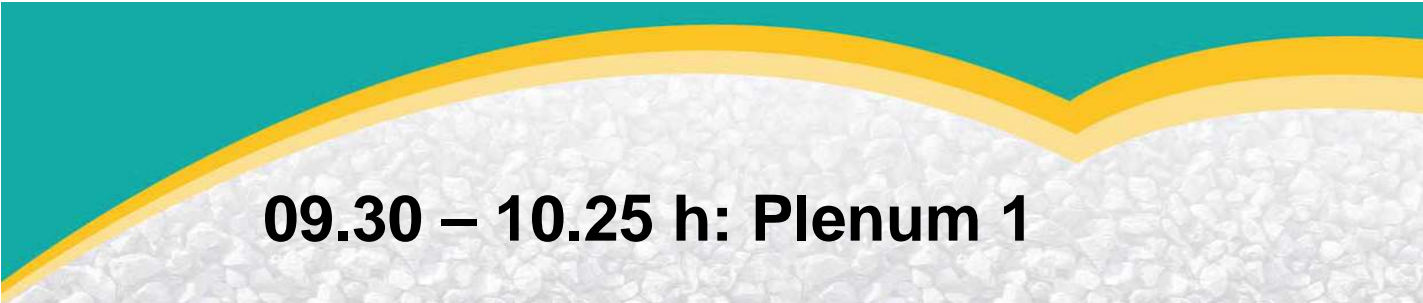


# **Palliative Care**

**21. - 22. Juni 2011, Münster, Congress-Centrum  
Fachkongress zur Pflege des Menschen am Lebensende**





**09.30 – 10.25 h: Plenum 1**

**Dr. theol. Jochen Becker-Ebel**

**Am Ende:**

**Vorrang für den Patientenwillen**

**und wie wir das rechtlich gesichert und  
ethisch verantwortbar begleiten können**



# Überblick

- I) Aktuelle Einführung
- II) Neue Benennungen und Gesetze
- III) Sicherheit beim Entscheidungsweg
  - Flussdiagramm
- IV) Praktische Umsetzungen:
  - Willens-Erhebung
  - Konflikt-Konferenz
  - Krisen-Vorsorge

# Dieser Vortrag im Web

Dieser Vortrag steht  
kostenfrei im Netz:


[www.mediacion.de](http://www.mediacion.de)

Dort im Bereich:

„Service-Download“

und hier unter: „Artikel/Vorträge“





**Am Ende: Vorrang für den  
Patientenwillen**  
**Teil I: Aktuelle Einführung**  
**Folien 6-21 (von 40)**

# C. Saunders: Palliative Care



**Palliative Care ist:**

Multiprofessionell/  
Interprofessionell;

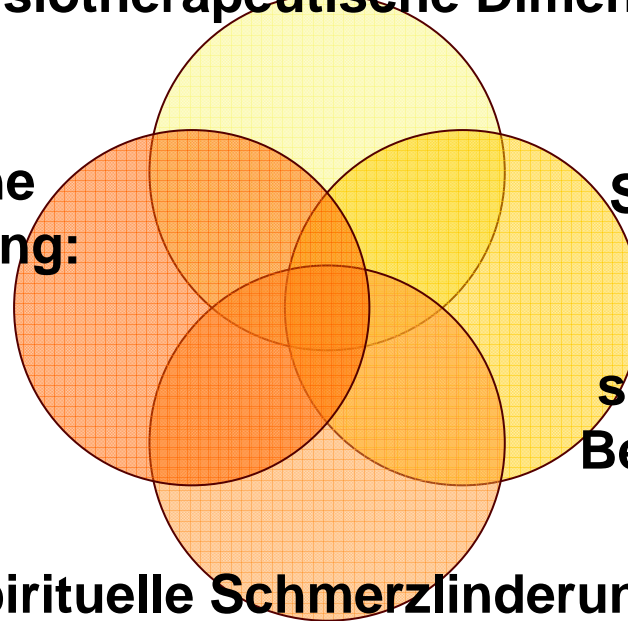
Arbeitet vernetzt  
(mit flachen Hierarchien)

