

Ethische Konflikte und Lösungsmöglichkeiten in der Medizin

Dr. med. Dietrich Weller

Allgemeinarzt, Kinderarzt
Palliativmedizin

weller.leonberg@t-online.de

www.dietrich-weller.de



Gliederung des Vortrags

- Definitionen **Ethik** und **Moral**
- Die mittleren **Prinzipien der Ethik**
- **Typische ethische Konflikte in der Medizin**
- **Anwendungsbeispiel:
PEG anlegen oder nicht?
Einmal PEG = immer PEG?**
- **Grundsätze der Bundesärztekammer zur
ärztlichen Sterbebegleitung**



Was ist Ethik?

Griech. Τὸ ἠθός: Sitte

1. Allgemein gültige Normen und Maximen der Lebensführung, die sich aus der Verantwortung gegenüber anderen herleiten. (DUDEN)
2. Ethik ist die methodische Untersuchung unterschiedlicher moralischer Aussagen oder Systeme.
3. Ethik ist die Philosophie oder Theorie der Moral.
4. Ethik ist der Versuch, eine Antwort zu geben auf die Frage:
„Was **sollen** wir tun von den Dingen, die wir tun **können**, und **warum**?“

Moral (lat. mos: Sitte):

Regeln, Wertmaßstäbe, Sinnvorstellungen, die das Handeln des Einzelnen oder einer Gesellschaft leiten

Gegensatz-Beispiele

- **Menschliches Leben muss unter allen Umständen erhalten werden.**
- **Unter bestimmten Bedingungen dürfen / müssen wir bei einem Schwerstkranken auf lebensverlängernde Therapie verzichten.**

- **Mörder müssen hingerichtet werden.**
- **Du sollst nicht töten!**

- **Eigentum ist Diebstahl.**
- **Jeder hat das Recht auf Eigentum.**

- **Auge um Auge, Zahn um Zahn.**
- **Vergib, so wird dir vergeben.**

Doppelmoral



- Wasser predigen, Wein trinken.
- Alle Menschen sind gleich, aber ein paar sind gleicher.
- Frauen sind gleichberechtigt!
Sie erhalten aber meistens weniger Lohn als Männer und sind bei bestimmten Posten praktisch ausgeschlossen, nicht nur in der Wirtschaft, sondern auch z.B. in der katholischen Kirche.
- Die katholische Kirche hat eine extrem strenge Sexualmoral für alle Gläubigen aufgestellt und kämpft seit vielen Jahren gegen einen Aufsehen erregenden Skandal von zahllosen Fällen von Kindsmisbrauchs in den Reihen der Geistlichen an.
- Allgemeine Regel: Zugegeben wird nur, was schon bekannt ist.



Prinzipienorientierte Ethik (1)



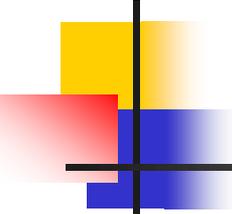
- **Theologische Ethik:**
Oberstes Prinzip ist die Frage:
Was will Gott von uns?
Christliche Prinzipien



- **Naturrechtsethik: Naturalismus**
Was ist für uns als Menschen gut?
(Thomas von Aquin, 1225 - 1274)



- **Utilitaristische Ethik: Nutzen**
Was ist der größtmögliche Nutzen für
eine Gruppe oder einen Einzelnen? (Jeremy
Bentham, 1748 - 1832)



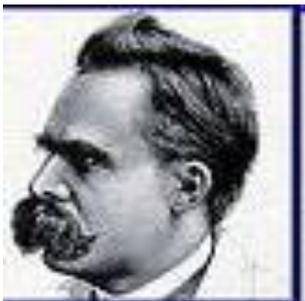
Prinzipienorientierte Ethik (2)



- **Rationalistische Ethik: Vernunft**
Die Vernunft sagt uns, dass wir immer so verfahren sollen, wie es ein allgemein gültiges Gesetz vorschreiben könnte.
(nach Kant, 1724 - 1804, Kategorischer Imperativ)



- **Diskurs-Ethik: Freier Austausch**
Richtig ist die Handlung, der alle Beteiligten nach freier Diskussion zustimmen können.
(Habermas, * 1929, und Apel, * 1922)



- **Ethischer Nihilismus:**
Es gibt keine allgemein verbindliche ethische Werte. Sie sind immer Ausdruck bestimmter Interessen und Machtspiele.
(Nietzsche, 1844 - 1900)



Klinischer Pragmatismus

- Es gibt keine Einigkeit, welches Prinzip gelten soll (Gott, Natur, Vernunft, freier Austausch ...).
- Es ist ein Problem, wie das Prinzip im individuellen Fall angewendet werden soll.

→ **Deshalb müssen wir eine andere ethische Orientierung suchen.**

Die 4 mittleren ethischen Prinzipien nach Tom Beauchamp und James Childress

(2001, Kennedy Institute of Ethics an der Georgetown University Washington DC)

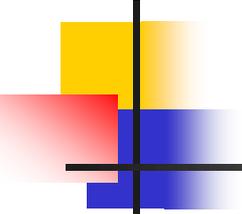


1. **Respekt vor Selbstbestimmung**
2. **Nicht schaden**
3. **Gutes tun, Fürsorge**
4. **Gerechtigkeit**



Gegenargument:

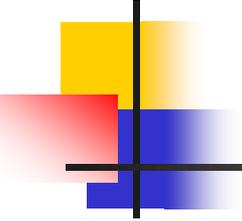
Die komplizierten Sachverhalte der biomedizinischen Ethik lassen sich mit der starren Hierarchie von Prinzipien nicht bewältigen, da sie zu einer unangemessenen Vereinfachung führen.



