



Frage 473

? Besteht ein ethischer Unterschied zwischen dem Verzicht auf eine Maßnahme (z. B. Beatmung, künstliche Ernährung) von Anfang an und ihrem Abbruch zu einem späteren Zeitpunkt?

! Nein, wenn Absicht und Gründe dieselben sind.

i Wenn eine Maßnahme nicht ärztlich indiziert oder wenn sie vom (mutmaßlichen) Willen des Patienten ausgeschlossen ist, macht es ethisch und rechtlich für ihre Unterlassung keinen Unterschied, ob die Maßnahme schon begonnen wurde oder noch nicht. Sie darf nicht erfolgen. Die nur faktische, nicht ethisch relevante Unterscheidung zwischen Nichtbeginnen und Abbrechen ist keineswegs mit dem Unterschied von passiv und aktiv gleichzusetzen. In beidem geht es nämlich um den zukünftigen Verzicht, also eine passive Haltung. Streng religiöse Gruppen, z. B. im Judentum, sehen das zum Teil anders, wenn sie auch Abstellen als aktiv ansehen und deshalb automatisiertes Abstellen fordern. Für Patienten, Angehörige und Gesundheitspersonal kann das Einstellen von Maßnahmen belastender als der Verzicht von Anfang an sein. Auch deshalb sollte ein unberechtigter Beginn nach Möglichkeit vermieden werden.

3.2 Entscheidungen am Lebensende

Jan Schildmann, Eva Schildmann

Frage 474

? Bei der sog. Sterbehilfe werden häufig die Formen „aktiv“ und „passiv“ unterschieden. Auf welche Handlungen am Lebensende beziehen sich diese Begriffe?

- ! • Aktive Sterbehilfe: Tötung eines Patienten (auf dessen Verlangen)
- passive Sterbehilfe: Begrenzung medizinischer Maßnahmen mit der möglichen Folge der Lebensverkürzung

i Die Tötung von Patienten auf Verlangen ist nach § 216 StGB (Strafgesetzbuch) strafbar. Die Begrenzung medizinischer Maßnahmen (Verzicht oder Abbruch) mit der möglichen Lebenszeitverkürzung ist unter Berücksichtigung des Patientenwillens sowie der Indikation rechtlich möglich bzw. geboten.

Frage 475

? Was bedeutet „indirekte Sterbehilfe“?

! Indirekte Sterbehilfe beinhaltet die Anwendung von Maßnahmen zur Verminderung von Leiden mit der möglichen Folge der Lebenszeitverkürzung.

i Die sog. indirekte Sterbehilfe ist unter Berücksichtigung der Indikationsstellung sowie im Einklang mit dem Patientenwillen rechtlich erlaubt. Die ethische Rechtfertigung bezieht sich auf die sog. Doktrin der Doppelwirkung nach Thomas von Aquin. Nach dieser können, vereinfacht ausgedrückt, Handlungen mit negativen Konsequenzen (in diesem Fall: mögliche Lebensverkürzung) unter Verweis auf intendierte positive Effekte dieser Handlung (in diesem Fall: Leidenslinderung) gerechtfertigt werden.

Frage 476

? Was bedeutet der Begriff „Euthanasie“?

! Der Begriff „Euthanasie“ kann mit „schöner Tod“ übersetzt werden (griech.: „eu“ gut, „thanatos“ Tod).

i Während der englische Begriff „euthanasia“ in der internationalen Diskussion häufig für die Tötung auf Verlangen verwendet wird, wird er in Deutschland seit Ende des nationalsozialistischen Regimes in der Regel nicht mehr benutzt. Grund dafür ist die missbräuchliche Verwendung des Begriffs für die Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen während des Nationalsozialismus.

Frage 477

- ?** Ein Patient wünscht den Abbruch der invasiven Beatmung. Ist der Abbruch dieser Maßnahme rechtlich erlaubt?
- !** Unter der Voraussetzung, dass der Patient selbstbestimmungsfähig ist, ist der Abbruch nicht nur erlaubt, sondern rechtlich geboten.
- i** Aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des Patienten kann dieser jederzeit eine Behandlung untersagen, die er nicht möchte, auch wenn diese Ablehnung einen tödlichen Verlauf bedeutet. Kann sich der Patient nicht mehr selbst äußern, gilt entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BGH (des Bundesgerichtshofs): „Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB [Bürgerliches Gesetzbuch]) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.“ [3]

Frage 478

- ?** Eine von Ihnen seit mehreren Jahren hausärztlich betreute Patientin mit einer fortschreitenden Tumorerkrankung bittet Sie um Bereitstellung von Medikamenten, die sie zu einem selbst gewählten Zeitpunkt einnehmen möchte, um ihr Leben zu beenden. Um welche Handlung bittet die Patientin Sie?
- !** Die Patientin bittet Sie um Beihilfe zum Suizid (ärztlich assistierte Selbsttötung).
- i** Die Beihilfe zum Suizid wird anhand der sog. Tatherrschaft von der Tötung auf Verlangen abgegrenzt. Bei der Selbsttötung liegt die Tatherrschaft bei dem Suizidenten, während bei der Tötung auf Verlangen die zum Tode führende Handlung von einer anderen Person (z. B. dem Arzt oder dem Angehörigen des Patienten) ausgeführt wird.