*und ist radikal am Patienten  
und seinem Willen orientiert*

# „Total Care“ nach Saunders

**Körperlicher Schmerzlinderung:  
Medizinische, Pflegerische und  
physiotherapeutische Dimension**

**Psychologische  
Schmerzlinderung:  
Psychisch  
- seelische  
Dimension**

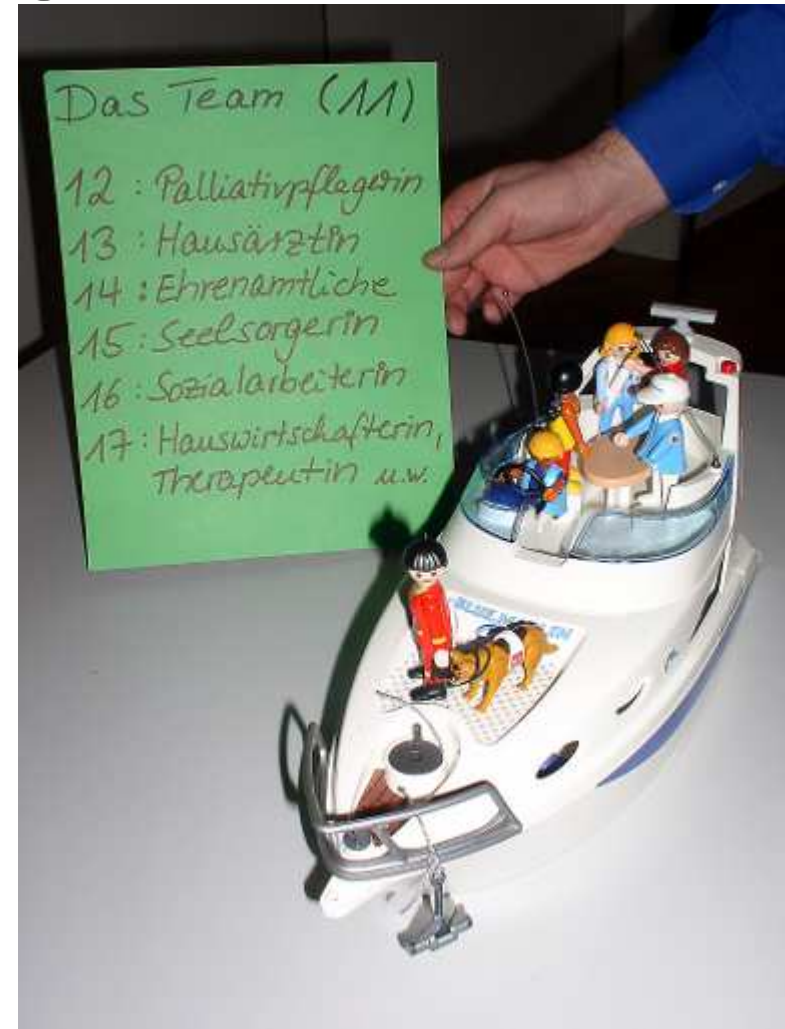


**Sozial-Schmerz-  
Linderung:  
finanzielle und  
soziale Dimension,  
Beziehungsschmerz**

**Spirituelle Schmerzlinderung:  
Spirituelle, religiöse, und/oder  
existenzielle Dimension**

# Palliativversorgung im Team

- (Palliativ-)Pflegernde
- (Palliativ-) Haus-Ärzte
- Ehrenamtliche
- Seelsorgende
- Therapeuten
- Sozialer Dienst
- Hauswirtschaftlicher
- weitere Mitarbeiter



# Patient stets im Mittelpunkt !!!



# 4 ethische Dilemmata

1. Anhaltende Sterbewünsche von Patienten trotz Palliativmedizin...
2. Unklarheit: Was ist erlaubt, was ist verboten? – selbst bei Experten....
3. Ethos: Ist das, was erlaubt ist, auch für den Einzelnen gut umsetzbar...
4. Und: Warum klappt es nicht in der Praxis?

# 1. Patientenwunsch - Sterbewunsch

Typischer Patientenwille:

- Ohne Schmerzen bis zum Ende
- Sicherheit und Geborgenheit
- Bekannte Umgebung (Zuhause/Heim)

Und:

Ist dies nicht der Fall nehmen bei schweren Verläufen auch Sterbewünsche zu.