Selbstbestimmung = Autonomie

Monika Boppert: Patientenautonomie und Pflege, Frankfurt, 2002

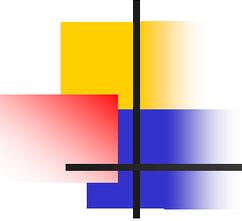
- Recht auf Zustimmung / Ablehnung
- Recht auf Auswahlmöglichkeiten
 - Die Würde des Menschen besteht in der Wahl. (Max Frisch)
- Recht auf Information und Gespräch
 - Qualität und Quantität eines Gesprächs sagen etwas aus über die ethischen Auffassungen der Beteiligten.
 - Der Patient soll seine Entscheidung selbst treffen, aber nicht einsam und allein.
- Recht auf Nicht-Wissen und Nicht-Therapie
- Recht auf Festlegung des Eigenwohls
- Recht auf möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums durch die im Gesundheitssystem unumgänglichen Strukturen



Entwicklung der Autonomie während der Krankheit

- Fast jede Krankheit schränkt die Selbstbestimmungsfähigkeit ein.
- Die ärztliche Individualverantwortung bleibt!

- Der Wunsch nach autonomen Entscheidungen nimmt mit der Krankheitsschwere ab!
- Die aktive Einbindung in Entscheidungen spielt für ältere Patienten und Menschen mit niedrigem Bildungsstand eine geringere Rolle als für jüngere Personen und Menschen höherer sozialer Schichten.
- 2 Typen von Verhalten bei der Entscheidungsfindung:
 - Gruppe A sucht aktiv nach Informationen und Entscheidungen
 - Gruppe B zieht eher die paternalistische Betreuung vor („Der Arzt wird es schon richtig für mich entscheiden!“)
- Ein gewisses Maß an Verleugnung und Verdrängung ist für die psychische Verarbeitung z. B. bei Krebskrankheiten unverzichtbar.



Gestützte Autonomie

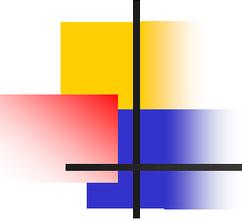
Linus Geisler, Zwischen Tun und Lassen, Mabuse-Verlag, 2008

- Ziel: Autonomieförderung im weitesten Sinn
- Es geht darum, dem terminal Kranken, dessen Situation in überwältigendem Maß von Schmerzen, körperlichen und seelischen Einschränkungen dominiert wird, erst wieder den Anspruch auf Autonomie bewusst zu machen.
- Der Patient muss zur Autonomie durch Palliativtherapie (einschl. Symptomkontrolle) befähigt werden.
- Rund ein Viertel der Patienten ist durch Depression bezüglich Therapieentscheidungen entscheidungsunfähig.
- Der Abbau institutioneller Hindernisse ist wichtig zur Autonomiefähigkeit

Die mittleren ethischen Prinzipien sind



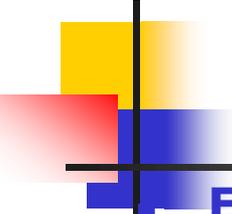
- Wegmarken
- keine Gesetze
- zu verwirklichende Ziele
- in jedem Fall individuell zu entwickeln
- Sie **können** für alle Menschen unabhängig von kulturellen oder weltanschaulichen Überlegungen angewendet werden.



Prinzipien der biomedizinischen Ethik

Tom Beauchamp und James Childress, 1979

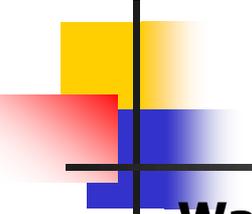
- Es besteht keine Priorität eines einzelnen Aspektes
- Eine systematische Bearbeitung ethischer Konflikte ist mit diesen Grundsätzen möglich.
- Beurteilung moralisch-ethischer Konflikte mit klaren Entscheidungen und Konsequenzen im klinischen Alltag sind möglich.



Grundlagen, die helfen können, ethische Konflikte zu lösen

■ **Entscheidend ist der Wille des Patienten (Autonomie)**

- **Patientenverfügung und Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Generalvollmacht**
- **Betreuung, mutmaßlicher Wille**
- **BGB, StGB, BGH-Urteile stärken die **Patienten-Autonomie**,**
 - **z. B. Gesetz zur Patientenverfügung, gültig ab 01.09.2009**
- **Medizinethische Leitwerte (**Wohl des Patienten**)**
- **Grundsatz der sozialen **Gerechtigkeit** unter **Berücksichtigung individueller Gesichtspunkte****
- **Medizinische Standards (z. B. Leitlinien der Fachgesellschaften) verbinden **Gutes Tun** und **Schaden abwenden****
- **Standesrechtliche und ethische Normen**
 - **Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 07. Mai 2004, aktualisiert 2007 und 2011**
 - **Ärztliche Berufsordnung, aktualisiert 19.09.2007**



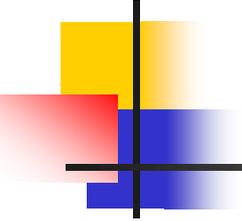
Ethische Leitgedanken in der Medizin

- **Wahrhaftigkeit in der Kommunikation, auch mit Angehörigen**
- **Realistische Hoffnung schaffen**
- **„Im Zweifelsfall ist Hoffnung immer richtig.“**
(Dr. med. Bernie Siegel, Prognose Hoffnung, ECON-Verlag)
- **Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten**
- **Respekt vor der Würde des Menschen im Leben, Sterben und danach**
- **Verzicht auf belastende und unnütze Diagnostik und Therapie**
- **Sehr gute Symptomkontrolle ist Pflicht.**
- **Obwohl der Patient seine körperliche Integrität verliert, muss seine persönliche Integrität erhalten bleiben.**
- **Nicht das Sterben, sondern die Qualität des verbleibenden Lebens steht im Vordergrund.**
- **Nicht das medizinisch-technisch Machbare, sondern das medizinisch-ethisch Vertretbare steht im Vordergrund.**
- **Nicht „Behandeln oder nicht behandeln?“, sondern „Wie behandeln wir diesen Patienten angemessen?“**
- **„Wenn nichts mehr zu machen ist, gibt es noch viel zu tun.“**

Grundsatz:

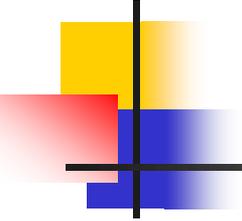
Für jeden Patienten die optimale Behandlung (nicht die maximale!)

