

Lindern, Schützen, Begleiten, Stützen

Palliative Care als Hilfe in ethisch schwierigen
Situationen?

Dr. Susanne Roller

Klinik für Palliativmedizin Barmherzige Brüder Krankenhaus München



Palliativmedizin

- Behandlung körperlicher Beschwerden
- Beachten psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme
- Abwenden drohender Probleme
- Bei Patienten, deren Erkrankung nicht heilbar ist und die in absehbarer Zeit zum Tode führen wird

Unerträgliches Leiden

- Körperlich: Schmerzen, Atemnot, Übelkeit
 - In der Regel sehr gut zu behandeln
- Psychisch: Angst, Delir, Wut, Trauer
 - Begleiten, Behandeln, Mittragen
- Spirituell: Hadern mit Gott, Schuld, Zweifel
 - Seelsorgerliche Begleitung
- Sozial: Nicht zur Last fallen, Sinnlosigkeit
 - Sterbewunsch meist führend

Angst im Sterben

- Vor körperlichen Symptomen
- Vor Einsamkeit
- Vor Belastung der Angehörigen
- Vor Abhängigkeit
- Vor Verlust der eigenen Würde
- Vor langem Leiden
- Vor zu kurzer Zeit
- Vor dem Danach

Palliativmedizinische Hilfe

- Kommunikation, frühzeitig auch über Behandlungswünsche und Ängste
- Symptomkontrolle bis hin zur palliativen Sedierung
- Psychosoziale Begleitung von Patient und Familie
- Spirituelle Begleitung als selbstverständliches Angebot

Der gute Tod

- Schmerz – und Symptommanagement
- Klare Entscheidungen
- Vorbereitung auf den Tod
- Abschließen können
- Anderen etwas geben
- Vergewisserung als Person

aus Zeitschrift für Palliativmedizin 1-2011 **Palliative Care am Scheideweg**

**Die Zeit, die mit
der Krankheit
bleibt, soll so gut
wie möglich sein.**

Sterbebegleitung

Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch **lebenserhaltende Therapien** künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben 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.**

Grundsätze zur Sterbebegleitung

Basisbetreuung: Menschenwürdige
Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege,
Lindern von Schmerzen, Atemnot und
Übelkeit sowie **Stillen** von Hunger und Durst.

DENKSTE
DER DOKTOR
SCHREIBT MICH
KRANK?



WAS
FEHLT DIR
DENN?



Fragen zur Ernährung

- Hat der Mensch Hunger oder Durst?
- Welche Symptome sollen sich bessern?
- Was ist das Ziel dieses Menschen?
- Wo stehen wir? Lebenserwartung?
- Alternativen?

Essen und Trinken

- Nahrungsaufnahme (Hunger)
 - Über den Mund oder „künstlich“
 - Zufuhr von Nährstoffen, Kalorien
 - Reserven für Wochen bis Monate
- Flüssigkeitsaufnahme (Durst)
 - Über den Mund oder „künstlich“
 - Zufuhr von Wasser (+/- Mineralien)
 - Reserven für Tage bis max. 2 Wochen

PEG bei fortgeschrittener Demenz

(Finucane et al., JAMA 1999; Gillick, NEJM 2000)

- Studien zeigen keinen Hinweis auf
 - Lebensverlängerung
 - Verbesserung des Ernährungsstatus
 - Verbesserung der Lebensqualität
 - Verbesserte Wundheilung bei Dekubitus
 - Verringerung der Aspirationsgefahr

Hilfe für Angehörige

Aufklären

- Energiebedarf
 - In Ruhe ca. 300 – 400 kcal
- Flüssigkeitsbedarf
 - Meist 250 – 500 ml ausreichend, ggf. s.c.
- Trinken ist auch Nahrung
 - Bier, Saft, Milch, süßen Tee
- Reserven

Alternativen zum Essen

Mundpflege: Liebe geht durch den Magen

Hautpflege: Berührend Be-handeln

Geistespflege: Vorlesen, Zuhören, Erinnern

Seelenpflege: Begleitend An-gehören

Selbstbestimmungsrecht

Art und Ausmaß einer Behandlung sind **gemäß der medizinischen Indikation** vom Arzt zu verantworten. **Er muss dabei den Willen des Patienten achten.** Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern (Anm.: und Angehörigen) **einen Konsens suchen.**

Verbindlichkeit PV

- „Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten ist grundsätzlich verbindlich;
- deshalb dürfen sich Ärzte nicht über die in einer Patientenverfügung enthaltenen Willensäußerungen eines Patienten hinwegsetzen.“

Empfehlungen der BÄK zum Umgang mit PV

Vorausschauend Klären

- Erwartungen an das verbleibende Leben (Patientenverfügung, ACP)
- Realistische Therapiealternativen
- Wünsche des Patienten bei Bewusstlosigkeit
- Aufhören ist schwerer als gar nicht erst anfangen – aber rechtlich das Gleiche

ABC der Therapiewünsche

- Rechtzeitiges einfühlsames Gespräch über differenzierte Therapiewünsche
- **A**lles: inclusive Intensivtherapie und Reanimation
- **B**egrenzt nach individuellem Wunsch des Patienten (von „kein Krankenhaus“ bis „keine Reanimation“)
- Palliative **C**are ohne lebensverlängernde Therapie

Herr D.

