden!“)
- Ein gewisses Maß an Verleugnung und Verdrängung ist für die psychische Verarbeitung z. B. bei Krebskrankheiten unverzichtbar.



Gestützte Autonomie

Linus Geisler, Zwischen Tun und Lassen, Mabuse-Verlag, 2008

- Ziel: Autonomieförderung im weitesten Sinn
- Es geht darum, dem terminal Kranken, dessen Situation in überwältigendem Maß von Schmerzen, körperlichen und seelischen Einschränkungen dominiert wird, erst wieder den Anspruch auf Autonomie bewusst zu machen.
- Der Patient muss zur Autonomie durch Palliativtherapie (einschl. Symptomkontrolle) befähigt werden.
- Rund ein Viertel der Patienten ist durch Depression bezüglich Therapieentscheidungen entscheidungsunfähig.
- Der Abbau institutioneller Hindernisse ist wichtig zur Autonomiefähigkeit

Die mittleren ethischen Prinzipien sind



- Wegmarken
- keine Gesetze
- zu verwirklichende Ziele
- in jedem Fall individuell zu entwickeln
- Sie **können** für alle Menschen unabhängig von kulturellen oder weltanschaulichen Überlegungen angewendet werden.



Prinzipien der biomedizinischen Ethik

Tom Beauchamp und James Childress, 1979

- Keine Priorität eines Aspektes
- Systematische Bearbeitung ethischer Konflikte
- Beurteilung moralisch-ethischer Konflikte mit klaren Entscheidungen und Konsequenzen im klinischen Alltag sind möglich.



Grundlagen, die helfen können, ethische Konflikte zu lösen

■ **Entscheidend ist der Wille des Patienten (Autonomie)**

- **Patientenverfügung und Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Generalvollmacht**
- **Betreuung, mutmaßlicher Wille**
- **BGB, StGB, BGH-Urteile stärken die **Patienten-Autonomie**,**
 - **z. B. Gesetz zur Patientenverfügung, gültig ab 01.09.2009**
- **Medizinethische Leitwerte (**Wohl des Patienten**)**
- **Grundsatz der sozialen **Gerechtigkeit** unter **Berücksichtigung individueller Gesichtspunkte****
- **Medizinische Standards (z. B. Leitlinien der Fachgesellschaften) verbinden **Gutes Tun** und **Schaden abwenden****
- **Standesrechtliche und ethische Normen**
 - **Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 07. Mai 2004, aktualisiert 2007 und 2011**
 - **Ärztliche Berufsordnung, aktualisiert 19.09.2007**



Ethische Leitgedanken in der Medizin

- **Wahrhaftigkeit in der Kommunikation, auch mit Angehörigen**
- **Realistische Hoffnung schaffen**
- **„Im Zweifelsfall ist Hoffnung immer richtig.“**
(Dr. med. Bernie Siegel, Prognose Hoffnung, ECON-Verlag)
- **Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten**
- **Respekt vor der Würde des Menschen im Leben, Sterben und danach**
- **Verzicht auf belastende und unnütze Diagnostik und Therapie**
- **Sehr gute Symptomkontrolle ist Pflicht.**
- **Obwohl der Patient seine körperliche Integrität verliert, muss seine persönliche Integrität erhalten bleiben.**
- **Nicht das Sterben, sondern die Qualität des verbleibenden Lebens steht im Vordergrund.**
- **Nicht das medizinisch-technisch Machbare, sondern das medizinisch-ethisch Vertretbare steht im Vordergrund.**
- **Nicht „Behandeln oder nicht behandeln?“, sondern „Wie behandeln wir diesen Patienten angemessen?“**
- **„Wenn nichts mehr zu machen ist, gibt es noch viel zu tun.“**

Grundsatz:

Für jeden Patienten die optimale Behandlung (nicht die maximale!)

- **Nicht alles, was technisch machbar ist, ist für den Patienten sinnvoll oder von ihm gewünscht.**
- **Das Überleben mit einer schlechten Prognose (Tod, Koma, Schwerpflegebedürftigkeit) ist kein Behandlungsziel.**
- Bei komatösen Überlebenden mit schlechter Prognose nach einer Reanimation sollte der Verzicht auf intensivmedizinische Maßnahmen überprüft und diskutiert werden.
 - Besprechung mit den Angehörigen (offen, empathisch, realistisch)
 - Patientenwille feststellen (Pat.verfügung? Mutmaßlicher Wille?)
 - Therapiebegrenzung diskutieren
 - Beatmung, bis der Patient stirbt oder spontan atmet
 - Enterale oder parenterale Ernährung
 - Keine spezielle medikamentöse Therapie

Bitte beachten!