- **Nicht alles, was technisch machbar ist, ist für den Patienten sinnvoll oder von ihm gewünscht.**
- **Das Überleben mit einer schlechten Prognose (Tod, Koma, Schwerpflegebedürftigkeit) ist kein Behandlungsziel.**
- Bei komatösen Überlebenden mit schlechter Prognose nach einer Reanimation sollte der Verzicht auf intensivmedizinische Maßnahmen überprüft und diskutiert werden.
 - Besprechung mit den Angehörigen (offen, empathisch, realistisch)
 - Patientenwille feststellen (Pat.verfügung? Mutmaßlicher Wille?)
 - Therapiebegrenzung diskutieren
 - Beatmung, bis der Patient stirbt oder spontan atmet
 - Enterale oder parenterale Ernährung
 - Keine spezielle medikamentöse Therapie



Bitte beachten! (1)

- Wenn wir einen Menschen, der ausdrücklich sagt, dass er leben will, zum Tod zwingen, ist das ein schweres Verbrechen und wird bestraft.
- Wenn wir einen Menschen zum Leben zwingen, der in entscheidungsfähigem Zustand ausdrücklich sagt, dass er unter bestimmten Bedingungen lieber sterben als leben will, ist das Gewalt am Kranken und ein strafbarer Verstoß gegen die ärztliche Kunst und das geltende Strafrecht.



Bitte beachten! (2)

- Es ist falsch, davon auszugehen, dass alle Menschen immer und unter allen Bedingungen leben wollen!
- Es gibt ein **Recht**, aber **keine Pflicht** zu leben.
- **Lebensverlängerung** kann ein Therapieziel sein,
Sterbeverlängerung ist kein Therapieziel.
- Wir sollten einem Menschen die Chance auf friedlichen und natürlichen Tod nicht nehmen.
- **Requiescat in pace – er / sie ruhe in Frieden**



Typische ethische Konflikte in der Medizin



Die Liste ist unvollständig

- Umgang mit bewusstseinsgestörten Menschen
- Schweigepflicht
- Gewalt im Umgang mit Patienten
- Freiheitsentziehende Maßnahmen: Fixierung, Unterbringung
- PEG legen? Einmal PEG – immer PEG?
- Entscheidungen am Ende des Lebens
- Therapieabbruch oder Veränderung des Therapieziels?
- Kurative oder palliative Therapie?
- Wahrung der Menschenwürde
- Sterbebegleitung oder aktive Sterbehilfe?
- Reanimation oder nicht?
- Umgang mit Patientenverfügung / mutmaßlichem Willen
- Gerechtigkeit unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten:
Prioritäten setzen — Ressourcen verteilen
- Präimplantationsdiagnostik

Die ethischen Voraussetzungen für ärztliches Handeln müssen für jede Maßnahme überprüft werden.



- Die Therapie muss **diesem** Patienten in der konkreten Situation **nützen**.
- Das **Therapieziel** muss geklärt und realistisch sein.
- Der Patient muss mit Therapieziel und Therapie **einverstanden** sein.
- Die Therapie muss nach den **Regeln der ärztlichen Kunst** ausgeführt werden.

Quelle: Verändert nach einer Folie von Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, München

PEG

(perkutane endoskopische Gastrostomie)



- Pro Jahr etwa 140.000 PEG-Anlagen in Deutschland
- Davon 65 % bei älteren Menschen

PEG-Ernährung

(Perkutane endoskopische Gastrostomie)

Quelle: Verändert nach einer Folie von Prof. Dr. med. Georg Marckmann,
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, München

Ziele der Sondenernährung

- Aspirationspneumonie sicher verhindern
- Ernährungszustand dauerhaft verbessern
- Leben verlängern
- Patienten entlasten
- (Das Pflegepersonal zu entlasten, ist keine erlaubte Indikation für das Anlegen einer PEG!)

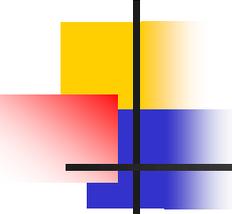
Wirksamkeitsnachweis fehlt

- **Aspirationen lassen sich nicht sicher verhindern.**
(Finucane 1999, Gillick, 2000)
- **Der Ernährungszustand wird manchmal durch die Komplikationen der PEG verschlechtert.**
- **Die Überlebensrate mit PEG ist nicht besser als mit einer anderen Ernährungsform.**
- **Es gibt keinen Nachweis einer Leidensminderung.**
- **Negativ: Fixierung nötig? Lokale Komplikationen? Zuwendung durch Füttern fehlt.**
- **Für eine nasogastrale Sonde gilt das gleiche.**

**Bei fortgeschrittener Demenz gibt es keine Beweise,
dass eine**

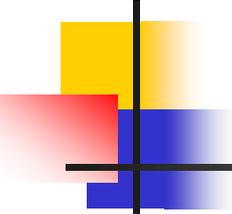
- **PEG das Leben verlängert**
- **die Lebensqualität verbessert**
- **den funktionellen Status verbessert**
- **Aspirationspneumonien verhindert** (Finucane 1999, Gillick, 2000)
- **Mangelernährung vorbeugt oder lindert**
- **Druckulzera vorbeugt oder lindert**

- **Wenn sich diese Ziele nicht erreichen lassen, sollte man auf eine PEG verzichten, auch wenn der Patient dann stirbt.**
- Demenzpatienten ohne künstliche Ernährung und Hydratation („Bewässerung“) leiden nachweislich nicht unter einer erhöhten Belastung, sofern sie eine adäquate Pflege und Palliativversorgung erhalten.



