

## Ethische Fragestellungen am Lebensende

Jahrestagung IG Spitex SG St.Gallen Thurgau  
Appenzell SBK  
St. Gallen, 23.11.2017  
Dr. Settimio Monteverde

### Tod, Kultur und Leben

"Der Tod ist eines der konstruktivsten,  
positivsten und kreativsten Elemente der  
Kultur und des Lebens."

Kübler-Ross, E. (Ed.). (1975). Death: The  
final stage of growth. NJ: Prentice-Hall.


## Todesvorstellungen

### 1. Der negierte Tod (20. Jhdt.)

- ▶ rasanter medizinischer Fortschritt und hohe Lebenserwartung, „Verwilderung des Todes“
- ▶ Verdrängung des Todes aus dem sozialen Leben in die Institution, unterschiedliche Kommunikation mit Kindern („Grosi schläft“)
- ▶ Medikalisierung des Lebens
- ▶ Medikalisierung des Sterbens

## Todesvorstellungen

### 2. Der bejahte Tod (ab ca. 1950: Hospizbewegung und Palliative Care)

- ▶ Tod als natürlicher Bestandteil des Lebens
  - ▶ Sterben als wichtige Grunderfahrung des Lebens, nicht als Versagen der Medizin (*Ent-Medikalisierung*)
- 
- ▶ Sterben als Prozess, der durch optimale Symptomkontrolle so beschwerdefrei wie möglich zu gestalten ist (Gefahr der *Re-Medikalisierung*)

## Todesvorstellungen

### 3. Der zugelassene Tod (ab ca. 1970)

- ▶ Neue Möglichkeiten der Lebenserhaltung (Organersatztherapien)
- ▶ Nachdenken über Ziele und Grenzen der Medizin
- ▶ Orientierung am Patientenwillen
- ▶ Standards: ärztliche Aufklärung, Einwilligung
- ▶ Patientenverfügung
- ▶ Zulässigkeit der sog. passiven Sterbehilfe

## Todesvorstellungen

### 4. Der geplante Tod (ab ca. 1980)

- ▶ Je mehr **Lebenshilfen** zur Verfügung stehen, desto mehr wird der Ruf nach **Sterbehilfen** und nach Selbstbestimmung im Bezug auf den *Zeitpunkt* und die *Art* des Todes laut:
  - ▶ right to die- Bewegungen (USA, Europa)
  - ▶ Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen: Benelux-Länder
  - ▶ Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids: Oregon (USA)
  - ▶ CH: Strafbefreiung der nicht selbst-süchtigen Suizidbeihilfe (StGB Art. 115), Exit und Dignitas

## 2. Leiden lindern – Warten können: Zwei Grundintuitionen in der Palliative Care

### Der Urgedanke von Palliative Care

- ▶ Die „Philosophie“, resp. Haltung, welche zur Gründung der ersten Hospize im Mittelalter geführt hatte:
  - ▶ Herberge für verwundete Kreuzfahrer
  - ▶ Unterkunft für ermüdete Pilger

## Das Ethos von Palliative Care

- ▶ Der Gedanke der „Herberge“ und der Vorstellung vom guten Sterben sind Kernelemente von Palliative Care.
- ▶ Ihr moralisches Grundverständnis (=Ethos) drückt sich in zwei elementaren Grundintuitionen aus:
  - ▶ die handelnde Intuition der Fürsorge: Leiden lindern
  - ▶ die zuwartende Intuition des Warten Könnens auf den Tod: gegen die „Medikalisierung“ des Sterbens, für einen „natürlichen Tod“

## Leiden lindern (erste, handelnde Intuition)



Der Heilige Martin von Tours teilt seinen *pallium* (Mantel), um einen Bettler am Strassenrand vor dem Kältetod zu retten.

erste, „handelnde“ Intuition:  
Leidenslinderung mit allen Mitteln, die zur Verfügung stehen (Symptomkontrolle)

## Warten können auf den Tod (zweite, zuwartende Intuition)



Der Tod ist ein Ereignis, das *abgewartet* werden muss. Der Mensch ist nicht befugt, seinen Eintritt zu beschleunigen.

zweite, „zuwartende“ Intuition:  
Palliative Care als Prävention von Todesbeschleunigung (Skepsis gegenüber gewissen Formen der Sterbehilfe), „Leben bis zuletzt“

11

## Zwei Grundintuitionen

### Leiden lindern

#### *handelnd*

Der Mensch darf gegenüber dem Leiden anderer nicht gleichgültig sein.