- 45 Jahre, verh., 2 kleine Kinder (10, 5 Jahre)
- Magenkarzinom seit 2 Jahren
- Viele OPs, Chemo und Alternativtherapien
- Kommt wegen Übelkeit und Erbrechen
- Großer Sterbewunsch
- Fahrt „in die Schweiz“ oder Palliativtherapie?

Der Weg des Herrn D.

- Offenes Gespräch in Anwesenheit der Angehörigen und im Team
- Gute Symptombehandlung
- Entschluss zur Beendigung aller lebensverlängernden Maßnahmen
- Nach einigen Tagen auch Ernährung beendet
- Gespräche über „die Zeit danach“
- Ruhiges Versterben im Kreis der Familie

Wann beginnt das Sterben?

- Mit Beginn der Palliativphase bei unheilbarer, fortschreitender Erkrankung?
- Mit dem Rückzug des sozialen Umfeldes?
- Mit dem Verlust der Selbstständigkeit (Terminalphase)?
- Mit Beginn der „Finalphase“ (Körperliche Veränderung im Sterbeprozess)?
- Mit dem eigenen Rückzug aus dem Umfeld?

„Würde es Sie
überraschen,
wenn der
Patient in den
nächsten 6
Monaten
sterben
würde?“

Terminalphase

„Der Patient ist sehr schwach, zumeist bettlägerig, schläfrig für lange Perioden mit stark limitierter Konzentrationszeit. Es besteht zunehmendes **Desinteresse an Nahrung und an Flüssigkeit**“.

Twycross 1988

**Jeder Mensch hat ein
Recht zu leben – aber
keine Pflicht**

Denken Sie manchmal beim Einschlafen:
„Jetzt einschlafen und
nicht mehr aufwachen wäre schön“?

Suizidgedanken

- Sind in der Palliativsituation häufig
- Offenes Gesprächsangebot hilfreich
- Gedanken sind frei – keine Taten
- Alternativen aufzeigen: Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen
- Realistische Prognose ansprechen
- Sedierung als Ausweg bei starkem Leiden?

Ambivalenz des Sterbewunsches

- Ich möchte so nicht weiterleben.
- Ich möchte schnell sterben.
- Ich möchte meine Leben nicht sinnlos verlängern.
- Ich möchte mein Leben verkürzen.
- Ich möchte, dass mein Leben (jetzt) beendet wird.

**Bedenkt – den eigenen Tod, den stirbt man
nur, doch mit dem Tod der anderen muss man
leben.**

Mascha Kaleko

Die Realität

- Angehörige sind nicht einig
- Patient ist ambivalent
- Medizinische Situation ist nicht eindeutig
- Therapieziel ist nicht klar
- Sterbewunsch ist ausgelöst durch die Angst, zur Last zu fallen
- Fehlende offene Kommunikation

Aufgabe des Palliativteams

- Prognose einschätzen
- Indikation klären, Therapieziel stets prüfen
- Aufklärungsprozess begleiten
- Patient zur Entscheidung befähigen
- Palliativmedizinische Betreuung von Patient und Angehörigen
- Offene Kommunikationsangebote

Wichtigstes Werkzeug

- Kommunikation
 - Empathisch
 - Aktives Zuhören
 - Spiegeln
 - Lösungsorientiert
 - Selektiv authentisch
- Dokumentation

Behandlungsbegrenzung

Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des Patienten oder bei fehlender **Indikation** („Passive Sterbehilfe“)

Gilt auch für Nahrung und Flüssigkeitsgabe

Definition Indikation

- Zwingender Grund zur Anwendung eines bestimmten Heilverfahrens in einem bestimmten Krankheitsfall (Pschyrembel)
- Fachliches Urteil über Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode im speziellen Krankheitsfall (BGH, Duden)

Palliative Sterbebegleitung

- Nicht das (ärztliche) Handeln führt zum Tod sondern
- das (ärztliche) palliative Handeln begleitet bis zum (krankheitsbedingten) Tod.
- Der Patient stirbt an der zum Tode führenden Erkrankung
- „allow natural death“