Die PEG-Ernährung ist eine medizinische Maßnahme, muss also vom Patienten genehmigt werden.

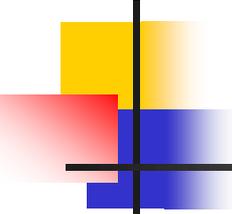
- **Die PEG-Ernährung gegen den erklärten Willen des Patienten ist strafbare Körperverletzung! (§ 223 StGB)**
- **Täglich (wie bei Medikamentengabe) neu entscheiden:**
 - **Nützt die PEG dem Patienten in dieser Situation?**
 - **Wäre der Patient jetzt mit PEG-Ernährung einverstanden?**
- **Nicht der Abbruch, sondern die Fortführung der PEG-Ernährung muss ethisch gerechtfertigt sein.**
- Wenn eine PEG liegt, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass sie auch immer benutzt werden muss!
- Relevant für die Frage des Behandlungsabbruchs ist der Nutzen und nicht die Wirksamkeit der medizinischen Maßnahme.
- **Entscheidende Frage: Darf ich den nächsten Beutel anhängen?**



Hydratation („Bewässerung“) und Dehydratation („Austrocknung“)

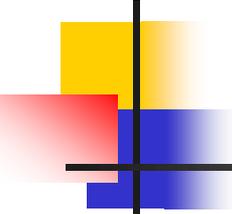
Deutsches Ärzteblatt Heft 9, 29.02.2008

- Die Minderung von Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses.
- Dehydratation ist weder schmerzhaft noch ein Zustand, der mit Unruhe oder anderen unangenehmen Empfindungen einhergeht.
- Es ist wahrscheinlich, dass die durch den Abbau des Körperfetts gebildeten und ins Blut übertretenden Stoffe (Ketone u.a. Stoffwechselprodukte), die mit verminderter Kalorienaufnahme einhergehen, einen willkommenen schmerzlindernden Effekt haben.
- Dehydratation dämpft die Bewusstseinslage und trägt vermutlich dazu bei, terminale Angstzustände zu mildern.



Gefahren von „Bewässerung“ (Infusion und aufgezwungenes Trinken) **beim Sterbenden**

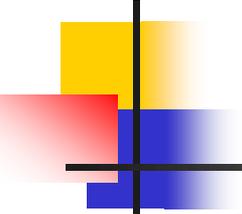
- **Übliches Argument:** „Man kann ihn doch nicht verdursten lassen.“
- Bei natürlich abnehmender Herz- und Lungenfunktion
 - **Überwässerung**
 - **Lungenödem** (Wasser in der Lunge mit schwerer Atemnot, akut lebensbedrohlich, quälender Tod)
- **Richtig:** Gute Mundpflege mit getränkten Wattestäbchen und / oder kleinen Eisplättchen (mit oder ohne Geschmack)



Gefahr von künstlicher Sauerstoffgabe beim Sterbenden

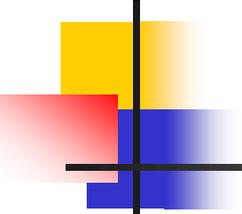
- **Übliches Argument:** „Er kriegt zu wenig Luft! Sauerstoff ist immer gut!“
 - Der künstlich zugeführte Sauerstoff fließt über die Nase durch den Mund wieder hinaus (nicht in die Lunge!)
 - trocknet den Mund aus
 - Der Flüssigkeitsbedarf steigt

Ein Sterbender braucht immer weniger Luft, weil die Herz- und Lungenfunktion auf natürliche Weise geringer werden.



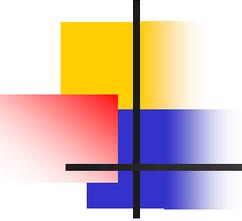
Ist der Abbruch der PEG-Ernährung legal?

- Die PEG-Ernährung gehört nicht zur Basisversorgung, weil bekannt ist, dass die PEG-Ernährung häufig den Patienten mehr belastet als erleichtert. (BGH-Urteil)
- Die Basisversorgung schreibt u. a. „Stillen von Hunger und Durst“ vor, nicht „Ernährung“!
- Die Meinung, man könne einen mit PEG ernährten Patienten nicht verhungern und verdursten lassen, ist irrelevant, wenn der sterbende Patient keinen Hunger und keinen Durst hat!
- Der erklärte Wille des Patienten steht über seinem Wohlergehen, auch wenn die Ablehnung einer Therapie lebensgefährdende Folgen hat! (BGH-Urteil 08.06.2005)



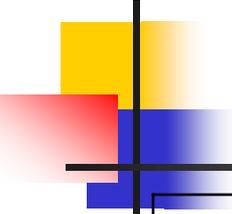
Darf eine PEG-Ernährung abgebrochen werden?

- Der **BGH** hat den Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme (PEG-Ernährung) „ausnahmsweise“ auch dann für zulässig erklärt, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat.
(Patientin im Wachkoma) - (1 StR 357/94 – NJW 1995, 204)
- Der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist ethisch und rechtlich zulässig, wenn dies dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. (BGH-Urteil 08.06.2005)
- Die **Richtlinien der Bundesärztekammer** erlauben den Abbruch der PEG-Ernährung, wenn sie das Leiden / Sterben nur verlängert.
- Der Abbruch der PEG-Ernährung unter bestimmten Bedingungen ist **erlaubte passive Sterbehilfe**, weil eine lebensverlängernde Maßnahme abgebrochen wird und der Patient an seiner Erkrankung stirbt.