#### Extremform:

Um Leiden zu lindern, darf auch Leben verkürzt werden.

### Warten können

#### *zuwartend*

Der Mensch darf den natürlichen Verlauf der Krankheit nicht beeinflussen.

#### Extremform:

Auch angesichts des Leidens darf Leben nicht verkürzt werden.

## Prinzipien als Orientierungen bei ethischen Dilemmas

- Respekt vor der Selbstbestimmung (Autonomie)
- Fürsorge (Gutes tun)
- Schutz geben (Nicht schaden)
- Gerechtigkeit



## Ethische Prinzipien und Dilemmata in der Sterbehilfe-Diskussion

<b>AUTONOMIE</b> Patientenwille, eigene Vorstellungen vom guten Sterben, Lebensentwurf, Werteprägung, Biographie, Weltanschauung, etc.	<b>GUTES TUN</b> Sinn und Nutzen medizinischer und pflegerischer Interventionen zum Lebenserhalt, prospektive Lebensqualität, Vorstellungen von gelungenen Leben und Sterben, etc.
<b>Hauptfokus</b>	
Schutz und Sicherheit auch angesichts schwerer Krankheit, Schutz vor ungenügender Autonomiefähigkeit, etc.	Fairness, Krankheit als Gestaltungsauftrag der Gemeinschaft, ferner: effizienter Einsatz von Ressourcen (keine <i>futility</i> ), etc.
<b>NICHT SCHADEN</b>	<b>GERECHTIGKEIT</b>

### 3. Wann darf ein Mensch sterben?

#### Wann darf ein Mensch sterben? Moralische Konsense

- ▶ Massnahmen mit lebensverkürzender Wirkung dürfen dann erwogen werden:
  - ▶ wenn der Patient im Endstadium der Erkrankung ist
  - ▶ wenn der Patient unerträglich leidet
  - ▶ wenn der Patient ausdrücklich den Sterbewunsch äussert
  - ▶ wenn dieser Wunsch konstant ist
  - ▶ wenn Alternativen ausgeschöpft sind (inkl. «palliative filter»)

paradigmatische Bedingungen  
für die Sterbehilfe\*

\* Birnbacher D., Dahl E. (2008). Giving Death a Helping Hand. Springer.S. V



## Wann darf ein Mensch sterben? Moralischer Dissens

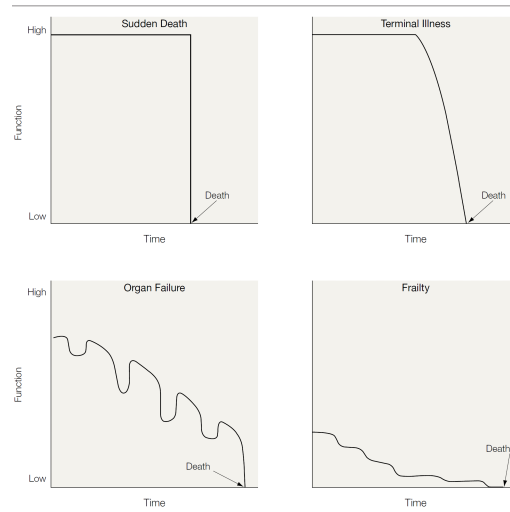
**Uneinigkeit** besteht darüber

- ▶ welche **Form der Sterbehilfe** zur Anwendung kommen darf, wenn diese Bedingungen erfüllt sind
- ▶ wie **unerträgliches Leiden** zu erfassen und zu bewerten ist  
Bsp.: körperliches versus psychisches Leiden
- ▶ ob die **Bedingungen** einzeln ( a oder b oder c ....) oder bloss kumulativ gelten (a und b und c ...)  
*Bsp.: Sterbewunsch aufgrund einer psychischen Erkrankung, Körperbehinderung oder hohen Alters*