Palliative Sedierung

Medizinisch indizierte Therapieoption am Lebensende, die darauf abzielt, das Bewusstsein des unheilbar Kranken so zu dämpfen, dass er keine Schmerzen oder andere belastende Symptome mehr wahrnimmt. (Müller-Busch)

Beenden der künstlichen Ernährung

- Trennen zwischen Nahrung und Flüssigkeit
- Patient kann keine Nahrung aufnehmen
- Keine Indikation zur Ernährung (kein Hunger)
- Angehörige begleiten (Angst vor dem Verhungern)
- Ganzheitliche Palliative CARE („Sorge“)

FVNF

Freiwillig – selbstbestimmt

Verzicht – nicht Entzug

Nahrung und/oder Flüssigkeit

Dauernd oder intermittierend

Fortführung der ganzheitlichen palliativen
Begleitung und Symptombehandlung

Über mehrere Tage Umkehr möglich

FVNF oder Suizid?

FVNF: Der Mensch kann essen, will es aber nicht, um der Tod vorzeitig herbeizuführen, kann sich das aber noch ca. 8-10 Tage lang überlegen.

„Suizid“: Der Mensch will den Tod jetzt sofort herbeiführen indem er sich „fällt“.

FVNF oder Sterbebegleitung?

FVNF: Der Mensch kann essen, will es aber nicht, um so den Tod vorzeitig herbeizuführen
„Sterbefasten“ = Fasten, um zu Sterben

Ärztliche Begleitung ist Suizidbeihilfe?

FVNF oder Sterbebegleitung?

Begleitung eines Sterbenden, der nicht mehr essen kann oder nicht mehr essen will und keine künstliche Nahrung wünscht.

Wann beginnt das Sterben?

Künstliche Ernährung ist Körperverletzung?

BÄK: Sterbebegleitung

„**straflos** sind die Kommunikation und der Informationsaustausch über Selbsttötung, ...Solche Gespräche gehören ... zu den ärztlichen Aufgaben **und zwar nicht nur im Rahmen der Begleitung kranker oder sterbender Menschen.**“

**Bekanntmachung der Bundesärztekammer
17.2.2017 (Kein Rechtsurteil!)**

BÄK: FVNF in der Palliativsituation

Die Begleitung des Patienten bei seinem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit **stellt keine Hilfe des Arztes bei der Selbsttötung oder ihre Förderung dar**, sondern ist eine Form der Sterbebegleitung (früher „indirekte Sterbehilfe“). Eine Zwangsernährung gegen den freien Willen des Patienten wäre rechtlich unzulässig. (Körperverletzung §223, 224 StGB).

**Bekanntmachung der Bundesärztekammer 17.2.2017,
kein Rechtsurteil!**

BÄK: FVNF in der Palliativsituation

Die Begleitung des Patienten bei seinem freiwilligen Verzicht auf **künstliche** Nahrung und Flüssigkeit **stellt keine Hilfe des Arztes bei der Selbsttötung oder ihre Förderung dar**, sondern ist eine Form der Sterbebegleitung (früher „indirekte Sterbehilfe“).

Eine Zwangsernährung gegen den freien Willen des Patienten wäre rechtlich unzulässig.
(Körperverletzung §223, 224 StGB).

Begleitung in der Palliativsituation

These: FVNF ist **kein** Suizid

Begleitung und Symptomkontrolle ist geboten.

Jeder Arzt kann und muss das tun.

Sterbefastenklinik als Geschäftsmodell.

Druck auf alte, schwache, behinderte

Menschen steigt, aus dem Leben zu scheiden
ohne Suizid („sozialverträglich“).

Suizidprävention

Respekt vor der Selbstbestimmung fordert palliative Begleitung.

Angebot zum Gespräch über Sterbewunsch kann bestehen bleiben.

Viele Patienten distanzieren sich dadurch wieder von dem Suizidwunsch.

These: FVNF ist Suizid

Begleitung und Symptomkontrolle ist **Beihilfe** zum Suizid und geschäftsmäßige Förderung.

Kein Arzt darf das tun!

Aufgabe Palliativmedizin: Therapiezielfindung?

Z. B. 5 Tage Versuch der Umstimmung durch Aufzeigen von Alternativen, dann alleine lassen?

Apokryphen

Jesus Sirach 41, 1 - 4

(1) Oh Tod, wie bitter bist du, wenn an dich gedenket ein Mensch, der gute Tage und genug hat, und ohne Sorge lebt (2) und dem es wohl geht in allen Dingen und der noch essen mag!

(3) Oh Tod, wie wohl tust du dem Dürftigen, (4) der da schwach und alt ist, der in allen Sorgen steckt und nichts Bessres zu hoffen noch zu erwarten hat!



Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen.