

Mitwirkung am Suizid ... über die Grenzen des Helfens nachdenken ...

Es diskutieren:
Alois Birklbauer und Barbara Friesenecker
Moderation: **Gabriele Werner-Felmayer**

Mittwoch, 28. April 2021, 19:00-20.30 Uhr
ONLINE via zoom (ID: 917 8962 1000, Passcode: 744104)

Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern
Practice of euthanasia among physicians and nurses in German hospitals

145(22): 6123-6129

Zusammenfassung
Hintergrund: Aktive Sterbehilfe und assistierte Selbsttötung werden in Deutschland zunehmend diskutiert. Theoretische Studien zeigen, wie für den Umgang mit Patienten, einschließlich dem von passiver und indirekter Sterbehilfe, in Deutschland. Einmalige Entscheidungen werden in einem ethischen Kontext getroffen, wobei die Hilfe der Angehörigen und der Patienten in der Entscheidung berücksichtigt werden. Ziel der Studie war es, die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe in deutschen Krankenhäusern zu untersuchen. Die aktive und assistierte Selbsttötung der Patienten und die Euthanasie von Ärzten und Pflegekräften wurden untersucht. Die Studie wurde als Beobachtungsstudie durchgeführt.

Methoden: Die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe wurde von 2017 bis 2018 in einem Krankenhaus untersucht. Die Studie wurde als Beobachtungsstudie durchgeführt. Die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe wurde von 2017 bis 2018 in einem Krankenhaus untersucht. Die Studie wurde als Beobachtungsstudie durchgeführt.

Schlussfolgerungen: Sterbehilfe wird durch ärztliche und pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern praktiziert. Das Vorgehen entspricht ethischer, theologischer und rechtlicher Standards. Die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe wird durch ärztliche und pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern praktiziert. Das Vorgehen entspricht ethischer, theologischer und rechtlicher Standards.

Abstract
Background: Active euthanasia and physician-assisted suicide are controversial issues in Germany. Theoretical studies are helping to address these issues. Single decisions are made in an ethical context, taking into account the wishes of patients and their relatives. The aim of the study was to investigate the use of passive and indirect euthanasia in German hospitals. Active and assisted suicide of patients and euthanasia by doctors and nurses in German hospitals were examined regarding their practice of euthanasia and possible alternatives.


Methods: The application of passive and indirect euthanasia was examined in a hospital over a 2-year period. The study was conducted as an observational study.

Conclusions: Euthanasia is practiced in German hospitals. The procedure complies with ethical, theological and legal standards.

Thieme Walter Siegenthaler Preis

Startseite Themenlisten Thema Drucken Seite 1

Themen-Spezial
Neuerscheinungen
Produktneuheiten
Aktualitäten
Neue Services
Angebotskatalog



Professor Ralf H. Bette erhält den „DMSG Walter Siegenthaler Preis“ für Studie zur Sterbehilfe

Stuttgart, April 2021 – Über die Möglichkeiten der Sterbehilfe und die damit verbundenen Kontroversen wird in Deutschland viel diskutiert. In der aktuellen Ausgabe des DMSG (Deutscher Medizinischer Schriftsteller) wird die Studie von Professor Ralf H. Bette über die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe in deutschen Krankenhäusern vorgestellt. Die Studie wurde von der DMSG als „DMSG Walter Siegenthaler Preis“ ausgezeichnet. Die Studie wurde von der DMSG als „DMSG Walter Siegenthaler Preis“ ausgezeichnet.

Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern
Practice of euthanasia among physicians and nurses in German hospitals

145(22): 6123-6129

Zusammenfassung
Hintergrund: Aktive Sterbehilfe und assistierte Selbsttötung werden in Deutschland zunehmend diskutiert. Theoretische Studien zeigen, wie für den Umgang mit Patienten, einschließlich dem von passiver und indirekter Sterbehilfe, in Deutschland. Einmalige Entscheidungen werden in einem ethischen Kontext getroffen, wobei die Hilfe der Angehörigen und der Patienten in der Entscheidung berücksichtigt werden. Ziel der Studie war es, die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe in deutschen Krankenhäusern zu untersuchen. Die aktive und assistierte Selbsttötung der Patienten und die Euthanasie von Ärzten und Pflegekräften wurden untersucht. Die Studie wurde als Beobachtungsstudie durchgeführt.

Methoden: Die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe wurde von 2017 bis 2018 in einem Krankenhaus untersucht. Die Studie wurde als Beobachtungsstudie durchgeführt.