Studie 1994 in USA

- 32 zumeist tumorkranke Menschen, Lebenserwartung von weniger als 3 Monaten.
- Bei allen Patienten ließen sich ausnahmslos Hunger, Durst und trockener Mund mit kleinen Mengen natürlicher Nahrung und Flüssigkeit, Eisstückchen oder der Befeuchtung des Mundraums beseitigen.



PEG anlegen oder nicht?

Entscheidungsweg nach Marckmann, DÄ, 07.12.2007

Schluckstörung oder ungenügende Nahrungsaufnahme



Ausschluss reversibler Ursachen

z. B. Infekt, Delir, Medikamentennebenwirkungen



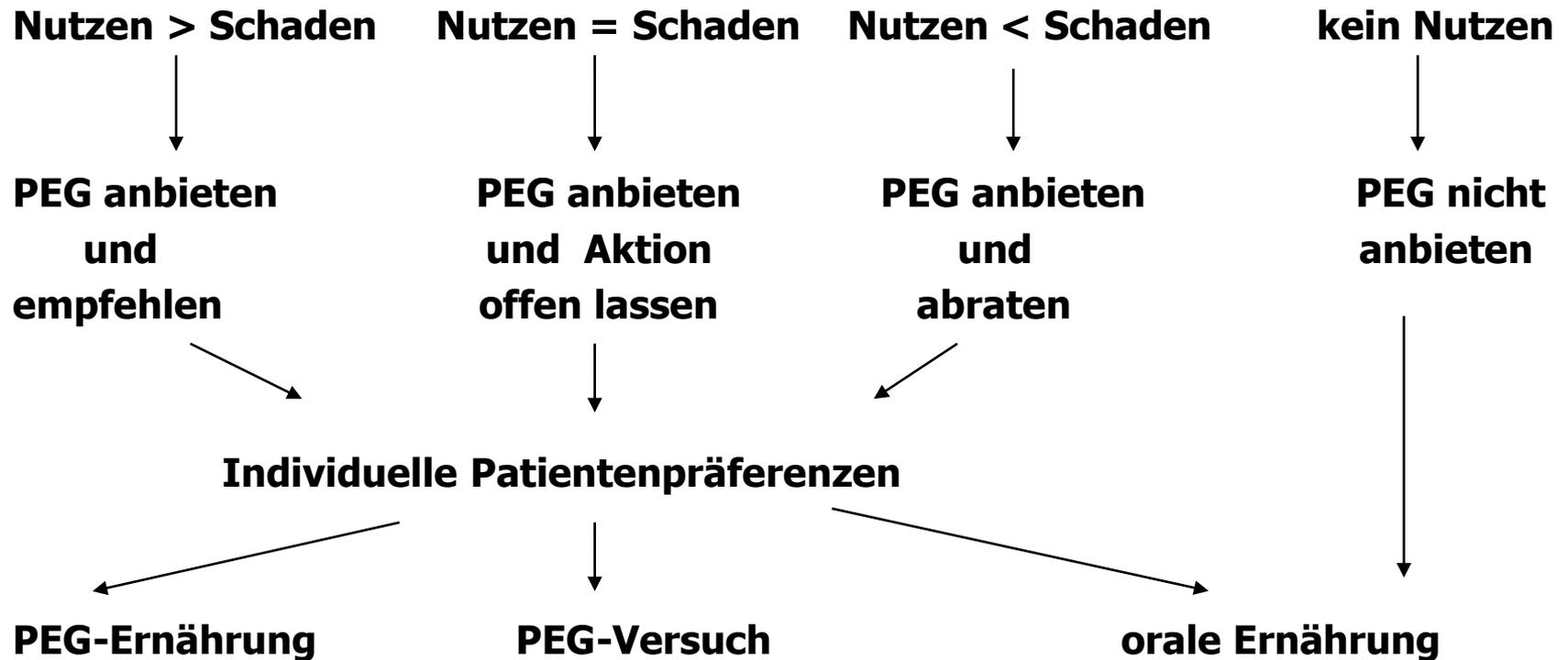
Individuelle Nutzen-Schaden-Evaluation

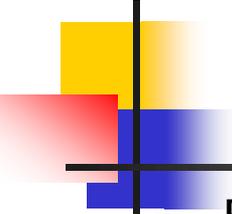
(interdisziplinäre Fallkonferenz)

individuelle Prognose berücksichtigen

PEG oder orale Ernährung?

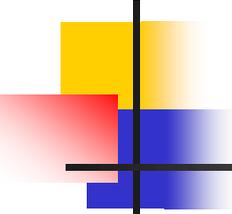
Entscheidungsweg nach Marckmann, Deutsches Ärzteblatt, 07.12.2007





Vorschlag in Sonderfällen

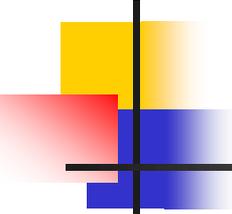
- Beispiel aus der Klinik:
 - Der Pat. hat einen Schlaganfall und als Hauptsymptom eine schwere Schluckstörung.
 - Zusätzlich ist eine fortgeschrittene Multiple Sklerose bekannt, die aber jetzt nicht lebensbedrohlich ist.
 - Der Pat. ist geistig völlig normal.
 - Der Pat. will aber in der Terminalphase der MS nicht mehr künstlich ernährt werden!
 - Er lehnt deshalb jetzt die PEG-Anlage ab.
- Vorschlag: Schriftliche Genehmigung der PEG-Anlage „unter Vorbehalt“ erteilen, damit eine evtl. nötige spätere Einstellung der PEG-Nutzung vorbereitet wird und der Pat. jetzt noch mit relativ guter Lebensqualität über die PEG ernährt werden kann.
- Zusatz in das Genehmigungsformular für die PEG-Anlage: „Die PEG wird unter dem Vorbehalt gelegt, dass sie nur benützt wird, solange die Nutzung der PEG das Sterben und Leiden des Patienten nicht verlängert.“
- Die PEG wurde gelegt. Der Patient „hatte noch ein gutes halbes Jahr zu Hause“ (Brief der Ehefrau) und starb im Schlaf.