Frage 479

- ?** Ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid (ärztlich assistierte Selbsttötung) in Deutschland juristisch erlaubt?
- !** Seit 2015 ist eine „geschäftsmäßige“, d. h. eine auf Wiederholung angelegte, Förderung der Selbsttötung strafrechtlich verboten (§ 217 StGB). Zum Zeitpunkt der Drucklegung werden mehrere Klagen gegen das Gesetz vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelt.
- i** Im Jahr 2011 wurde § 16 der Musterberufsordnung geändert. Demnach dürfen Ärzte „keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Die Übernahme der Änderung der Musterberufsordnung in die Berufsordnung durch die zuständigen Landesärztekammern ist allerdings nicht in allen Landesärztekammern erfolgt. In einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von 2017 wird unter Verweis auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG (Grundgesetz) abgeleitet, dass im extremen Einzelfall der Staat den Zugang zu einem Betäubungsmittel nicht verwehren darf, das dem Patienten eine würdige und schmerzlose Selbsttötung ermöglicht.

Frage 480

- ?** Ein Patient mit einer belastenden und lebensbegrenzenden Erkrankung bittet Sie „um eine Spritze“, damit seinem Leben und dem unerträglichen Leiden ein Ende gesetzt werde. Was ist in dieser Situation zu beachten?
- !** Die Bitte des Patienten ist nicht gleichzusetzen mit dem Wunsch nach Tod. Es sollten im Gespräch mit dem Patienten mögliche Hintergründe für die Bitte des Patienten exploriert werden. Rechtlich ist die Tötung auf Verlangen in Deutschland, anders als beispielsweise in den Niederlanden, auch dann nicht erlaubt, wenn es sich um ein selbstbestimmtes, wiederholtes und ernsthaftes Verlangen des Patienten handelt.
- i** Todeswünsche von Patienten können viele Ursachen haben. Sie können nicht nur dem

Wunsch nach besserer Kontrolle des Leidens entsprechen, sondern auch Ausdruck einer depressiven Erkrankung sein. Empirische Untersuchungen belegen darüber hinaus, dass Todeswünsche von Patienten sich im Verlauf ändern können.

das Sterben 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.“ [2]



Frage 481

? Wie lässt sich eine tiefe palliative Sedierungstherapie, die bis zum Eintritt des Todes eines Patienten durchgeführt wird, von der Tötung eines Patienten auf sein Verlangen abgrenzen?

! Bei der tiefen palliativen Sedierungstherapie wird das Bewusstsein so weit reduziert, wie es notwendig ist, um das Leiden des Patienten zu lindern, das ansonsten unerträglich und therapierefraktär ist. Durch eine adäquat durchgeführte palliative Sedierungstherapie wird nach aktuellem Kenntnisstand die verbleibende Lebenszeit nicht verkürzt. Bei der Tötung auf Verlangen erfolgt die Beendigung des Lebens, um das Leiden des Patienten zu beenden.

i Bei der palliativen Sedierungstherapie erfolgen entsprechend der Zielsetzung ein Monitoring von Anzeichen für Leiden und Sedierungstiefe sowie eine Titration der Medikamente bis zur Sedierungstiefe, die notwendig ist, um das Leiden zu lindern. Dagegen wird bei der Tötung auf Verlangen eine letale Dosis von Medikamenten appliziert.

Frage 482

? Eine Patientin wünscht den Abbruch der künstlichen Ernährung und/oder Flüssigkeitsgabe. Können Sie diesem Wunsch als behandelnder Arzt Folge leisten?

! Patienten, die selbstbestimmungsfähig sind, können jegliche medizinische Maßnahmen ablehnen.

i Entsprechend den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung gilt: „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf

Frage 483

? Eine Patientin mit unerträglichem Leiden bittet um die Durchführung einer kontinuierlichen, tiefen palliativen Sedierungstherapie. Das Behandlungsteam stimmt zu und die Sedierung wird begonnen. Im Zuge der palliativen Sedierungstherapie werden sämtliche medizinischen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Flüssigkeit und Ernährung begrenzt. Nennen Sie ethisch relevante Aspekte dieses Vorgehens.