# Lösung? Palliativmedizin/Pflege

Palliativversorgung erfüllt viele Patientenwünsche.  
Der Sterbewunsch nimmt ab (behaupten  
Palliativmediziner und Hospizbewegung).

## **Jedoch: Palliative Unterversorgung !!**

- Planzahl (seit 2007): 85.000 Versorgungen
- Realität 2009: ca. 8.000 Versorgungen
- Realität 2010: ca. 14.000 Versorgungen

# Anhaltende Sterbewünsche

Aufgrund einer Erkrankung (kein freier Wille)

- z.B. (Alters-) Depression

Aufgrund sozialer Umstände (freier Wille ??)

- Nicht zur Last fallen wollen

Aufgrund eines frei gebildeten Willens

- „Lebens-Sattheit“ /(negative) Lebens-Bilanz
- Ausdruck des freien Willens
- Abwehr von Hilfsangeboten und Hilflosigkeit

## 2. Was ist erlaubt, was verboten?

Ethisches und rechtliches Dilemma bei anhaltenden Sterbewünschen ist:

**Was ist erlaubt und was ist verboten?**

Hier herrscht große Unklarheit !!

Sogar bei den Experten (Folie 15):

# Expertenurteile und Unklarheit

Maßnahme	„Änderung“	Beurteilt als: aktive Sterbeh.	Als: passive Sterbehilfe	Als: indirekte Sterbehilfe
herz-/kreislauf- stabilisierende - Medikamente	Verzicht	3,4 %	48,4 %	40,4 %
	Beendigung	17,4 %	48,3 %	27,3 %
Chemotherapie	Verzicht	1,7 %	42,7 %	43,6 %
	Beendigung	13,9 %	42,9 %	31,7 %
künstliche Beatmung	Verzicht	7,8 %	57,4 %	29,8 %
	Beendigung	<b>34,5 %</b>	41,2 %	18,8 %
Flüssigkeitszu- fuhr über Sonde	Verzicht	8,8 %	53,7 %	30,5 %
	Beendigung	<b>34,0 %</b>	42,5 %	17,1 %
Nahrungszufuhr über Sonde	Verzicht	8,4 %	54,5 %	31,2 %
	Beendigung	<b>31,9 %</b>	43,5 %	18,8 %

(Fehlerhafte) Zuordnungen von Maßnahmen entlang des Patientenwillens im Kontext „Sterbehilfe“ durch **Vormundschaftsrichter** (n= 479) *Quelle: Simon et al, MedR 2004, 305*

# 3. Erlaubte Maßnahmen umsetzen

Es gibt erlaubte Begleitung im Sterben.

Patienten brauchen jedoch Unterstützung bei der Umsetzung des gesetzlich erlaubten Sterbewunsches.

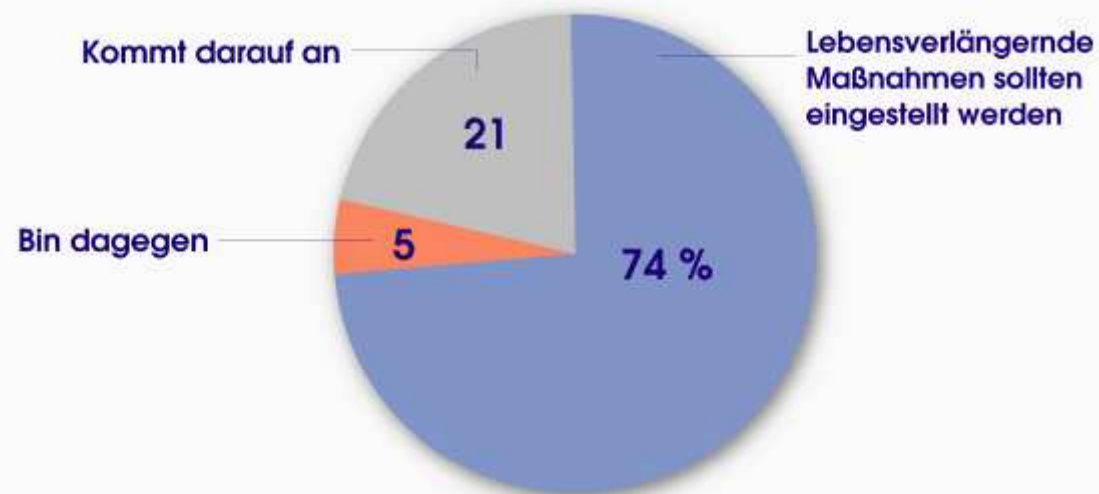
Diese Unterstützung wollen aber nicht alle geben.

