

# Ärztliches Handeln am Lebensende – von der palliativen Pflege bis zur Organtransplantation nach Euthanasie

---

HLI: Tag des Lebens am 25.3.17

# Übersicht

- Einleitung
- Ärztliche Suizidbeihilfe
- Entscheidungen am Lebensende
- Terminale Sedierungen
- Palliativmedizin
- Organtransplantationen nach Euthanasie und Suizidbeihilfe
- Zusammenfassung

# Einleitung 1

- Sterbehilfe: Hilfe beim Sterben im Sinne der Sterbegleitung oder Hilfe zum Sterben.
  - Bedeutungen: Lindernde Behandlung, menschlicher Beistand, Suizidbeihilfe, terminale Sedierung, Weiterführung oder Absetzen von Behandlungen, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.
- Entscheidungen am Lebensende; end-of-life-decisions.
- Sterbebegleitung auch bei Exit und Dignitas!
- «Freitod»
- Passive Sterbehilfe (Grauzone zwischen aktiv und passiv)
- Indirekt aktive Sterbehilfe

# Einleitung 2

## Sprachpolitische Strategien

- Mit positiven Bedeutungen assoziierte Begriffe werden mit neuem Inhalt versehen (**Umdeutungen**)
- **Beschönigende Ausdrücke** (Euphemismen)
- **neutrale Oberbegriffe** (Entscheidungen am Lebensende).

# Einleitung 3

## Kontroversen und Unsicherheiten:

- Sprachmanipulationen
- Medizinische Massnahmen und Absicht des Arztes
- Unsicherheiten in Grundsatzfragen (Urteilsfähigkeit, psychische Krankheiten)
- Menschenbild und ethische Prämissen

Gesamtzahl Ärzte Schweiz	Kontaktierte Ärzte	Anzahl Antworten	Rücklaufquote
31355	4837	1318	<b>27%</b>

Somit wurden lediglich Antworten von 4,2% aller Schweizer  
Ärzte ausgewertet

## Ärztliche Suizidhilfe1

Studie im Auftrag der SAMW,  
Haltung der Ärzteschaft zur  
Suizidhilfe 2014

Konfession	Ablehnende Haltung
Katholisch	72%
Reformiert	69%
Nicht religiös	33%

## Ärztliche Suizidhilfe2

Religionszugehörigkeit und persönliche Bereitschaft zur Suizidhilfe

<b>Vertretbarkeit von Suizidhilfe in verschiedenen Situationen</b>			
	Ja	Eher Ja	Insgesamt
<b>Lebensende</b>	58%	20%	<b>78%</b>
<b>Lebensende minderjährig</b>	26%	35%	<b>61%</b>
<b>Chronischer Schmerz</b>	23%	36%	<b>59%</b>
<b>Hochbetagte, polymorbid</b>	21%	27%	<b>48%</b>
<b>Demenz</b>	10%	19%	<b>29%</b>
<b>Psychisch schwer krank</b>	10%	22%	<b>32%</b>
<b>Hochbetagt gesund</b>	8%	12%	<b>20%</b>

## Ärztliche Suizidhilfe<sup>3</sup>

Studie im Auftrag der SAMW, Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe 2014



# Ärztliche Suizidbeihilfe4

Öffentliche Stellungnahmen zum Thema	
SAMW 2002/2004	Suizidbeihilfe in gewissen Situationen ärztliche Tätigkeit (2002), <b>Gewissensentscheid des Arztes</b> (2004)
Nationale Ethikkommission 2004	Diskutiert <b>Ausweitung auf Kinder und Jugendliche</b>
Bioethikerin 2007	Beihilfe zum Suizid als <b>legitime ärztliche Tätigkeit?</b>
Öffentliches Diskussionsforum 2012	<b>Einschränkung der Suizidbeihilfe aufs Lebensende hinterfragt</b>

End of Life Decisions	2001	2013
Verzicht/Absetzen lebensverlängernder Behandlungen	28,7%	35,2% <sup>1)</sup>
Ärztlich unterstützter Tod (physician-assisted death)	1,0%	2,2%
Terminale Sedierungen	4,7%	17,5%