- Wenn wir einen Menschen, der ausdrücklich sagt, dass er leben will, zum Tod zwingen, ist das ein schweres Verbrechen und wird bestraft.
- Wenn wir einen Menschen zum Leben zwingen, der in entscheidungsfähigem Zustand ausdrücklich sagt, dass er unter bestimmten Bedingungen lieber sterben als leben will, ist das Gewalt am Kranken und ein strafbarer Verstoß gegen die ärztliche Kunst und das geltende Strafrecht.
- Es ist falsch, davon auszugehen, dass alle Menschen immer und unter allen Bedingungen leben wollen!
- Es gibt ein **Recht**, aber **keine Pflicht** zu leben.
- **Lebensverlängerung** kann ein Therapieziel sein, **Sterbeverlängerung** ist kein Therapieziel.
- Wir sollten einem Menschen die Chance auf friedlichen und natürlichen Tod nicht nehmen.
- Requiescat in pace – er / sie ruhe in Frieden



Typische ethische Konflikte in der Medizin



- **Umgang mit bewusstseinsgestörten Menschen**
- **Schweigepflicht**
- **Gewalt im Umgang mit Patienten**
- **Freiheitsentziehende Maßnahmen: Fixierung, Unterbringung**
- **PEG legen? Einmal PEG – immer PEG?**
- **Entscheidungen am Ende des Lebens**
- **Therapieabbruch oder Veränderung des Therapieziels?**
- **Kurative oder palliative Therapie?**
- **Wahrung der Menschenwürde**
- **Sterbebegleitung oder aktive Sterbehilfe?**
- **Reanimation oder nicht?**
- **Umgang mit Pat.verfügung / mutmaßlichem Willen**
- **Gerechtigkeit unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten:
Prioritäten setzen — Ressourcen verteilen**
- **Präimplantationsdiagnostik**

Die ethischen Voraussetzungen für ärztliches Handeln müssen ständig überprüft werden.



- Die Therapie muss **diesem** Patienten in der konkreten Situation **nützen**.
- Das **Therapieziel** muss geklärt und realistisch sein.
- Der Patient muss mit Therapieziel und Therapie **einverstanden** sein.
- Die Therapie muss nach den **Regeln der ärztlichen Kunst** ausgeführt werden.

Quelle: Verändert nach einer Folie von Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, München

PEG

(perkutane endoskopische Gastrostomie)



- Pro Jahr etwa 140.000 PEG-Anlagen in Deutschland
- Davon 65 % bei älteren Menschen



Deutsches Ärzteblatt Heft 9, 29.02.2008

- **Die Minderung von Nahrung und Flüssigkeit ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses.**
- **Dehydratation ist weder schmerzhaft noch ein Zustand, der mit Unruhe oder anderen unangenehmen Empfindungen einhergeht.**
- **Es ist wahrscheinlich, dass die durch den Abbau des Körperfetts gebildeten und ins Blut übertretenden Stoffe (Ketone u.a. Stoffwechselprodukte), die mit verminderter Kalorienaufnahme einhergehen, einen willkommenen schmerzlindernden Effekt haben.**
- **Dehydratation dämpft die Bewusstseinslage und trägt vermutlich dazu bei, terminale Angstzustände zu mildern.**



Studie 1994 in USA

- 32 zumeist tumorkranke Menschen, Lebenserwartung von weniger als 3 Monaten.
- Bei allen Patienten ließen sich ausnahmslos Hunger, Durst und trockener Mund mit kleinen Mengen natürlicher Nahrung und Flüssigkeit, Eisstückchen oder der Befeuchtung des Mundraums beseitigen.

PEG-Ernährung (Perkutane endoskopische Gastrostomie)

Quelle: Verändert nach einer Folie von Prof. Dr. med. Georg Marckmann,
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, München

Ziele der Sondenernährung

- Aspirationspneumonie sicher verhindern
- Ernährungszustand dauerhaft verbessern
- Leben verlängern
- Patienten entlasten
- (Das Pflegepersonal zu entlasten, ist keine erlaubte Indikation!)