- Abbruch nicht mehr gewollter Behandlung (Folie 16; Ärzte)
- Unterstützung bei der gesetzlich erlaubten Selbsttötung (Folie 17; Ärzte)
- (Folie 18; Pflegende)

# 74 % für „passive Sterbehilfe“

Konsens: Lebensverlängernde Maßnahmen sollten auf Wunsch des Patienten eingestellt werden

Frage: "Im Zusammenhang mit der Patientenverfügung wird ja auch darüber diskutiert, ob lebensverlängernde Maßnahmen eingestellt werden sollen, wenn ein Patient das zuvor ausdrücklich erklärt hat. Sind Sie in einem solchen Fall für oder gegen die Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen?"



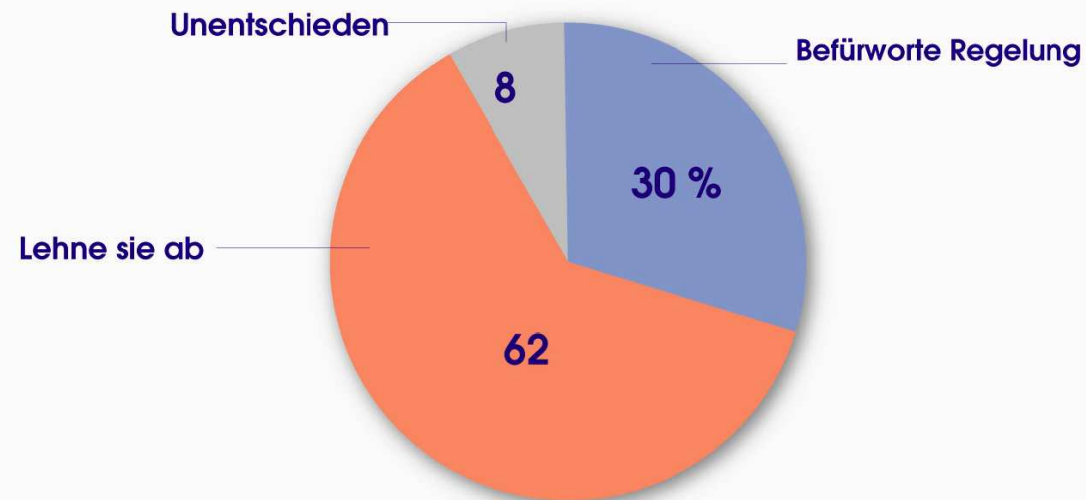
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte  
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 5265, August 2009

© IFD-Allensbach

# 30 % für die (gesetzlich erlaubte) Selbsttötungs-Beihilfe

Weit überwiegend Ablehnung einer Legalisierung eines ärztlich begleiteten Suizids

Frage: "Es wird über eine Regelung diskutiert, die es dem Arzt erlaubt, einen unheilbar Kranken beim Suizid zu unterstützen, z.B. indem er ihm tödliche Medikamente verschafft, die dieser dann selbst einnimmt. Befürworten Sie eine solche Regelung für einen ärztlich begleiteten Suizid, oder lehnen Sie das ab?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte  
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009