**1) In 43% mit gezielter Absicht der Lebensverkürzung**

**2013:**

11 Fälle mit **Tötung auf Verlangen**

25 Fälle **Beschleunigung des Todes ohne ausdrückliches Verlangen!**

## Entscheidungen am Lebensende

Medical-end-of-life decisions in Switzerland 2001 and 2013)

JAMA 2016, 176, 555-556;

Swiss Med Wkly 2016, 146, w14307e

## Terminale Sedierung1

Unterschiede zwischen  
palliativer und terminaler  
Sedierung

<b>Palliative Sedation</b>	<b>Terminale Sedation</b>
Nicht unmittelbare Sterbephase	Sterbephase, Diagnose des Sterbens
Zeitlich begrenzt	Durch den Tod begrenzt, definitiv
Ausprägung unterschiedlich	Schlafinduktion
Erträglichkeit der Symptome	Erleichterung des Sterbens

- Grauzone zur aktiven Tötung mit oder ohne Verlangen
- Umfrage in Holland: 64% der tiefen Sedationen am Lebensende erfolgten zur Todesbeschleunigung<sup>1</sup>.
- Unsicherheiten bezüglich Absichtserklärungen bei Ärzten, Slow euthanasia<sup>2</sup>.
- Lebensverkürzende Wirkung; von einzelnen Autoren abgestritten, nach Untersuchungen in Holland jedoch: Tage, Wochen, bis über 1 Monat.<sup>3,4</sup>
- Belgien: Einstellung von Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr in 62%<sup>5</sup>
- Im tiefen Koma Schädigung lebenswichtiger Zentren möglich.<sup>6</sup>
- Klare Abgrenzung zwischen zeitlich limitierter palliativer und terminaler Sedation erforderlich,

## Terminale Sedierung2

### Umstrittenheit und Kritik

- 1) Ann Intern Med 2004, 178-185;
- 2) Bioethics 2008, 22, 388-396;
- 3) Arch Intern Med 2006, 166, 749-753;
- 4) BMJ 2008, 336, 810-813;
- 5) PLOS ONE, 2016;
- 6) AJPHM 2010, 27, 205-214

# Terminale Sedierung 3

## Prinzip der Doppelwirkung (double effect)

1. Der Wille des Handelnden muss auf die gute Wirkung ausgerichtet sein.
2. Die gute Wirkung muss zeitlich zuerst erfolgen
3. Ein proportional wichtiger Grund muss vorliegen
4. Die gute wie auch die schlechte Wirkung müssen miteinander verbunden sein.

Nach J. Piegsa, 1996

## Palliativmedizin

- leistet bei schwer und terminal Kranken ausgezeichnete Dienste.
- Konsequentes flächendeckendes Angebot von palliativmedizinischen Einrichtungen kann Verlangen nach Suizidbeihilfe oder Euthanasie reduzieren.

## Allerdings:

- Äusserungen von Fachgesellschaften gegenüber assistiertem Suizid oft ambivalent oder im Sinne der ergänzenden Massnahme.
- Ablehnung eines Suizidhilfeverbots
- Hinweis auf «gemeinsame Werte» wie Leidensminderung.
- Mitwirkung von Palliativmedizinern an Gesetzesvorschlägen zur Zulassung von Suizidhilfe (Kanton Waadt, Deutschland)

## Palliativmedizin und Entscheidungen am Lebensende<sup>1</sup>

SAEZ 2012, 93, 669-6

NZZ vom 11.4.2011, Seite 11,

S. Dierickx, JAMA Intern Med 2015, 1703-1706

L. J. Masterstvedt, Palliative Medicine 2003, 17, 387-392

S. A. Hurst, Palliative Medicine 2006, 20, 107-112

## Befragung von 726 Mitgliedern

- Davon befürworten
- 44% ärztlich assistierten Suizid
- 31% direkte aktive Euthanasie
- 25% Euthanasie bei psychiatrischen Patienten
- 10% lebensbeendende Aktionen ohne ausdrückliches Verlangen
  