Wirksamkeitsnachweis fehlt

- **Aspirationen lassen sich nicht sicher verhindern.**
(Finucane 1999, Gillick, 2000)
- **Der Ernährungszustand wird manchmal durch die Komplikationen der PEG verschlechtert.**
- **Die Überlebensrate mit PEG ist nicht besser als mit einer anderen Ernährungsform.**
- **Es gibt keinen Nachweis einer Leidensminderung.**
- **Negativ: Fixierung nötig? Lokale Komplikationen? Zuwendung durch Füttern fehlt.**
- **Für eine nasogastrale Sonde gilt das gleiche.**



Die PEG-Ernährung ist eine medizinische Maßnahme, muss also vom Patienten genehmigt werden.

- **Die PEG-Ernährung gegen den erklärten Willen des Patienten ist strafbare Körperverletzung! (§ 223 StGB)**
- **Täglich (wie bei Medikamentengabe) neu entscheiden:**
 - **Nützt die PEG dem Patienten in dieser Situation?**
 - Wäre der Patient **jetzt** mit PEG-Ernährung **einverstanden?**
- **Nicht der Abbruch, sondern die Fortführung der PEG-Ernährung muss ethisch gerechtfertigt sein.**
- Wenn eine PEG liegt, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass sie auch immer benutzt werden muss!
- Relevant für die Frage des Behandlungsabbruchs ist der Nutzen und nicht die Wirksamkeit der medizinischen Maßnahme.
- **Entscheidende Frage: Darf ich den nächsten Beutel anhängen?**

**Bei fortgeschrittener Demenz gibt es keine Beweise,
dass eine**

- **PEG das Leben verlängert**
- **die Lebensqualität verbessert**
- **den funktionellen Status verbessert**
- **Aspirationspneumonien verhindert** (Finucane 1999, Gillick, 2000)
- **Mangelernährung vorbeugt oder lindert**
- **Druckulzera vorbeugt oder lindert**

- **Wenn sich diese Ziele nicht erreichen lassen, sollte man auf eine PEG verzichten, auch wenn der Patient dann stirbt.**
- Demenzpatienten ohne künstliche Ernährung und Hydratation leiden nachweislich nicht unter einer erhöhten Belastung, sofern sie eine adäquate Pflege und Palliativversorgung erhalten.



Vorschlag

- Schriftliche Genehmigung der PEG-Anlage „unter Vorbehalt“ erteilen, damit eine spätere Einstellung der PEG-Nutzung vorbereitet wird.
- „Die PEG wird unter dem Vorbehalt gelegt, dass sie nur benützt wird, solange die Nutzung das Sterben und Leiden des Patienten nicht verlängert.“



Ist der Abbruch der PEG-Ernährung legal?

- Die PEG-Ernährung gehört nicht zur Basisversorgung, weil bekannt ist, dass die PEG-Ernährung häufig den Patienten mehr belastet als erleichtert. (BGH-Urteil)
- Die Basisversorgung schreibt u. a. „Stillen von Hunger und Durst“ vor, nicht „Ernährung“!
- Die Meinung, man könne einen mit PEG ernährten Patienten nicht verhungern und verdursten lassen, ist irrelevant, wenn der sterbende Patient keinen Hunger und keinen Durst hat!
- Der erklärte Wille des Patienten steht über seinem Wohlergehen, auch wenn die Ablehnung einer Therapie lebensgefährdende Folgen hat! (BGH-Urteil)



Darf eine PEG-Ernährung abgebrochen werden?

- Der **BGH** hat den Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme (PEG-Ernährung) „ausnahmsweise“ auch dann für zulässig erklärt, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. (Patientin im Wachkoma) - (1 StR 357/94 – NJW 1995, 204)
- Der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist ethisch und rechtlich zulässig, wenn dies dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. (BGH-Urteil 08.06.2005)
- Die **Richtlinien der Bundesärztekammer** erlauben den Abbruch der PEG-Ernährung, wenn sie das Leiden / Sterben nur verlängert.
- Der Abbruch der PEG-Ernährung unter bestimmten Bedingungen ist **erlaubte passive Sterbehilfe**, weil eine lebensverlängernde Maßnahme abgebrochen wird und der Patient an seiner Erkrankung stirbt.

PEG anlegen oder nicht?

