

# Ethik

## Ethische Fragen



Serie  
Palliativmedizin  
Folge 6

Ethische Fragen spielen in der **Palliativversorgung** eine große Rolle. Wie gehen wir z.B. damit um, wenn ein Patient aufgrund einer schweren Erkrankung seinen Willen nicht mehr kundtun kann? Was ist zu tun, wenn wir um Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe gebeten werden? Wie können wir es ermöglichen, ethische Fragen im Berufsalltag zu bearbeiten?

Ethische Fragen werden oft als unbequem, ja vielleicht sogar als bedrohlich empfunden. Die Furcht vor juristischen Konsequenzen ist mitunter groß. Es lohnt sich daher, sich ein Basiswissen in ethischen Fragen zu erarbeiten. Strukturierte Konzepte zur Bearbeitung ethischer Fragen helfen dabei im Alltag.

### Mittlere Prinzipien der Ethik

Die beiden amerikanischen Medizinethiker Tom Beauchamp und James Childress haben über allgemeine Prinzipien das kleinste gemeinsame Vielfache ethischer Diskussionen herausgearbeitet. Diese sogenannten „Common sense“-Prinzipien liegen unterhalb ethischer Theorien, aber oberhalb einfacher Moralvorstellungen (Tab. 1). Die Tatsache, dass diese Prinzipien Eingang in die meisten Modelle konsensorientierter ethischer Fallbesprechungen gefunden haben, zeigt die gute Anwendbarkeit. Beauchamp und Childress sehen diese vier Prinzipien als verschiedene Perspektiven ei-

**Tab. 1: „Common sense“-Prinzipien**

- Respekt vor der Autonomie
- Gutes tun (Benefizienz)
- Nicht schaden (Non-Malefizienz)
- Gerechtigkeit



nes Falls, die gegeneinander ausbalanciert werden müssen, d.h. alle vier sollten berücksichtigt werden und nicht nur ein Prinzip.

## Advance Care Planning

Advance Care Planning (zu deutsch: Behandlung im Voraus planen) hat zum Ziel, Festlegungen gemeinsam so zu treffen, so dass Patienten in der Zukunft ihrem Willen entsprechend behandelt werden, auch dann, wenn sie selbst nicht mehr entscheiden können.

Eine immer größer werdende Zahl der Bundesbürger verfasst eine Patientenverfügung. Dennoch werden die entstandenen Patientenverfügungen im Alltag oft nicht beachtet. Eine typische Situation zeigt folgendes Fallbeispiel (siehe Kasten).

Das Fallbeispiel demonstriert überdeutlich einige typische Defizite der Umsetzung von Patientenverfügungen im Alltag. Die Patientenverfügung ist zunächst nicht auffindbar. Personen, die sie auslegen können sind nicht erreichbar. Die Mitarbeiter der Rettungskette sind in einer extrem unsicheren Situation und reagieren nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“. Die Ärzte der Intensivstation kennen sich mit den Definitionen der Sterbehilfe nicht aus und wissen nicht, dass das Abstellen des Beatmungsgeräts entsprechend dem Patientenwillen hier gebotene passive Sterbehilfe und nicht unerlaubte aktive Sterbehilfe wäre.

Im Advance Care Planning wird der Wille möglichst genau von einem Gesprächsleiter ergründet und daraus folgend die Behandlungspräferenz für gewisse Szenarien (Notfall, akutstationäre Behandlung mit Ein-

### FALLBEISPIEL

Eine 92-jährige Altenheimbewohnerin hat vor vielen Jahren eine Patientenverfügung verfasst. Bei schwerster Demenz möchte sie danach keine Wiederbelebung, keine intensivmedizinischen Maßnahmen und keine künstliche Ernährung erhalten. Sie hat ihre Tochter zur Vorsorgebevollmächtigten ernannt.

Sie ist mittlerweile ausgeprägt von einer Alzheimer-Demenz betroffen. In der Nacht wird sie von der Altenpflegerin im Nachtdienst, die mehrere Wohnbereiche zu versorgen hat und daher die Bewohner wenig kennt, leblos aufgefunden. Sie verständigt über den Notruf 112 die Rettungskräfte. Diese beginnen sofort mit der Wiederbelebung, da ihnen von der Patientenverfügung zunächst nichts bekannt ist.