- Erfahrungen hatten
- 8% mit ärztlich assistiertem Suizid
- 4% mit lebensbeendenden Aktionen ohne Verlangen
- 3% mit direkter aktiver Sterbehilfe

## Palliativmedizin und Entscheidungen am Lebensende<sup>2</sup>

---

Support Care Cancer 2002, 10,  
265-271

- In Belgien und den Niederlanden seit 2005 über 40 mal praktiziert (Euthanasie)
- In Holland in 15 Fällen Entnahme von Lungen, Lebern, Pankreas und Nieren.
- Belgien: bei 12% aller isolierten Lungentransplantationen von 2007-2015 erfolgte Organentnahme nach Euthanasie.
- Diagnosen: neuromuskuläre Störungen, psychische Leiden, unbehandelbares Schmerzproblem
- Angeblich «strikte» Trennung zwischen Prozedere zur Euthanasie und Organspende
- DCD-Organ Spenden (donation after cardiac death), Organentnahmen nach Herzkreislaufstillstand. Neue Maastricht-Kategorie V.
- Euthanasie erfolgt neben dem Operationssaal.
- Nach Diagnose der Herzstillstandes Wartezeit von 5 min (Holland, Belgien), dann Organentnahme!
- Begründungen: Organmangel, Patientenautonomie, schneller Tod, daher gute Organqualität, pure act of altruism, fulfilling patients last wish

## Organentnahmen nach Euthanasie oder Suizidbeihilfe<sup>1</sup>

J. Bollen American Journal of Transplantation 2016, 16, 1967-1972.

D. Van Raemdonck, J Heart Lung Transplant 2016

D. Van Raemdonck, J Heart Lung Transplant 2011 Suppl

J. Bollen, American J of Transplantation 2017

K. S. van Wijngarden, Transplant Proc 2016, 48, 3061-063

P. Evrard, Transplant Proc 2014, 46, 3138



# MAASTRICHT-KLASSIFIKATIONEN (Herz-Kreislaufstillstand)

- I. Tod bei Ankunft im Spital bereits eingetreten.
- II. Tod nach erfolglosen Wiederbelebungsversuchen
- III. Tod nach Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen
- IV. Kreislaufstillstand bei einem Hirntoten
- **V. Kreislaufstillstand nach Euthanasie**

- Propagierung der Organspende nach assistiertem Suizid in der Schweiz.
- Verlust «wertvoller Ressourcen» für die Organtransplantation
- Wenn 50% der Suizidwilligen als Spender rekrutiert, Warteliste praktisch aufgehoben
- Wartezeit von 10 Minuten nach Herzstillstand soll abgekürzt werden
- Diskussion über Euthanasie, aktive Tötung zur schnellen Organentnahme bereits im Gang

## Organentnahmen nach Euthanasie oder Suizidbeihilfe<sup>2</sup>

D. M. Shaw, Transplantation 2014,  
98, 247-251

J. Bollen J Med Ethics 2016, 42, 486-  
489

D. Wilkinson, Bioethics 2010

# Zusammenfassende Beurteilung1

- Beihilfe zum Suizid Art. 115 StGB
- Exit, Dignitas
- SAMW: Ablehnung Suizidbeihilfe
- Gewissensentscheid des Arztes 2004
- Suizidbeihilfe im Akutspital 2006
- Sterbehilfeorganisationen in Alters- und Pflegeheimen



**Schiefe Ebene**

# Zusammenfassende Beurteilung2

## Suizidbeihilfe und Selbstbestimmung für

- Sterbenskranke, Lebensende
- Chronische Leiden
- Psychische Krankheiten
- Lebensmüdigkeit
- Alterssuizid

**Logischer  
Slippery  
slope**



# Zusammenfassende Beurteilung 3

## Gesellschaftliche Entwicklungen

- Säkularisierung
- Utilitarismus, situative Ethik
- Machbarkeitsdenken, Planbarkeit des Lebensendes
- Verabsolutierte Autonomie
- Fürsorge mit totalitärem Charakter
- Verlust substanzieller Sittlichkeit
- Vatikanum II, Evangelium vitae