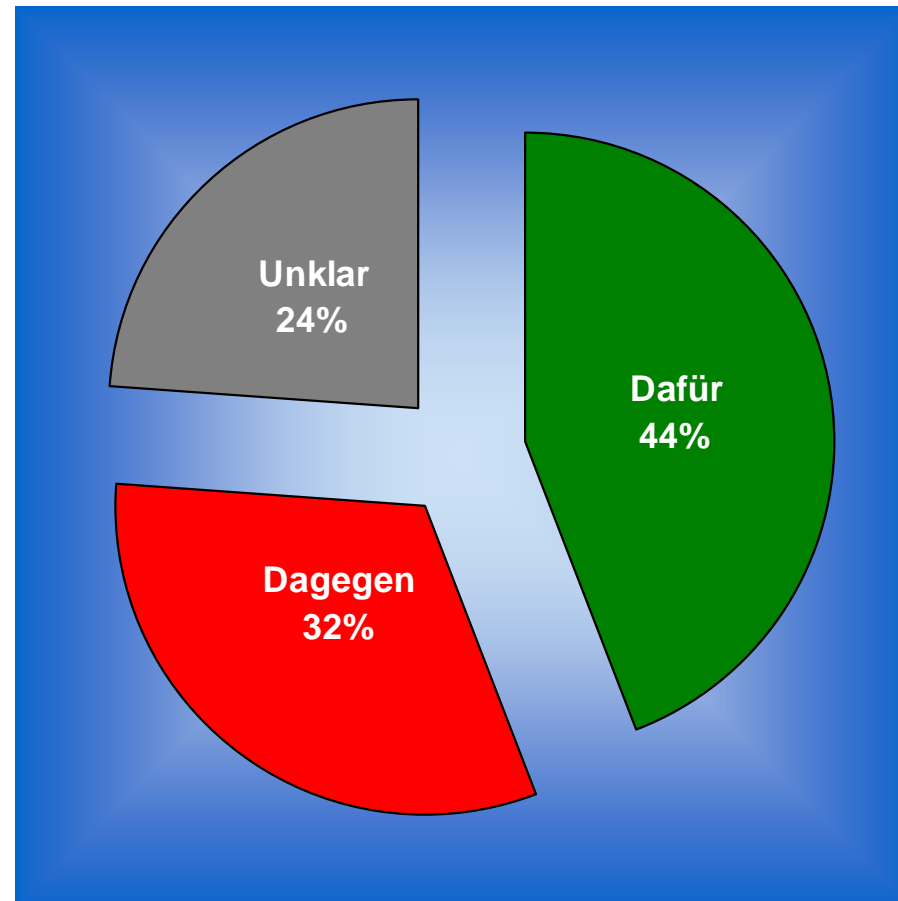
© IfD-Allensbach

# Nur 32 % gegen aktive Sterbehilfe

44 % der Pflegenden sind für aktive Sterbehilfe.

16 % der Pflegenden würden sogar »aktive Sterbehilfe selbst praktizieren«, wenn diese legal wäre.

Umfrage bei 3004 Schwestern und Pflegern 1998 Karl Beine, Universität Witten/Herdecke



# Ärztliche Selbsttötungsassistenz

## Anfang Juni 2011:

Der 114. Deutsche Ärztetag beschließt mit 2/3 Mehrheit die Neufassung von § 16 der Muster-Berufsordnung.

Darin wird erstmals ein über das Strafrecht hinausgehendes Verbot einer ärztlichen Beihilfe zu Selbsttötungen formuliert:

“Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.

Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten.

Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

# 4. Weg / Umsetzungsprobleme

Der Weg vom Bedarf bis zur Umsetzung :

- Rechtsklarheit (Teil II des Vortrags)
- Entscheidungsweg-Klarheit (Teil III)
- Bewährten Umsetzungsstrategien (Teil IV)



# **Am Ende: Vorrang für den Patientenwillen**

## **Teil II: Rechtsklarheit, neue Benennungen und Gesetze Folien 23-28 (von 40)**

# Definitionen „alt“

## **Sterben lassen; auch: „passive Sterbehilfe“**

- Nicht-Einleitung oder Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen (Zulassen des Sterbens) entsprechend dem Patientenwillen

## **„aktive Sterbehilfe“; auch: „Euthanasie“**

- Töten auf Verlangen (§ 216 StGB)

## **Leidenslinderung; auch: „indirekte Sterbehilfe“**

- Zulässige Leidenslinderung mit Gefahr einer möglichen Lebensverkürzung

## **Problem: Unklar; Nicht analog neuer Gesetze**

# Neues Vorgehen zu Definitionen

Es gibt zwei Leitfragen:

- a) Geschieht die Handlung entlang des Patientenwillens - ja oder nein ?
- b) Geschieht die Handlung mit der direkten Absicht (schnell) zu Töten– ja oder nein?

