

# **Palliative Care**

**9. und 10. November 2011, Köln**

**Fachkongress zur Pflege des Menschen am Lebensende**



## 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 zum Ethik-Vortrag

- I) Aktuelle Einführung zu den ethische Krisen
- II) Neue Gesetze brauchen neue Definitionen
- III) Sicheres Vorgehen in Entscheidungswegen
  - Flussdiagramm (als Hand Out am Platz)
- IV) Praktische Umsetzung im Pflegekontext
  - 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;

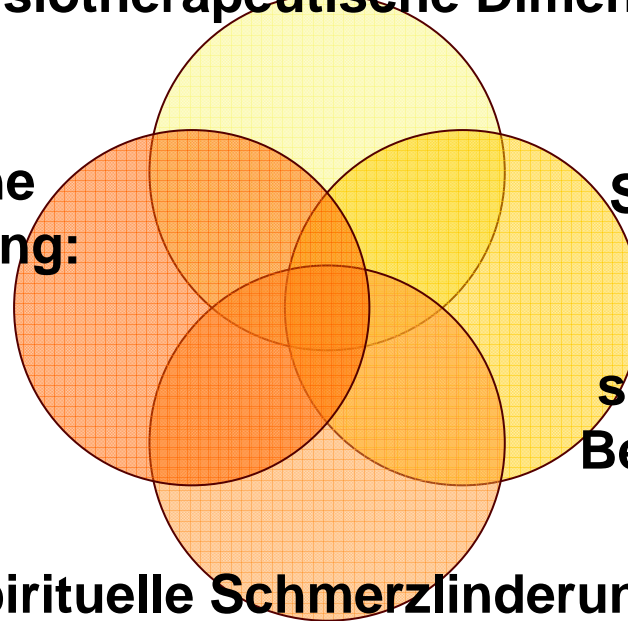
Arbeitet vernetzt  
(mit flachen Hierarchien)

*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**

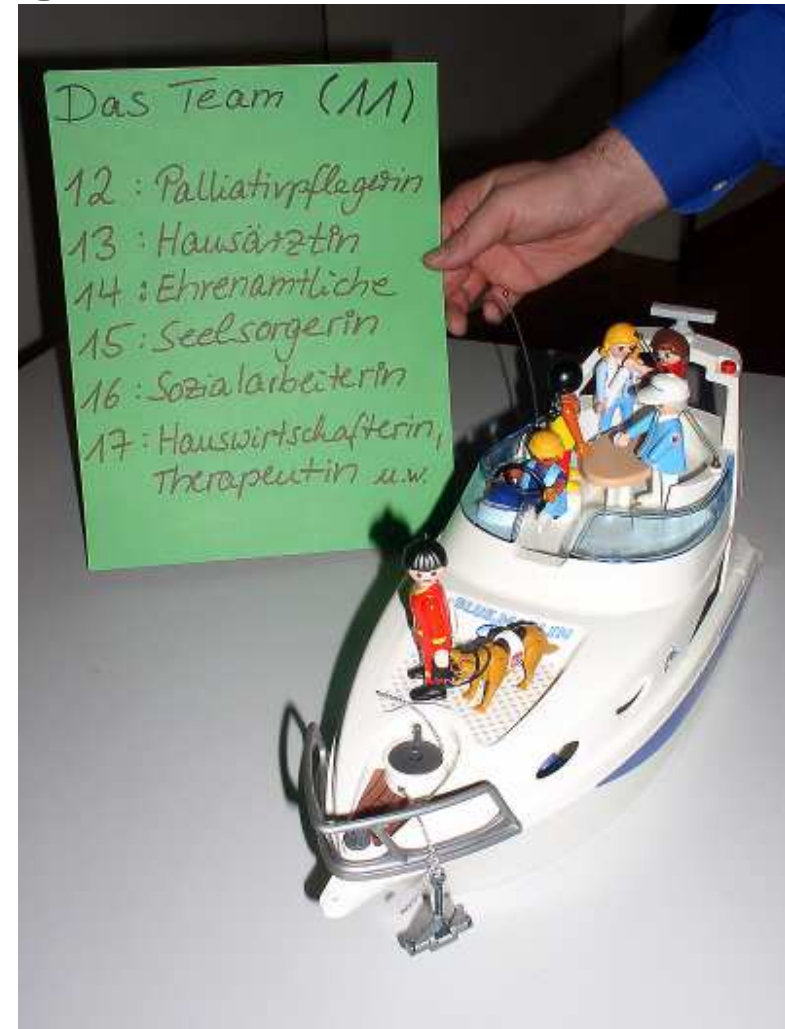


**Sozial-Schmerz-  
Linderung:  
finanzielle und  
soziale Dimension,  
Beziehungsschmerz**

**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 !!!



# Vier Ethische Krisen

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?