Schlussfolgerungen: Sterbehilfe wird durch ärztliche und pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern praktiziert. Das Vorgehen entspricht ethischer, theologischer und rechtlicher Standards. Die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe wird durch ärztliche und pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern praktiziert. Das Vorgehen entspricht ethischer, theologischer und rechtlicher Standards.

Abstract
Background: Active euthanasia and physician-assisted suicide are controversial issues in Germany. Theoretical studies are helping to address these issues. Single decisions are made in an ethical context, taking into account the wishes of patients and their relatives. The aim of the study was to investigate the use of passive and indirect euthanasia in German hospitals. Active and assisted suicide of patients and euthanasia by doctors and nurses in German hospitals were examined regarding their practice of euthanasia and possible alternatives.

Methods: The application of passive and indirect euthanasia was examined in a hospital over a 2-year period. The study was conducted as an observational study.

Conclusions: Euthanasia is practiced in German hospitals. The procedure complies with ethical, theological and legal standards.

Thieme Walter Siegenthaler Preis

Startseite Themenlisten Thema Drucken Seite 1

Themen-Spezial
Neuerscheinungen
Produktneuheiten
Aktualitäten
Neue Services
Angebotskatalog



Professor Ralf H. Bette erhält den „DMSG Walter Siegenthaler Preis“ für Studie zur Sterbehilfe

Stuttgart, April 2021 – Über die Möglichkeiten der Sterbehilfe und die damit verbundenen Kontroversen wird in Deutschland viel diskutiert. In der aktuellen Ausgabe des DMSG (Deutscher Medizinischer Schriftsteller) wird die Studie von Professor Ralf H. Bette über die Anwendung von passiver und indirekter Sterbehilfe in deutschen Krankenhäusern vorgestellt. Die Studie wurde von der DMSG als „DMSG Walter Siegenthaler Preis“ ausgezeichnet. Die Studie wurde von der DMSG als „DMSG Walter Siegenthaler Preis“ ausgezeichnet.

Die Anwendung von **passiver und indirekter Sterbehilfe** ... wurde von einem **großen Anteil der ärztlichen und pflegerischen Befragten** angegeben,
... **aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid** von **deutlich weniger Befragten**.

„indirekte“ / „passive“ Sterbehilfe → **Therapiezieländerung**

- „**indirekte**“ und „**passive**“ Sterbehilfe ... sind **keine guten, sehr alte Begriffe**
 - nicht zielführend **verwirrend** und **kompliziert**
 - suggerieren einen **falschen Inhalt!**
- Begriff wurde bereits 2011 von der österr. **Bioethikkommission** **verworfen** und **geändert** in:
- **Sterbebegleitung** (Palliativmedizinische Symptomkontrolle)
 - **Therapie am Lebensende** (Palliativmedizin; Wohltun; Ziel Lebensqualität)
 - **Sterben zulassen (TZÄ)** (keine Indikation) → **PM Maßnahmen**)
- https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6616c75d-5eb5-4f83-921e-193ee9fa5b4f/Empfehlungen_zur_Terminologie_medizinischer_Entscheidungen_am_Lebensende_vom_27_Juni_2011.pdf

„Assistierter Suizid“ ???

... VfGH hat aus dem **Recht auf freie Selbstbestimmung** abgeleitet, dass das „**ausnahmslose Verbot der Mitwirkung (Beihilfe) am Selbstmord verfassungswidrig** ist und es **daher aufgehoben** ... (wirksam erst mit Jan 2022)

- Spannungsfeld** ...
- **PatientInnenebene:** zwischen **Selbstbestimmung** und **Schutz des Lebens**
 - auf der **Beziehungsebene** zwischen jenen, die „**helfen**“ sollen und jenen, die **Hilfe suchen** (... kann töten „helfen“ sein ???)
 - für das **ärztliche Selbstverständnis** (Hippokrates – jetzt)

Ist der **Wunsch auf Hilfe bei der Durchführung eines Suizids** eigentlich eine **nicht-tolerierbare „Zumutung“ für den Helfer ???**

Was in der Medizin **möglich/geboten** ist ...