# Definitionen neu

	Tötungs- absicht: nein	Tötungs- absicht: ja
Patientenwillen konform: ja	<u>palliative,</u> <u>erlaubte</u> <u>Maßnahmen</u>	Euthanasie verboten nach § 216 StGB
Patientenwillen konform: nein	schwere Kör- perverletzung verboten: § 223	<u>Totschlag,</u> <u>Mord verboten</u> <u>§ 211 &amp; § 212</u>

# Patientenverfügungsgesetz

1. September 2009: Neues Betreuungsrecht  
Patientenverfügungsgesetz:

Der Betreuer hat nach § 1901 und § 1904  
BGB auf die Umsetzung des  
Patientenwillens zu achten.

Der Patientenwille hat Vorrang vor  
geplanter/möglicher/lebenserhaltender  
Behandlung.

# „Putz“ – Urteil Juni 2010

In dem Verfahren wurde der Münchner Anwalt Wolfgang Putz vom Vorwurf des versuchten Totschlags und aktiver Sterbehilfe freigesprochen.

„Das Abschalten eines Respirators oder der Schnitt durch eine Magensonde ist ein zulässiger Behandlungsabbruch“, begründete die Vorsitzende Richterin Ruth Rissing van Saan das Urteil.




# Selbsttötung

(Assistenz bei der) Selbsttötung ist stets straffrei  
(anders in Japan: Haftungsrecht!).

Gewerbliche Selbsttötung kann polizeilich  
untersagt werden (Kusch).

Ärztliche Assistenz  
bei der Selbsttötung  
kann einer gültigen  
Ärztekammer-  
Berufsordnung  
widersprechen.





**Am Ende: Vorrang für den  
Patientenwillen**  
**Teil III: Sicherheit beim  
Entscheidungsweg**  
**Folie 30 (von 40)**

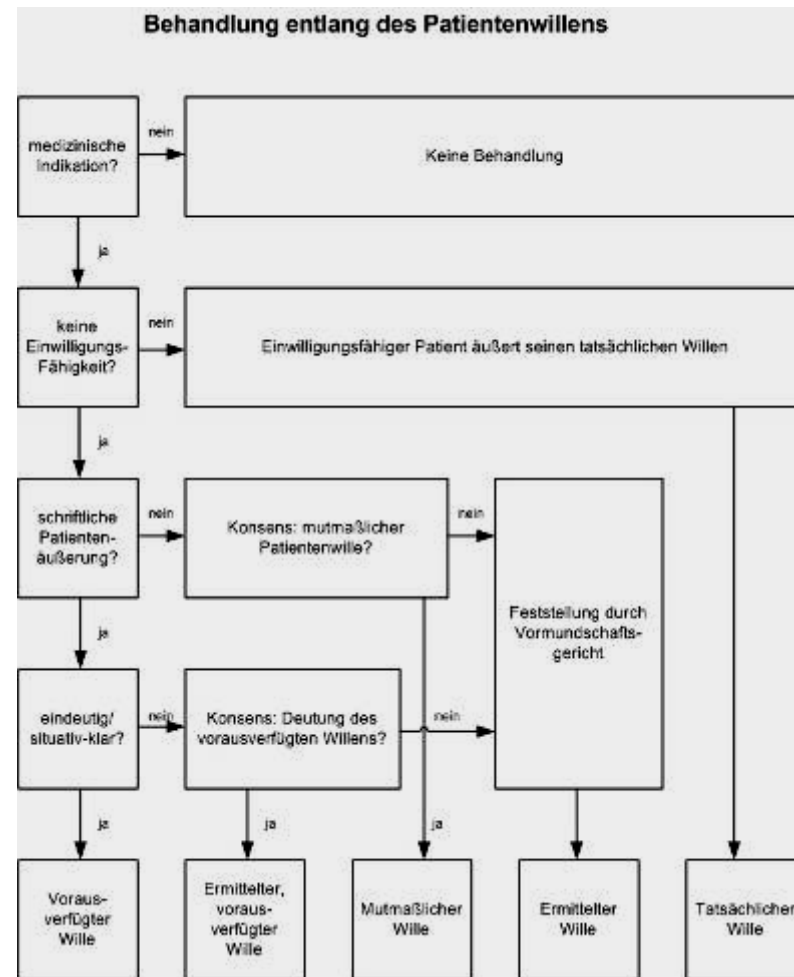
# Flussdiagramm


Das Flussdiagramm orientiert bei der Entscheidungsfindung

aus: Becker-Ebel, J. (ehemals Steurer): Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Behr`s 2010.