# Krise 1: Patient mit Sterbewunsch

Typischer Patientenwille zum Lebensende

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

Ist dies nicht der Fall nehmen bei schweren Verläufen (und ohne Palliativpflege) auch Sterbewünsche zu.

# Lösung? Palliativmedizin/Pflege

Die Palliativversorgung erfüllt viele dieser Patientenwünsche. Der Sterbewunsch nimmt ab. Das lässt sich erfahren und behaupten Palliativmediziner und Hospizbewegung.

## **Jedoch: Es gibt die palliative Unterversorgung!**

- Plan: 85.000 Versorgungen (Gesetz / 2007)
- Realität 2009: ca. 8.000 Versorgungen
- Realität 2010: ca. 14.000 Versorgungen
- Realität 2011: Prognose: 25.000 Versorg.

# Und: 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

## Krise 2: Was ist erlaubt, was verboten?

Behandler und Pflegende kommen in ein ethisches und rechtliches Problem bei anhaltenden Sterbewünschen (d.h.: Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung oder Hilfe beim Selbstmord):

### **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*

# Krise 3. Erlaubtes Umsetzen

Es gibt also eine erlaubte Begleitung im Sterben. Patienten brauchen jedoch Unterstützung bei der Umsetzung des gesetzlich erlaubten Sterbewunsches.

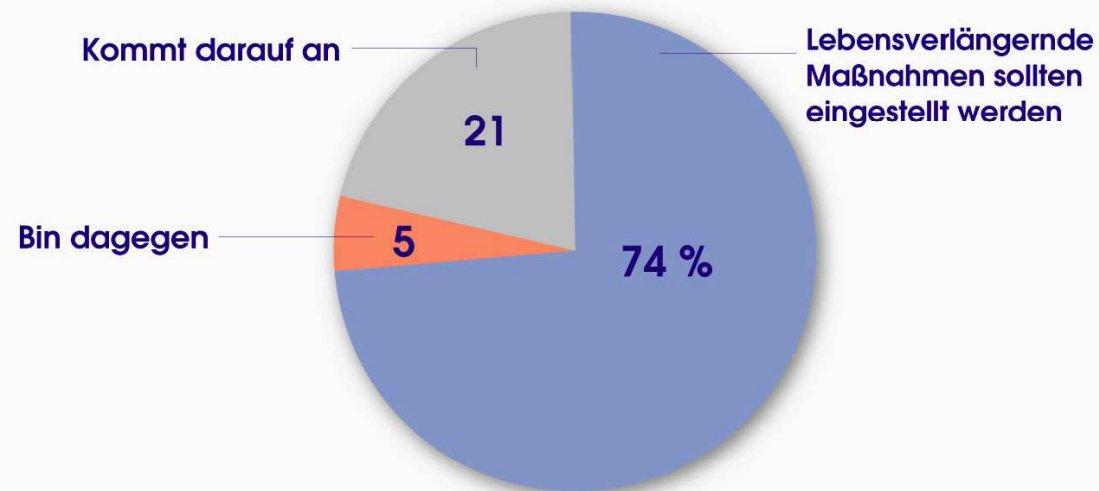
Diese Unterstützung wollen aber nicht alle geben.