## „Funktionelle Zerfallsmuster“ (Lunney et al.)

Lunney J. et al. Patterns of Functional Decline at the End of Life (JAMA 2003 [289] 18, 2387-2392)

Figure 1. Theoretical Trajectories of Dying

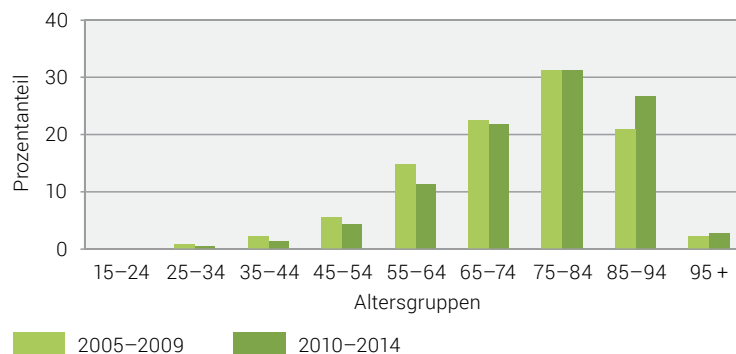


## Wunsch nach Palliativer Sedierung: Alternative zum assistierten Suizid?

- ▶ lässt sich nicht klar beantworten
- ▶ unterschiedliche Zeitdimension
- ▶ Der assistierten Suizid ist Ausdruck der Autonomie des Sterbewilligen. Die Kausalität des Todes wird beim Suizidhelfer verortet (besorgt Mittel, assistiert).
- ▶ Bei der palliativen Sedierung ist der Patientenwille nicht immer klar (Fürsorge). Die Kausalität des Todes wird bei der Grunderkrankung verortet.

### Assistierter Suizid nach Alter, Perioden 2006–2009 und 2010–2014

G 3



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© BFS 2016

## Fazit „Ausstiegsszenarien“

- ▶ In einer Gesellschaft des langen Lebens und Sterbens bedarf eines gesellschaftlichen Konsenses über Sterbehilfen und „Ausstiegsszenarien“.
- ▶ Dabei gilt es, fundamentale Freiheitsrechte des Individuums, aber auch die Wohlfahrtsziele der Gemeinschaft nicht aus dem Blick zu verlieren.
- ▶ Der Pflege- und Ärzteberuf hat sich an der Diskussion zu beteiligen und die ihm zugewiesenen Rollen im Lichte des eigenen Ethos zu reflektieren.

## Fazit „Ausstiegsszenarien“

- ▶ Ein Konsens allein besagt primär nichts darüber, ob die jeweilige Form der Sterbehilfe auch in moralischer Hinsicht die bessere Alternative ist.
- ▶ Vielmehr gilt:
  - ▶ Immer dort, wo Menschen beim Sterben geholfen wird, wird deren Tod zugelassen.
  - ▶ Auch akzeptierte Formen der Sterbehilfe bedürfen deshalb einer moralischen Begründung im Lichte allgemein anerkannter ethischer Prinzipien.

## Was am Ende zählt....

Eine kanadische Studie befragte Patienten und Angehörige über das, was für sie am Lebensende am wichtigsten ist.

- ▶ Als **“extrem wichtig”** betrachteten alle
  - ▶ den Fachpersonen vertrauen zu können
  - ▶ nicht unnötig am Leben erhalten zu werden
  - ▶ eine ehrliche Information über den gesundheitlichen Zustand
  - ▶ eine wirksame Symptomlinderung
  - ▶ sich auf das Ende vorzubereiten und in Frieden sterben zu können
- ▶ **Selten** erwähnt wurde:
  - ▶ die Kontrolle zu behalten über die Behandlung
  - ▶ die Bestimmung des Sterbeortes.

Heyland D K, Dodek P, Rocker G et al (2006). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ* 174 (5). DOI:10.1503/cmaj.050626

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!