Kostenfreier Download mit Erläuterungen:

[http://www.behrs.de/media/catalog/product/9/8/987\\_lp\\_10\\_03\\_16.pdf](http://www.behrs.de/media/catalog/product/9/8/987_lp_10_03_16.pdf)





**Am Ende: Vorrang für den  
Patientenwillen**  
**Teil IV: Praktische  
Umsetzung: Praxisbeispiele**  
**Folie 30-39 (von 40)**

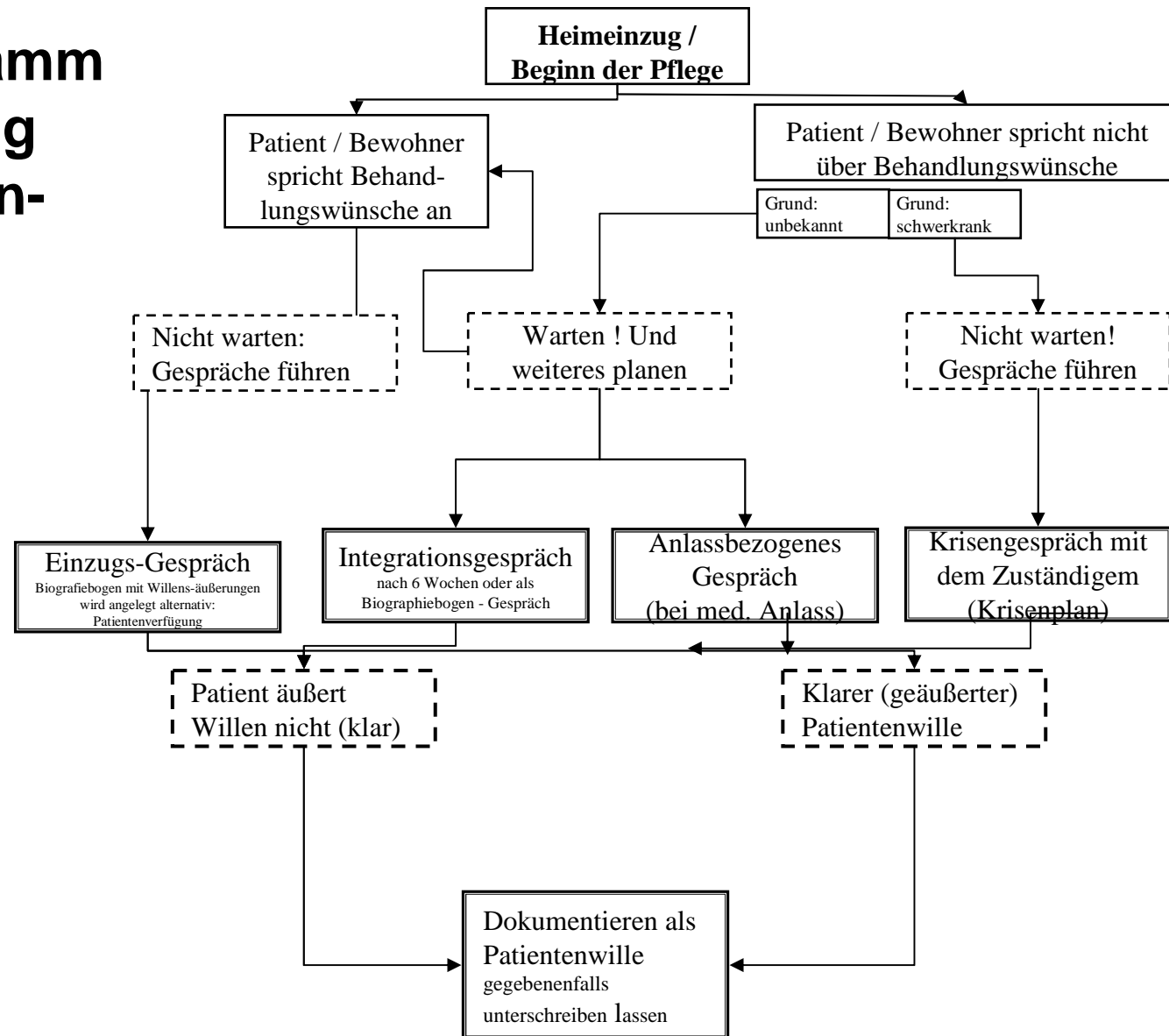
# Patientenwillen erfragen

Patientenwünsche respektvoll erfragen, z.B.:

- Bei Aufnahme der Pflege
- Bei Aufnahme in eine Institution
- Bei Veränderungen/Verschlechterungen.