! • Dem Wunsch der Patientin hinsichtlich Durchführung bzw. Begrenzung medizinischer Maßnahmen ist zu folgen.
• Die Begrenzung von Flüssigkeit und Ernährung kann in Abhängigkeit von der Dauer dieser Maßnahmen in Kombination mit tiefer Sedierung zum Tod der Patientin führen.

i Entscheidungen zugunsten einer kontinuierlichen tiefen Sedierung sollen entsprechend den aktuellen Empfehlungen der EAPC zur palliativen Sedierung aus dem Jahr 2009 nur bei Patienten mit einer Prognose von wenigen Tagen Lebenserwartung getroffen werden. Entscheidungen über die mögliche Begrenzung von Flüssigkeit und Ernährung im Kontext einer palliativen Sedierungstherapie sollen entsprechend diesen Empfehlungen unabhängig von der Entscheidung über Sedierung gemeinsam mit dem Patienten bzw. dessen Stellvertreter getroffen werden.

Frage 484

? Ein junger Patient mit deutlich fortgeschrittener Tumorerkrankung ist in sehr schlechtem Allgemeinzustand. Der Patient wünscht ausdrücklich eine Fortsetzung der Chemotherapie. Welche medizinischen und ethischen Aspekte sind zu berücksichtigen?

! Ist der Wunsch des Patienten selbstbestimmt, basierend auf ausreichender Information? Welche Wirksamkeit hat eine weitere Gabe von Chemotherapie? Welche Risiken sind mit einer Fortsetzung der Behandlung verbunden?

i Der ausgeprägte Wunsch von Patienten nach Therapie ist in der klinischen Praxis häufig Grundlage für die Chemotherapiebehandlung von an Krebs erkrankten Patienten bis kurze Zeit vor dem Eintritt des Todes. Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung ist die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten. Des Weiteren müssen die Wirksamkeit sowie der mögliche Schaden geprüft werden. Entsprechend dem ethischen Prinzip der Nonmalefizien (ethisches Prinzip des Nichtschadens) gilt, dass Ärzte in Situationen, in denen nach ihrer Einschätzung eine Therapie dem Patienten einen angesichts des möglichen Nutzens nicht zu vertretenden Schaden zufügen würde, eine solche Therapie nicht anbieten sollten.

Frage 485

? Eine Patientin mit weit fortgeschrittener Demenzerkrankung wird aufgrund einer Lungenentzündung aus dem Pflegeheim in die Notaufnahme eingewiesen. Die Tochter als zuständige Betreuerin und der Arzt beraten über das weitere Vorgehen. Welche Kriterien müssen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden?

! Es muss von ärztlicher Seite geprüft werden, ob eine Behandlung indiziert ist. Die Betreuerin muss prüfen, ob eine Therapie oder der Verzicht auf die Behandlung mit dem vorausverfügten bzw. mutmaßlichen Willen der Patientin übereinstimmt.

i Die sog. Indikationsstellung umfasst in der Praxis neben der Bewertung der Wirksamkeit einer möglichen Behandlung immer auch die Bewertung des Nutzens und des möglichen Schadens einer solchen Behandlung. In diesem Zusammenhang muss allerdings bedacht werden, dass Bewertungen des Nutzens (z.B. Verbesserung der Lebensqualität) bzw. Schadens (z.B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen) Werturteile darstellen, die nicht allein auf einer medizinisch-fachlichen Expertise beruhen.

Frage 486

? Eine Patientin mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung hat das Bewusstsein verloren und ist seit mehreren Tagen beatmungspflichtig. Des Weiteren sind kreislaufunterstützende Maßnahmen notwendig. Die Angehörigen wünschen übereinstimmend, dass die Therapie in dieser Situation beendet wird. Welche Bedeutung hat der Wunsch der Angehörigen für die Entscheidungsfindung?

! Angehörige sind nicht per se Stellvertreter der Patienten bei fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit. Es muss entweder eine Vorsorgevollmacht vorliegen oder ein Betreuer bestellt werden. Die Aussagen der Angehörigen sind zu berücksichtigen, soweit sie Auskünfte über den vorausverfügten bzw. mutmaßlichen Patientenwillen geben können.

i In der klinischen Praxis werden Angehörige oft in die Entscheidungsfindung am Lebensende bei nicht einwilligungsfähigen Patienten einbezogen. Da Angehörige oft wichtige Hinweise zum vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen von Patienten geben können, sieht § 1901b Abs. 2 BGB sogar vor, dass ihnen zur Ermittlung des Patientenwillens Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden soll. Es ist aber wichtig zu beachten, dass Angehörigen eine Funktion als Stellvertreter des Patienten nur dann zukommt, wenn sie vom Gericht zum Betreuer bestellt wurden oder aber vom Patienten mittels Vorsorgevollmacht als Vorsorgebevollmächtigter ernannt wurden.