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

# Nur 74 % für „erlaubte 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?"



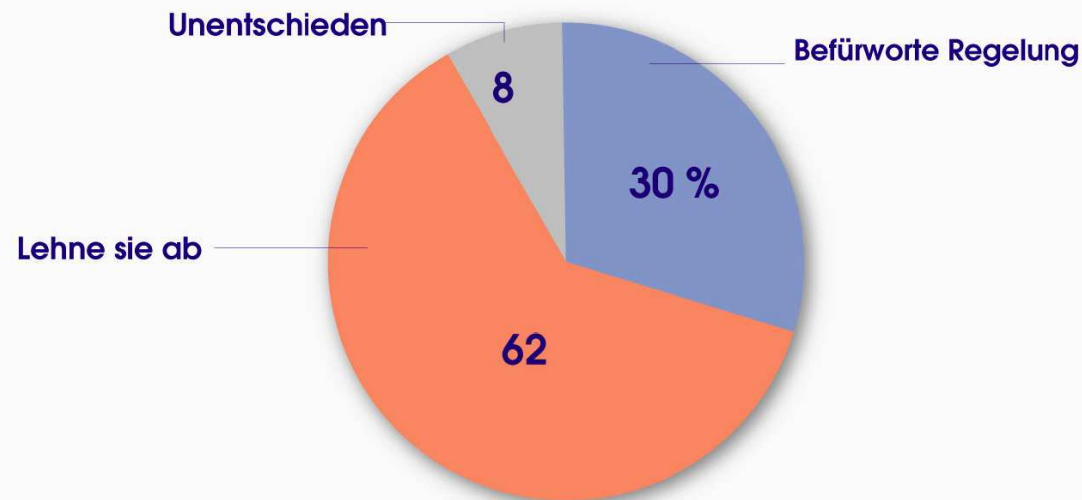
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte  
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009

© IfD-Allensbach

# Nur 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

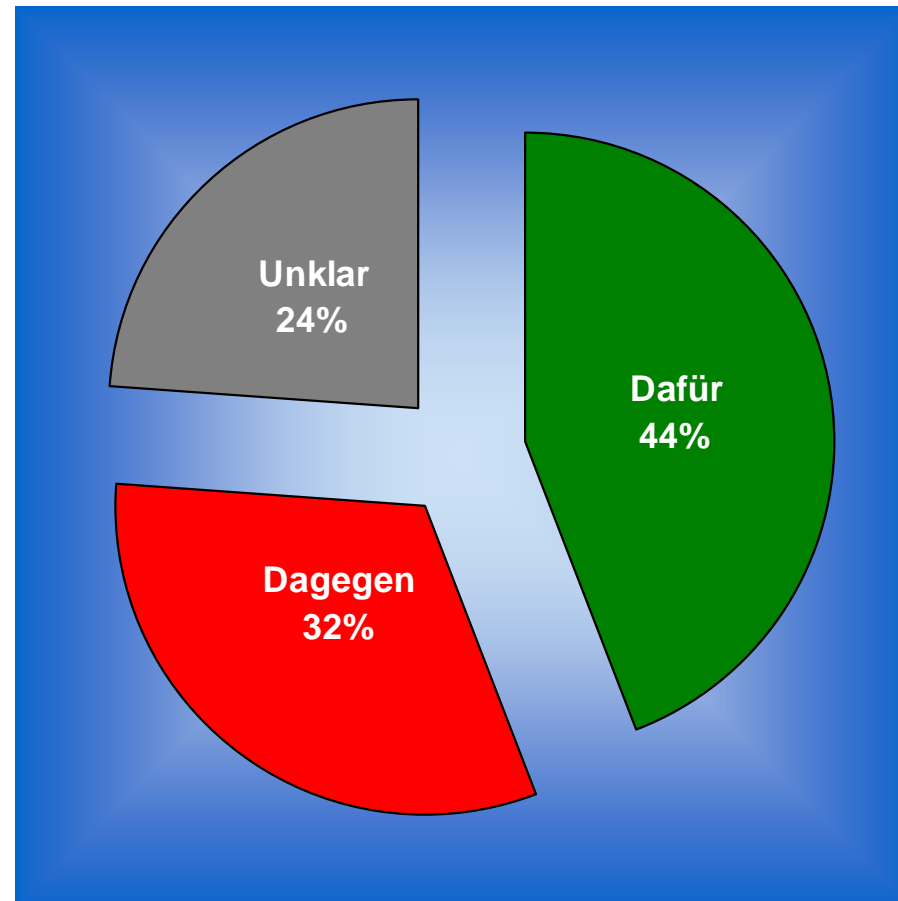
© IfD-Allensbach

# Pflege: Nur 32 % gegen Sterbehilfe

Für die Legalisierung der aktive Sterbehilfe (wie in Belgien/ Holland) wären 44 % aller Pflegenden.

Umfrage 1994 bei 8000 Pflegenden deutschlandweit mit Rücklauf von 3004 Pflegenden durch Prof. Dr. Karl Beine, Universität Witten/Herdecke: *Sehen, Hören, Schweigen - Krankentötungen und aktive Sterbehilfe.*

Wenn sie legal wäre, würden sogar 16 % der Pflegenden diese selbst praktizieren.