Die sichtlich gestresste Altenpflegerin holt dann kurze Zeit später die Patientenverfügung aus der Heimakte hervor. Der hinzukommende Notarzt versucht noch, die Tochter telefonisch zu erreichen, um zu klären, ob der Zustand vor der Reanimation mit schwerster Demenz gemeint gewesen sei. Außerdem ist unklar, ob die Bewohnerin damals zum Zeitpunkt des Abfassens der Patientenverfügung noch einwilligungsfähig war, sprich verstanden hat, was sie genau verfügt.

Die Tochter ist jetzt mitten in der Nacht telefonisch nicht erreichbar. Auch die Altenpflegerin kann keine detaillierten Angaben machen, wie der Zustand vor dem eingetretenen Notfall war. Das Rettungsteam bringt die Bewohnerin in das nahegelegene Krankenhaus, wo man irritiert reagiert. Der Notarzt äußert, dass die Situation zu unklar war, um vor Ort zu entscheiden. Am nächsten Tag, als die Tochter vom Krankenhaus erreicht wurde, äußert der Stationsarzt der Intensivstation, dass man die Patientin jetzt nicht mehr vom Beatmungsgerät nehmen könne, da das aktive Sterbehilfe sei.

Die Tochter ist jetzt mitten in der Nacht telefonisch nicht erreichbar. Auch die Altenpflegerin kann keine detaillierten Angaben machen, wie der Zustand vor dem eingetretenen Notfall war. Das Rettungsteam bringt die Bewohnerin in das nahegelegene Krankenhaus, wo man irritiert reagiert. Der Notarzt äußert, dass die Situation zu unklar war, um vor Ort zu entscheiden. Am nächsten Tag, als die Tochter vom Krankenhaus erreicht wurde, äußert der Stationsarzt der Intensivstation, dass man die Patientin jetzt nicht mehr vom Beatmungsgerät nehmen könne, da das aktive Sterbehilfe sei.

willigungsunfähigkeit, dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit) im Voraus geplant. Es geht dabei um eine möglichst gute Realisierung der Patientenautonomie durch ein unterstützendes Angebot, das einen

**1.** moderierten Gesprächsprozess zur Ergründung des Patientenwillens, der dann als Blaupause für die entsprechenden Dokumente einschließlich hausärztlicher Notfallanordnung dient und einen **2.** lokalen Implementierungsprozess einschließt.

Gemeinsam begibt man sich auf die Suche nach dem individuellen Patientenwillen und kommt zu für Fachkräfte des Gesundheitswesens klar umsetzbaren Festlegungen für häufige Szenarien. Damit werden einige Schwächen klassischer Patientenverfügungen vermieden.

Wenn Patientenverfügungen die perfekte Lösung für solche Situationen wären, bedürfte es des Advance Care Plannings überhaupt nicht. Es ist oft eine Frage der Qualität der Patientenverfügung.



**Dr. med. Christoph Gerhard**  
Arzt für Neurologie, Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie, Katholisches Klinikum Oberhausen und Institut für Allgemeinmedizin der Universität Essen, E-Mail: c.gerhard@kk-ob.de



Fand wirklich eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen für die Zukunft statt oder wurde nur, um beispielsweise die Todesangst zu lindern, schnell ein Formular angekreuzt, ohne wirklich konkret durchzulesen, was darin gemeint war. Advance Care Planning hat zum Ziel, einige dieser Probleme zu lösen (Tab. 2).

### Modellprojekte sind erfolgreich

Die Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung sind keineswegs einfach zu führen und erfordern die Fähigkeit, sich gemeinsam mit den Betroffenen in zukünftige Szenarien hineinendenken zu können. Außerdem müssen die Betroffenen in der Lage sein, für typische Szenarien eine klare Dokumentation zu erstellen. Insofern erfordert Advance Care Planning eine sehr hohe Gesprächskompetenz. Modellprojekte aus dem Ausland (Australien, Neuseeland, Modellregionen in den USA) zeigen deutlich, dass es durch

Maßnahmen des Advance Care Planning gelingen kann, den vorausverfügbaren Patientenwillen besser zu ergründen und im Ernstfall durchzusetzen. Nach §132g SGB V sind derartige Beratungen zum gesundheitlichen Versorgungsplanung als Krankenkassenleistung im Pflegeheim und Einrichtungen der Behindertenhilfe durch die Krankenkassen finanziert. Auch im Rahmen der Mitbetreuung durch Palliativdienste im Krankenhaus nach der OPS 8-98h sind Beratungen zum ACP im Akutkrankenhaus möglich. Dieser Gesprächsprozess kann zu der validen Festlegung führen, dass in bestimmten Situationen die palliative Versorgung (z.B. im Notfall, bei akutstationärer Behandlung oder dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit) dem vorausverfügbaren Willen des Betroffenen entspricht und demzufolge eine frühere Integration von Palliativversorgung gemäß dem Patientenwillen erfolgt.