Der Fall Küllmer - Putz (1)

Lesenswerte Quelle: Wolfgang Putz und Elke Gloor: Sterben dürfen. Hoffmann und Campe

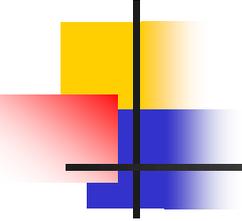
- Frau Erika Küllmer, 71 J., fiel nach einem Schlaganfall im Okt. 2002 ins Wachkoma. → PEG-Anlage
- Im Pflegeheim ab 02/2003 in Bad Hersfeld, schwerst pflegebedürftig. Keine Reaktion auf Berührung oder Ansprache
- Nach Armfraktur links wurde der Arm amputiert.
- RA Putz übernimmt den Fall 2006. Bekannter Medizinrechtler, Lehrbeauftragter an der LMU München, Sachverständiger, Mitherausgeber der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bayr. Justizministeriums
- Frau K. lehnte alle lebensverlängernde Maßnahmen ab, wollte keine künstliche Ernährung, keine künstliche Beatmung. Das hatte sie ihrer Tochter gesagt, aber nicht schriftlich festgelegt.
- Zuerst verhinderte der Ehemann die Einstellung der Ernährung, nach seinem Tod auch die an seine Stelle als Betreuer berufene Berufsbetreuerin.
- Als das Betreuungsgericht Frau K.s Kinder als Betreuer berief, wohl wissend, dass diese die Ernährungseinstellung haben wollten und eine ärztl. Empfehlung für die Einstellung vorlag, zögerte die Heimleitung noch.
- Weihnachten 2007 Kompromiss: Die Pfleger sollten die Pat. waschen und betten, die Kinder sollten derweil die Ernährung über Sonde einstellen.



Der Fall Küllmer – Putz (2)

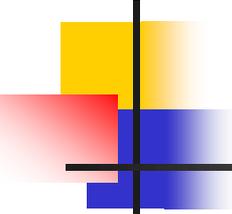
- 20.12.2007: letzter PEG-Beutel. Die Wasserzufuhr sollte reduziert werden.
- Elke Glor, die Tochter: „Ich habe sie nie so friedlich liegen sehen!“
- 21.12.2007: Geschäftsleitung und Rechtsabteilung der Heimkette stellen Ultimatum wegen strafrechtlicher Risiken:
→ **Sofort wieder Wasser + Nahrung zuführen oder Heimverweis binnen 10 Minuten!**
- RA Putz telefonisch: „Schneiden Sie den PEG-Schlauch direkt über der Bauchdecke durch!“
- Seine juristische Begründung: Die PEG-Ernährung stellt einen rechtswidrigen Angriff auf die Pat. dar, weil die PEG eine Behandlung gegen ihren erklärten Willen ist.

- Zu diesem Zeitpunkt war schon bekannt:
- → **BGH-Urteil 09/1994** (Kemptener Urteil): Abbruch der PEG-Ernährung stellt Einstellung einer lebensverlängernden Maßnahme bei einem Wachkoma dar und ist erlaubt, wenn es mit dem Willen des Patienten übereinstimmt.
- → **Juni 2005, 12. Zivilsenat**: Kein Pflegeheim hat das Recht, eigenmächtig die künstliche Ernährung eines Bewohners gegen dessen Willen und gegen das Verbot von Arzt und Betreuer durchzuführen.



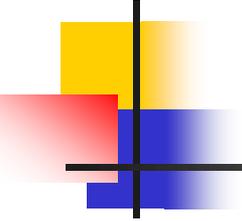
Der Fall Küllmer – Putz (3)

- Sohn Peter hielt den Schlauch, die Tochter Elke Glor schnitt die PEG-Schlauch an der Bauchdecke durch, der Schlauchrest rutschte in den Bauch.
- Heimleitung alarmierte die Kripo und die Staatsanwaltschaft.
- Elke Glor wurde festgenommen.
- Frau Küllmer kam ins Krankenhaus und erhielt eine neue PEG.
- Am 05.01.2008 starb Frau K. an Herzversagen – allein.
- Die Obduktion der Pat. zeigte keinen Zusammenhang zwischen PEG-Entfernung und Tod.
- Der Sohn nahm sich wenige Wochen nach dem Tod der Mutter das Leben.
- Elke Glor und RA Putz kamen vor Gericht.



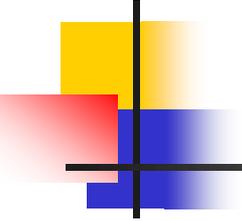
Der Fall Küllmer – Putz (4)

- **LG Fulda:** Forderung des Staatsanwalts:
2,5 J. Gefängnis ohne Bewährung für RA Putz.
Urteil: 9 Monate Haft mit Bewährung wegen versuchten Totschlags.
- Begründung:
 - „Die Beibehaltung der PEG war ein rechtswidriger Angriff auf die Patientin.“
 - „Durchschneiden der PEG ist ein aktiver Eingriff und bleibt rechtswidrig.“
 - „Es besteht eine erhebliche Rechtsunsicherheit.“
- **Beide** Parteien gingen in **Revision:**
Der Staatsanwalt wollte eine härtere Strafe, der Angeklagte wollte einen Freispruch.