# Ärztliche Selbsttötungsassistenz

Der 114. Deutsche Ärztetag beschließt im Juni 2011 mit 2/3 Mehrheit die Neufassung von § 16 der Muster-Berufsordnung.

Die Umsetzung liegt jetzt bei den Landesärztekammern.

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.“

# Krise 4: Umsetzungsprobleme

Der Weg vom Bedarf bis zur Umsetzung :

- Rechtsklarheit (Teil II des Vortrags)
- Entscheidungsweg-Klarheit (Teil III)
- Bewährte 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)**

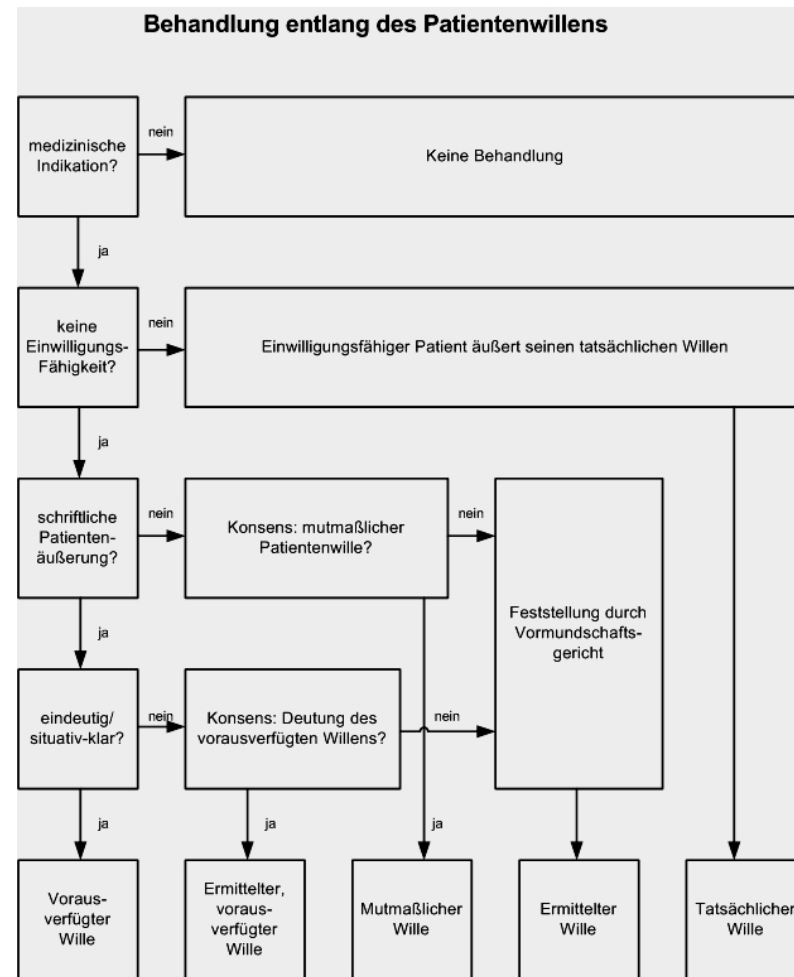
# Flussdiagramm


**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 30-40 (von 40)**

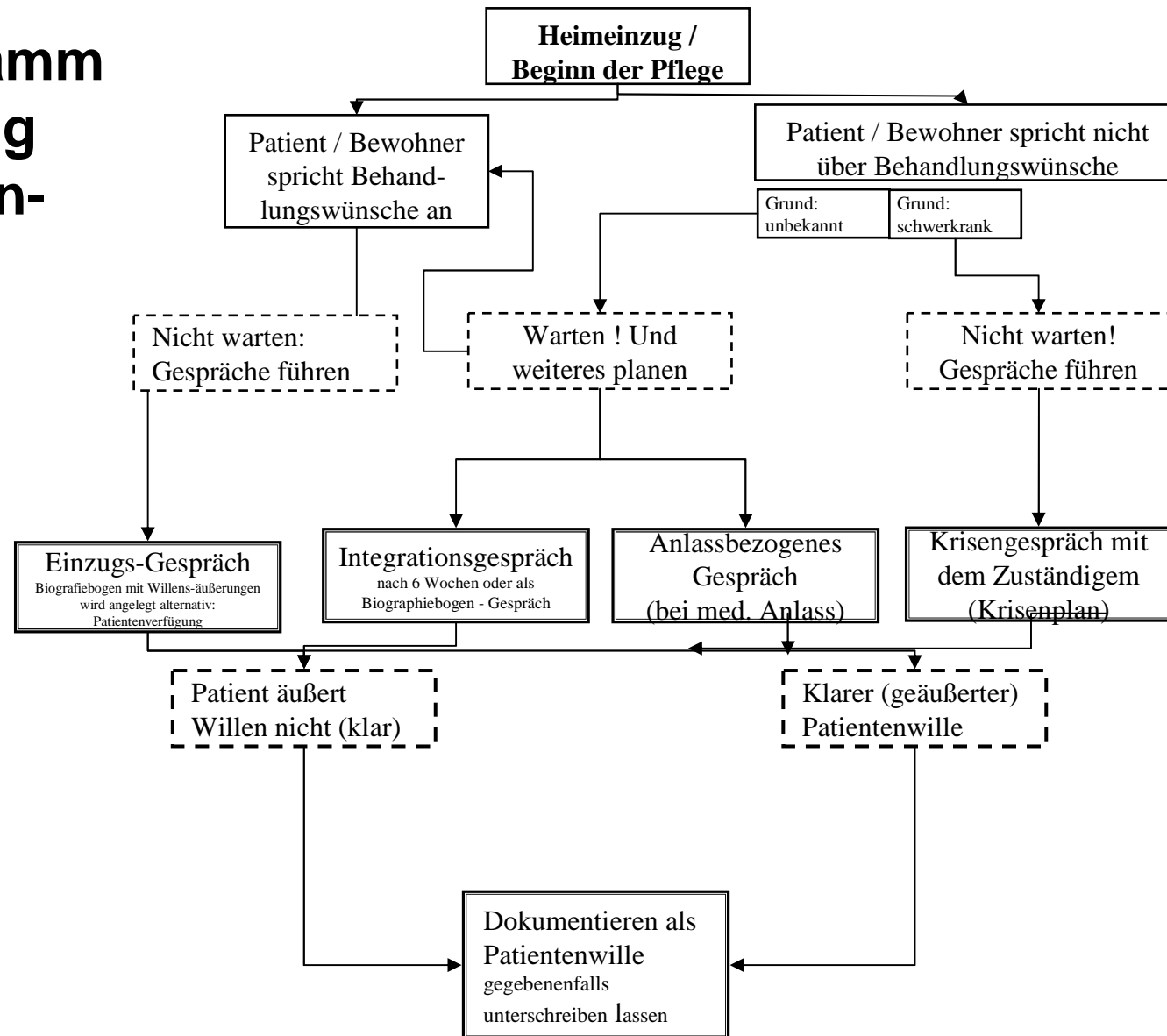
# Patientenwillen erfragen

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

Patientenaufkleber

Universitätsklinikum  
Erlangen  
Klinikum Nürnberg  
Med. Klinik 4

### VaW-Anordnung

Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Normalstation	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/Zeit/Ort orientiert
- Kann eigene Situation erfassen, kann die Folgen einer VaW-Anordnung verstehen
- Psychiatrisches Konsil liegt vor
- Patient ist betreut