### Ethische Fallbesprechungen

Im Gesundheitswesen sind angemessene Rahmenbedingungen für das Bearbeiten und Reflektieren ethischer Fragen von entscheidender Bedeutung. Ein Ethikkomitee kann Rahmenbedingungen schaffen, damit eine gute Arbeit an der Basis ohne wesentliche Barrieren stattfinden kann. Die Stärke der Struktur Ethikkomitee liegt in der Organisation von Ethikarbeit und der Entwicklung ethischer Leitlinien.

Im ethischen Konsil berät – angelehnt an das medizinische Konsil – ein Experte die behandelnden Teams in ethischen Sachfragen. Die Verantwortung für ethische Fragen wird auf eine Person als Experten verlagert, d.h. im schlechtesten Fall wird Ethik nicht gelebt, sondern delegiert. In der ethischen Fallarbeit im palliativen Kontext ist es wichtig, dass das Paradigma der radikalen Patientenorientierung gewahrt wird und ethische Prozesse nahe am Betroffenen, nahe an



**Tab. 2: Ziel des Advance Care Plannings**

Beim Advance Care Planning geht es darum,

- dass die Verfügenden in einem strukturierten Dialog in ihre eigene Lebenswelt eintauchen können,
- dass sie sich in eine zukünftige Situation schwerer Krankheit oder Todesnähe hineinendenken können,
- dass sie ihre tieferen Wünsche ergründen und gegenüber ihren zukünftigen Vertretern (Vorsorgebevollmächtigten) artikulieren können,
- dass sie klare Festlegungen für typische Szenarien von plötzlichen, nicht planbaren Notfallsituation mit Nichteinwilligungsfähigkeit treffen,
- dass sie diese Festlegungen gemeinsam mit ihrem (Haus-)Arzt in einer Notfallanordnung an Mitarbeiter in der Notfallversorgung dokumentieren.

### Service

Nächste Fortbildungstermine in der Palliativmedizin:  
30.11. – 2.12.2017 (Basiskurs, 40 Stdn.)\* und  
29.3. – 2.4.2018 (Fallseminar 1, 40 Stdn.)  
Kursleitung: Dr. med. Christoph Gerhard  
Veranstaltungsort: Seminarzentrum  
Monnaber, Mallorca

Weitere Informationen und Anmeldung  
unter [www.aerzte-seminar.de](http://www.aerzte-seminar.de)

\* Dieser Kurs ist seit Ende 2016 Voraussetzung für die  
Teilnahme an der Ambulanten Palliativversorgung



der Basis soweit möglich unter Einbezug von Patienten, Angehörigen, direkt beteiligten Akteuren ausgehandelt werden. Eine patientenferne Diskussion mag sehr gute Reflexionsmöglichkeiten bieten, doch fehlen ihr oft die wesentlichen Intuitionen der direkt Beteiligten. Außerdem kann sich eine hierarchische Kluft zwischen den Experten und den Menschen an der Basis entwickeln. Ethische Fallbesprechungen können entweder dafür genutzt werden, vergangene und möglicherweise ungelöste ethische Probleme rückblickend zu besprechen; oder sie werden in einem aktuellen Entscheidungskonflikt genutzt, um zu einer möglichst guten Entscheidung zu gelangen. Für rückblickende Fallbesprechungen können sehr gut sogenannte Ethikforen oder Ethikcafés, ➡

die offen für alle interessierten Mitarbeiter sind, genutzt werden. Für aktuelle Entscheidungskonflikte eignen sich Fallbesprechungen mit klarer Struktur, z.B. einem Vorgehen in

- klar definierten Schritten:
- Problemdefinition
  - Fakten
  - Bewertung
  - Beschlussfassung.

Für Details sei z.B. auf den Artikel „Ethik trotz knapper Zeit – das Modell KRISE“ in der DER HAUSARZT 5/2015 verwiesen.