Der Fall Küllmer - Putz vor dem Bundesgerichtshof

- 02.06.2010: Angeklagter **und** Staatsanwalt plädieren für Freispruch!
- 25.06.2010: **Urteil: Freispruch!**
- Begründung:
 - Der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung auf der Grundlage des Patientenwillens ist nicht strafbar.
 - Niemand macht sich strafbar, der dem explizit geäußerten oder dem klar festgestellten mutmaßlichen Willen des Patienten, auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten, Beachtung schenkt.
 - Der freiverantwortlich gefasste Willen eines Patienten muss in allen Lebenslagen beachtet werden.



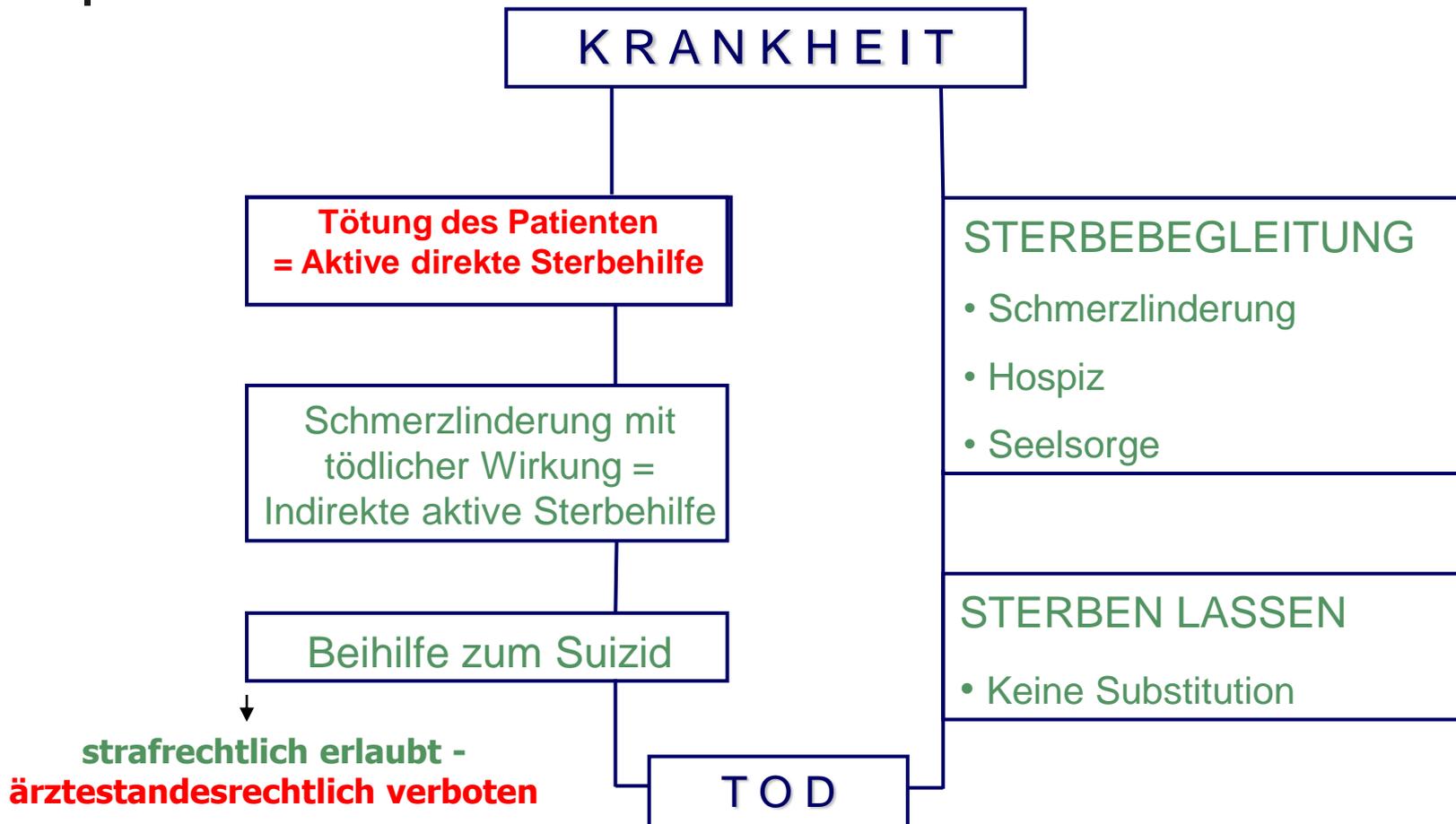
Folgen

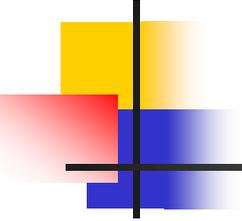
- Es kommt nicht darauf an, ob der Arzt **aktiv** handelt (Beispiel: Abstellen des Beatmungsgerätes) oder **passiv** unterlässt (Beispiel: keine Antibiotikagabe).
- → **Die verweigerte Zustimmung bedeutet, dass der Patient die Behandlung beendet. Das gilt auch für den in einer PV geäußerten Willen.**

Beachtung des Patientenwillens und Sterbehilfe

– was ist erlaubt, was verboten?©

Quelle: Aus Vorträgen von RÄ Petra Vetter und RA Wolfgang Putz



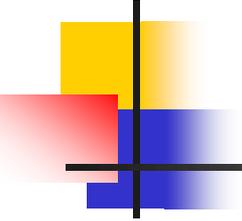


Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

Präambel (1)

- Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.
- Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

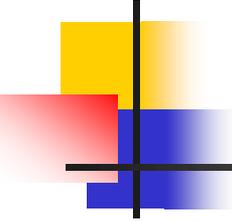


Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

Präambel (2)

- Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebensverlängernde Therapien künstlich in die Länge gezogen werden.
- Das Sterben darf 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.
- Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles getroffen werden.