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

Teambesprechung/Stationsbesprechung erfolgt ja  am \_\_\_\_\_ nein   
Ethikberatung erfolgt ja  am \_\_\_\_\_ nein

*Auf eine suffiziente 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.



# Zum 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**



# Zum Planen/Erarbeiten

- Ziele und Leitlinien entwickeln
- Schmerzen und Symptome behandeln
- Netzwerke knüpfen
- Existenzielles sichern / „Ich Sorge vor“
- Krisenpläne erstellen
- ethische Konflikte moderieren
- Situation nach dem Versterben gestalten
- Mitarbeiter stärken
- Finanzierungsmöglichkeiten entdecken
- In die Öffentlichkeit gehen
- Nachhaltigkeit sichern
- Schulungs- und Unterrichtsmaterialien



Herausgeber: **J. Becker-Ebel (1995-2011) S. Hoffmann (ab 2011)**

2 Ordner, DIN A4, ca. 1600 Seiten, inkl. CD-ROM und Newsletter „Palliative Care kompakt“

ISBN 978-3-89947-368-1

mit Behr's NewsService

€ 89,50 zzgl. MwSt.

Dr. Jochen Becker-Ebel  
Ethik - Köln 09.11.2011

# Aktuell Bleiben



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

Kostenfreier 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)**