Frage 487

? Nennen Sie Kriterien, anhand derer Sie die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten überprüfen können.

- !** • Verständnis der übermittelten Informationen
- Abwägung von Information und Entscheidung im Lichte von persönlichen Werthaltungen und Präferenzen des Patienten

i Die Einwilligungsfähigkeit ist neben der Information und der Freiwilligkeit eine zentrale Vo-

raussetzung für eine gültige informierte Einwilligung (Informed Consent) von Patienten. Die Einwilligungsfähigkeit bezieht sich auf den zu entscheidenden Sachverhalt. Patienten könnten in Bezug auf einen vergleichsweise einfach zu entscheidenden Sachverhalt einwilligungsfähig sein und gleichzeitig nicht dazu fähig sein, selbstbestimmt über einen komplexen Sachverhalt zu entscheiden. Psychische Erkrankungen sind nicht mit dem Fehlen von Einwilligungsfähigkeit gleichzusetzen.



i BVP ist vor allem dafür vorgesehen, in einem umfassenden dialogischen Prozess mit einwilligungsfähigen Menschen für den Verlust der Einwilligungsunfähigkeit vor auszuplanen. Professionelle Moderatoren aus nicht ärztlichen Gesundheitsberufen können dabei unterstützend wirken.

Frage 488

? Erläutern Sie die mögliche Funktion der klinischen Ethikberatung im Kontext von Entscheidungen am Lebensende.

! Im Rahmen einer klinischen Ethikberatung werden bei wertbezogenen Konflikten am Lebensende die für die Entscheidung relevanten Fakten, die moralischen Bewertungen der Beteiligten sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen zusammengetragen. Ziel ist die Formulierung ethisch fundierter Handlungsoptionen. Dabei bleibt die Verantwortung für die Entscheidung beim Behandlungsteam und bei den weiteren Verantwortlichen (Patient bzw. Stellvertreter).

i Entsprechend der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur „Ethikberatung in der klinischen Medizin“ aus dem Jahr 2006 ist die ethische Einzelfallberatung eine der 3 Hauptaufgaben der klinischen Ethikberatung. Weitere zentrale Aufgaben sind die Leitlinienentwicklung sowie die Fort- und Weiterbildung in klinischer Ethik.

3.3 Vorausschauendes Planen

Eva-Maria Sprengard

Frage 489

? Wofür stehen die Abkürzungen „BVP“ und „ACP“?

! „BVP“ steht für „Behandlung im Voraus Planen“, „ACP“ steht für „Advance Care Planning“.

Frage 490

? Welche Ziele verfolgen BVP bzw. ACP?

! BVP soll helfen und sicherstellen, dass nicht mehr einwilligungsfähige Betroffene nach ihren Wünschen behandelt werden. Es soll gewährleistet werden, dass die vom Betroffenen unerwünschte Über- oder Unterversorgung unterbleibt. Patienten sollen nach ihren Wertvorstellungen und Wünschen behandelt werden, auch wenn sie diese nicht mehr selbst äußern können. Dies soll erfolgen, indem künftige medizinische Entscheidungen in Absprache mit dem Patienten vorausgeplant werden. Beim BVP geht es in erster Linie um den Gesprächsprozess. Wesentliche Bestandteile des BVP sind zudem die Dokumentation und schnelle Verfügbarmachung des ermittelten Patientenwillens durch entsprechende Archivierung, Zugriff und Transfer des schriftlich verfügbaren Patientenwillens. Behandlungswünsche können sich im Laufe des Lebens ändern. Die vorausschauende Versorgungsplanung sollte daher im Idealfall regelmäßig auf seine Aktualität überprüft werden.

i Auf der individuellen Ebene erfolgt eine vorweggenommene gemeinsame Entscheidungsfindung für den Zeitraum der Einwilligungsunfähigkeit. Auf der Systemebene sollen die regionalen Institutionen und Versorgungsstrukturen sich auf das professionelle Anbieten von BVP vorbereiten und einrichten, sodass individuelle Behandlungsentscheidungen zuverlässig im Sinne des Betroffenen durchgesetzt werden.

Frage 491

? Welches Gesetz hat mit welchem Regelungsinhalt die ersten Voraussetzungen für eine bundesweite Etablierung von BVP geschaffen?