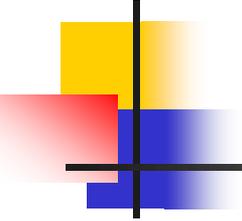
Basisbetreuung

Quelle: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

Der Arzt hat für eine **Basisbetreuung** zu sorgen.

Dazu gehören

- menschenwürdige Unterbringung
 - Zuwendung
 - Körperpflege
 - Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit
 - Stillen von Hunger und Durst
-
- Dazu gehört **nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr**, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können.
 - Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindung gestillt werden.



Maßnahmen unterlassen oder beenden

Quelle: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
Deutsches Ärzteblatt, 18.02.2011

- Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden.
- Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidliche Lebensverkürzung hingenommen werden darf.

Wann soll die Therapie eingestellt werden?

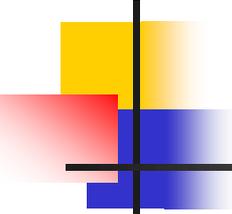


- Medizinethische und rechtliche Voraussetzungen für die Entscheidung
 - Irreversibler Zustand
 - Der Patient liegt im Sterben
 - Es besteht keine Therapieindikation mehr
 - Generalvollmacht, Patientenverfügung, Betreuer oder mutmaßlicher Wille erlauben den Therapieabbruch.

Medizinethische Stufenanalyse



1. **Fakten**
 - Diagnose
 - Prognose
 - Therapieoptionen
2. **Werte**
 - Krankheitseinschätzung durch den Patienten
 - Erklärter Patientenwille
 - Lebensentwurf des Patienten
3. **Umgebung und gesellschaftliche Werte**
 - Lebensumfeld
 - Behandlungsteam
4. **Wertkonflikte**
5. **Entscheidung**
6. **Begründung**



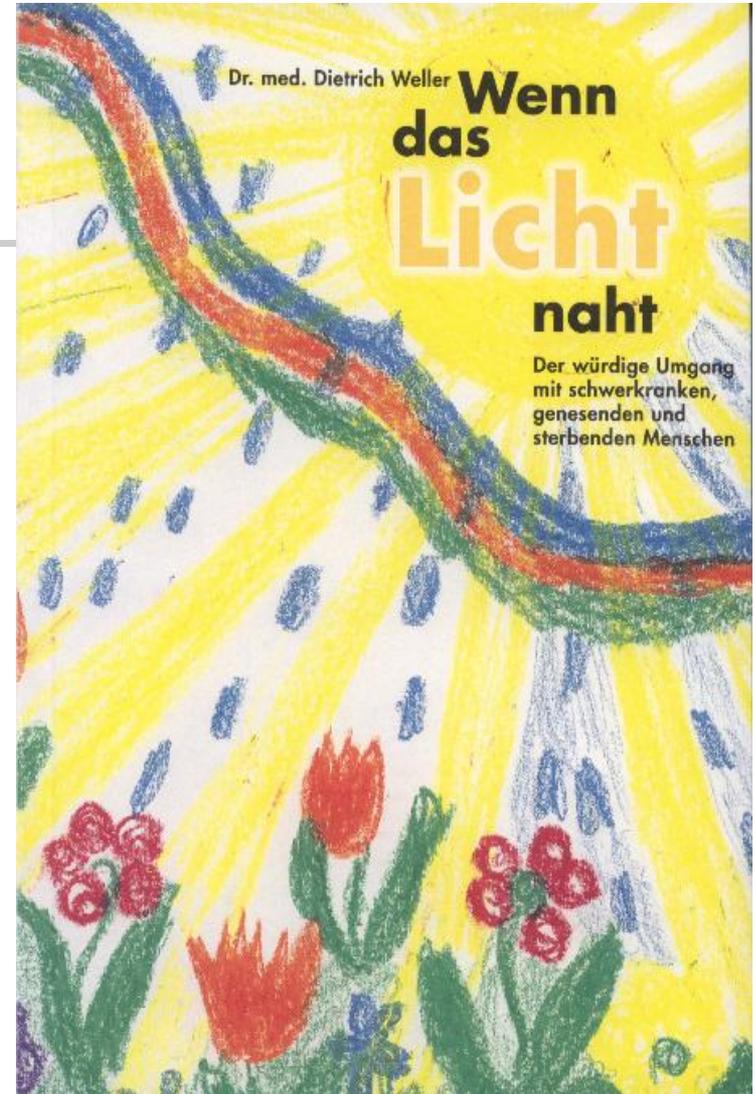
Dr. med. Dietrich Weller

Wenn das Licht naht – der würdige Umgang mit schwer kranken, genesenden und sterbenden Menschen

Ein Ratgeber mit vielen
praktischen Beispielen aus Praxis
und Klinik für Pflegende, Patienten
und Angehörige

Verlagsgesellschaft W.E. Weinmann e.K.

ISBN 3-9211262-23-2
428 Seiten, 17,80 Euro



Dr. med. Dietrich Weller

Ich verstehe Sie!

Verständigung in
Praxis, Klinik und Pflege



Verlags-
gesellschaft
W.E. Weinmann
mbH

Dr. med. Dietrich Weller

Ich verstehe Sie!

Kommunikation in Klinik, Praxis und
Pflege

(Praxisbezogener Ratgeber für Menschen, die
bewusst kommunizieren wollen)

Verlagsgesellschaft W.E. Weinmann e.K.

236 Seiten

ISBN 3-921262-42-9, Euro 19,90

Dr. Dietrich Weller, Ethische
Konflikte bei
Schwerstkranken-für
Homepage-07.02.2013