Strukturiertes Vorgehen, Muster Vorlagen:  
(siehe Folie 33-35)

# Ablaufdiagramm zur Erfassung des Patientenwillens



# Muster/Pläne für Einrichtungen



# Notfallplan

Mögliche Komplikationen	Pat.-Wille Mutmaßlich/tat.	Behandlungs- Verordnung
Atemnot (oder:)		
Akute Blutung		
Schluckstörung		
Darmverschluss		
Schmerzspitze		

# Verzicht auf Wiederbelebung VaW

Primäraufkleber

Universitätsklinikum  
Erlangen  
Klinikum Nürnberg  
Med. Klinik 4

**VaW-Anordnung**  
Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Normalisation	Intensivstation
1. Intubation/Beatmung <input type="checkbox"/>	1. Intubation/Beatmung <input type="checkbox"/>
2. Reanimation <input type="checkbox"/>	2. mechanische Reanimation <input type="checkbox"/>
	3. medikamentöse Reanimation <input type="checkbox"/>
	4. Defibrillation <input type="checkbox"/>

Gründe für die Unterlassung der Maßnahmen:

- Medizinische Indikation nicht gegeben (z.B. Ausweitung der Therapie nicht sinnvoll, inkurables Grundleiden mit begrenzter Lebenserwartung, Sterbephase hat eingesetzt)
- Patient lehnt Reanimation ab (Aussage kann vom Patienten jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)
- 

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin:

- Ist zu Person/Ort verortet
- Kann eigene Situation erfassen, kann die Folgen einer VaW-Anordnung verstehen
- Psychiatrisches Konsil liegt vor
- Patient ist betäubt

Aufklärungsgespräch erfolgt: am \_\_\_\_\_  mit Patient  
am \_\_\_\_\_  mit Angehörigen  
am \_\_\_\_\_  mit Betreuer/Versorgungsmöglichkeitigen  
(Familie, Lebenspartner, engen Freunden)

Teamverantwortung/Situationsverantwortung erfolgt: ja  am \_\_\_\_\_ nein   
Ethikberatung erfolgt: ja  am \_\_\_\_\_ nein

Auf eine ausreichende Symptomkontrolle, Pflege und menschliche Begleitung ist zu achten.

Die Uniklinik Erlangen hat eine detaillierte Vorgehensweise und Pläne zu VaW:

[http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/e6094/inhalt6095/Ethik\\_vaw-formular.pdf](http://www.uk-erlangen.de/e1768/e2332/e6087/e6094/inhalt6095/Ethik_vaw-formular.pdf)

# Ethik-Konfliktgespräche

Bereits über achtzig  
Ethische Fall- und  
Konfliktgespräche am  
ev. – ref. Gemeindestift  
Wuppertal-Elberfeld  
seit 2006 mit  
hausinterner  
Moderatorin für Ärzte,  
Pflegerinnen und  
Angehörige/Betreuer.



# In Kürze: Nachlesen

## **Palliative Care in Pflegeheimen**

**Wissen und Handeln für  
Altenpflegekräfte.**

**Von Jochen Becker-Ebel,  
Christine Behrens, Nina Rödiger,  
Meike Schwermann, Hans-Bernd  
Sittig, Cornelia Wichmann  
Schlütersche, Feb. 2011.  
222 Seiten, 18,95 Euro.  
2. Auflage: Feb. 2011**



# Aktuell Bleiben



Immer aktuell im Netz:  
[www.mediacion.de](http://www.mediacion.de):  
Kostenfreie Newsletter

(freie Druck-Exemplare  
am Stand)

# Diskussion

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit !**

*Gerne höre ich Ihre Ergänzungen und Ihre Fragen:*

**Dr. Jochen Becker-Ebel, 040-99994658**

**...jetzt gleich, am Stand oder online [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de)**