**Tab. 3: Formen der Sterbehilfe**

<b>Sterbenlassen/ Passive Sterbehilfe</b>	Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebenserhaltender Maßnahmen (Zulassen des Sterbens unter Intensivierung der palliativen Behandlung)
<b>Indirekte Sterbehilfe</b>	Schmerzlindernde Behandlung unter Inkaufnahme einer (nicht gewollten) Lebensverkürzung; zulässige Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung
<b>Beihilfe zur Selbsttötung/ Freitodbegleitung</b>	Hilfeleistung zur Selbsttötung, z.B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Medikaments. Die Tatherrschaft liegt beim jeweiligen Patienten, der den Suizid selbst ausführt.
<b>Aktive Sterbehilfe/ Tötung auf Verlangen</b>	Absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todesintritts. Im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe ist der Tod nicht nur in Kauf genommen, sondern beabsichtigt, im Gegensatz zur Beihilfe zur Selbsttötung liegt die letztentscheidende Tatherrschaft nicht beim Betroffenen selbst, sondern bei einem Dritten, der die aktive Sterbehilfe durchführt.

**Tab. 4: Sterbehilfe – Rechtslage in Deutschland**

	<b>Gesetzeslage</b>	<b>Christliche Ethik</b>	<b>Standesrecht</b>
Aktive Sterbehilfe	-	-	-
Passive Sterbehilfe	+	+	+
Indirekte Sterbehilfe	+	+	+
Suizidbeihilfe	+	-	?
(geschäftsmäßige Suizidbeihilfe)	-		

Erlaubt: +, Verboten: -

**FAZIT**

- Ethische Fragen haben in der palliativen Versorgung eine hohe Bedeutung.
- Zentrales Ziel der Palliativversorgung ist es, die Behandlung ganz an dem Willen des Patienten zu orientieren.
- Auch bei Nichteinwilligungsfähigkeit ist es sehr hilfreich, wenn der Patientenwille dennoch klar und umsetzbar ist, wie dies durch die neue und teilweise sogar durch die Krankenkassen finanzierte Form des Advance Care Planning besser gelingen kann als mit einer klassischen Patientenverfügung.
- Ethische Fallbesprechungen helfen in Konfliktfällen, wenn sie gut strukturiert sind und die unmittelbar Beteiligten einschließen.
- Die einschlägigen Definitionen der erlaubten und verbotenen Sterbehilfeformen geben im Alltagshandeln Sicherheit und Orientierung.



**Sterbehilfe**

Sterbehilfe ist in unserem gesellschaftlichen Diskurs gegenwärtig ein zentrales Thema. In der Diskussion werden entsprechend der juristischen Definitionen in der Regel vier Formen von Sterbehilfe unterschieden (Tab. 3). Um die Definitionen und Anwendungen der verschiedenen Sterbehilfeformen gibt es sehr viele Missverständnisse. Es ist z.B. ein weit verbreiteter Irrtum, das Abstellen eines Beatmungsgeräts sei aktive Sterbehilfe und daher in Deutschland verboten. Es handelt sich beim Abstellen eines Beatmungsgeräts um das Beenden einer Therapiemaßnahme (passive Sterbehilfe) und nicht um aktive Sterbehilfe. Grundsätzlich ist ein Suizid straffrei. Die Beihilfe ist daher entgegen anders lautenden Mutmaßungen auch straffrei, sofern sie nicht geschäftsmäßig erfolgt, da es eine Beihilfe zu einer straffreien Tat darstellt. Die Musterberufsordnung für Ärzte von 2011 sieht allerdings Suizidbeihilfe nicht als ärztliche Aufgabe an. Unterschiedliche Landesärztekammern haben verschiedene Regelungen zur ärztlichen Suizidbeihilfe getroffen, so dass das Berufsrecht für Ärzte hier nicht eindeutig und regional unterschiedlich ausfällt.

*Literatur: Gerhard C. Palliativdienst – Handbuch zur Integration palliativer Kultur und Praxis im Krankenhaus. Hogrefe Bern 2017;*

*Gerhard C. Praxiswissen Palliativmedizin – Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. Thieme Stuttgart 2015;*

*In der Schmitt J, Nauck F, Marckmann G. - Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. Z Palliativmed 2016; 17: 177-195*

*Mögliche Interessenkonflikte: Der Autor hat keine deklariert.*