Entscheidungsweg nach Marckmann, DÄ, 07.12.2007

Schluckstörung oder ungenügende Nahrungsaufnahme



Ausschluss reversibler Ursachen

z. B. Infekt, Delir, Medikamentennebenwirkungen



Individuelle Nutzen-Schaden-Evaluation

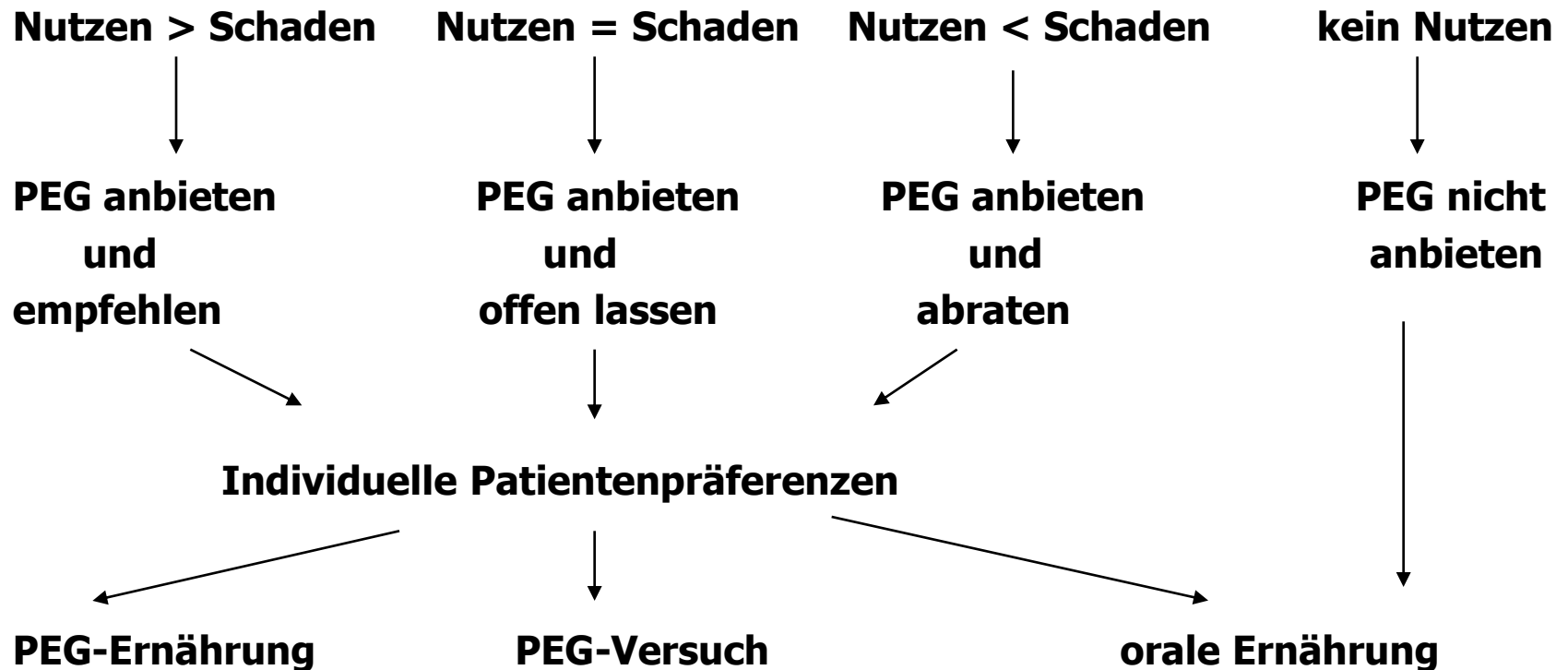
(interdisziplinäre Fallkonferenz)

individuelle Prognose berücksichtigen

Die mittleren ethischen Kriterien bei der Entscheidung

PEG oder orale Ernährung?

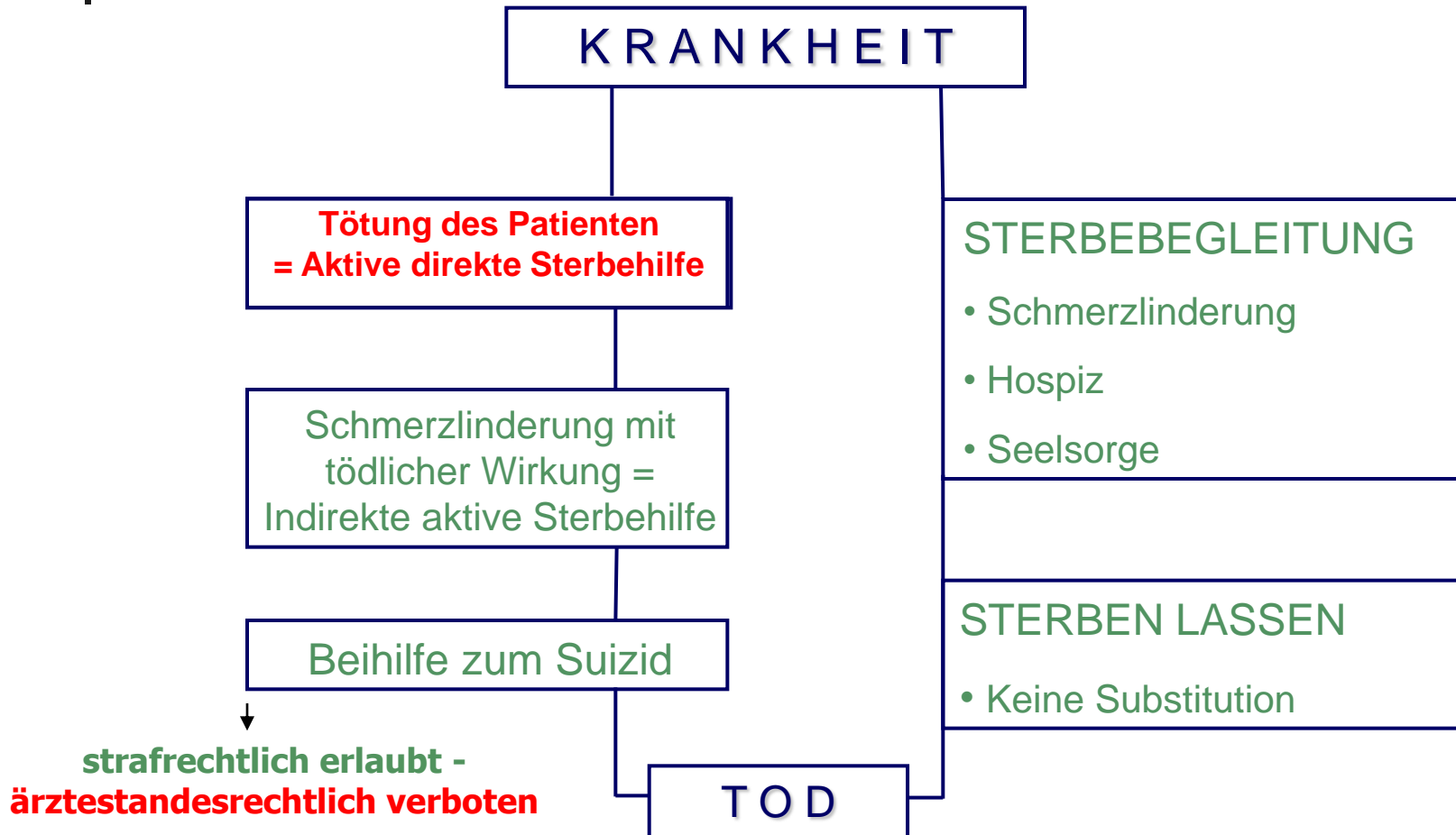
Entscheidungsweg nach Marckmann, DÄ, 07.12.2007



Beachtung des Patientenwillens und Sterbehilfe

– was ist erlaubt, was verboten?©

Quelle: Aus Vorträgen von RÄ Petra Vetter und RA Wolfgang Putz





Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

Präambel (1)

- Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.
- Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.



Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

Präambel (2)

- Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebensverlängernde Therapien künstlich in die Länge gezogen werden.
- Das Sterben darf durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.
- Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.
- Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles getroffen werden.



Basisbetreuung

Quelle: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

Der Arzt hat für eine **Basisbetreuung** zu sorgen.

Dazu gehören

- menschenwürdige Unterbringung
 - Zuwendung
 - Körperpflege
 - Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit
 - Stillen von Hunger und Durst
-
- Dazu gehört **nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr**, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können.
 - Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindung gestillt werden.



Maßnahmen unterlassen oder beenden

Quelle: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

- Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden.
- Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidliche Lebensverkürzung hingenommen werden darf.

Wann soll die Therapie eingestellt werden?



- Medizinethische und rechtliche Voraussetzungen für die Entscheidung
 - Irreversibler Zustand
 - Der Patient liegt im Sterben
 - Es besteht keine Therapieindikation mehr
 - Generalvollmacht, Patientenverfügung, Betreuer oder mutmaßlicher Wille erlauben den Therapieabbruch.

Medizinethische Stufenanalyse



1. **Fakten**
 - **Diagnose**
 - **Prognose**
 - **Therapieoptionen**
2. **Werte**
 - **Krankheitseinschätzung durch den Patienten**
 - **Erklärter Patientenwille**
 - **Lebensentwurf des Patienten**
3. **Umgebung und gesellschaftliche Werte**
 - **Lebensumfeld**
 - **Behandlungsteam**
4. **Wertkonflikte**
5. **Entscheidung**
6. **Begründung**