- Alle ethischen Leitsätze im Folgenden sind entnommen von...
- Konsens der ...
- röm. Kongregation für **Glaubenslehre**
 - **Deutsche** Gesellschaft für Anästhesie + Intensivmed.
 - **Schweizer** Akademie der Wissenschaften,
 - **internationale** Consensus Konferenz, Brüssel
- **Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung** zur medizinischen Behandlung am **Lebensende/Europarat**
 - **Sterben in Würde:** Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen, Stellungnahme der österr. Bioethikkommission vom 9. Februar 2015
 - **Georgetown Mantra / 2-Säulenmodell**

Sinn einer Behandlung
ist klar über den
Nutzen für PatientIn
definiert

bei **primärem Nichtvorhandensein** des Nutzens der Behandlung
oder
bei **sekundärem Wegfall des Nutzens**

→ **Behandlungs-verzicht / Abbruch**

„bestes“ Therapieziel **HEILUNG ...**

Gibt es eine **Indikation** für technisch Machbares / **Verhältnismäßigkeit**?

NEIN !

Therapiezieländerung

Neues Therapieziel ...
Palliativmedizin, CTC

Ärztegesetz ... das wichtigste für uns **KlinikerInnen**

Handlungsmaxime aus dem seit **1949** zu diesem Punkt
unverändert **gültigen Ärztegesetz**
§ 49 (1) gibt vor,

dass „... ÄrztIn verpflichtet ist nach Maßgabe der
ärztlichen **Wissenschaft** und **Erfahrung** ...

- das **Wohl der Kranken** und
- den **Schutz der Gesunden** zu wahren...“

... und **NICHT: „mit allen Mitteln zu heilen / das Leben zu erhalten !“**

„Zum **Wohle der Kranken**“ kann auch sein
gut begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

Intensivtherapie

(sowie **jede andere** Therapie auch!)
darf

keine Leidens- bzw.
Sterbensverlängerung sein

Machbarkeitswahn moderner Medizin / **Übertherapie** /
chronisch kritische Erkrankung („futility!“)

→ **Leiden** (Pat./Angehörige/medizinisches Personal) Und
→ sinnlos hohe **Kosten** (**Gerechtigkeit** ?)

... eine **nicht mehr begründbare** Therapie ist
ethisch nicht vertretbar
und kann eine

Körperverletzung darstellen,

sofern dadurch

irreversible Abläufe (Sterben)

nur verlängert werden....

Jede Therapie,

die man **nicht neu beginnen** würde
(Withhold),

darf und muss man

beim Sterbenden **beenden (Withdraw)**

... das ist **keine AKTIVE Sterbehilfe**

sondern eine
Nicht-Durchführung oder
Nicht-Weiterführung

einer für PatientIn «nutzlosen» Therapie
und hat zum Ziel
ein «**Sterben in Würde**» zu ermöglichen («zuzulassen»)
und **Leiden nicht zu verlängern**

Jede unterlassene/beendete Handlung ist **ethisch gleichwertig**..

- Nicht auf eine **Intensivstation** aufnehmen
- **OP** nicht durchführen
- **Nierenwäsche** beenden/nicht beginnen
- **Antibiotika** beenden/nicht mehr beginnen
- **Blutdruck-, Herzmedikamente** reduzieren/ausschalten
- **Gerinnungstherapie/Konserven bei blutender Pat** beenden
(wenn z.B. keine chir. Sanierung möglich ist)
- **Beatmung** - auch bei nicht-atmender PatientIn - beenden
- **HF / ECMO** abschalten, etc...

Der **Zeitpunkt des Eintritts des Todes**
als Folge einer Therapiezieländerung

(z.B. Rückzug/nicht-Beginn von intensivmedizinischen Maßnahmen, Ende/Nicht-Beginn von Chemotherapie etc...)

kann sehr unterschiedlich lange dauern

(HLM-30 sec, Vasopressoren 5 min-mehrere Stunden, HF 5-10 Tage, Antibiotika Wochen etc...)

Schneller Todeseintritt ist dennoch

KEINE aktive Sterbehilfe

sondern die Beendigung einer für PatientIn nutzlos gewordenen Behandlung

Ziel ist **nicht Pat zu Tode zu bringen** sondern **Sterben zu ermöglichen !**

→ **Körperverletzung**, wenn man trotzdem weiter macht !

Der ethische **Unterschied** zwischen
TZÄ mit Todesfolge und **aktiver Sterbehilfe**
liegt in der **Absicht**

• **Sterbehilfe/Euthanasie**

→ Absicht ist Pat. **aktiv zu Tode zu bringen**

• **Therapiezieländerung**

→ Absicht ist eine **nicht nützliche** Therapie
zu beenden oder **nicht zu beginnen**
mit dem Ziel **Sterben zu ermöglichen**,
Leiden nicht hinauszuzögern

Abschließende Gedanken / Fragen ...

Wenn wir die uns zur Verfügung stehenden **ethischen/rechtlichen Mittel der Therapiezieländerung** besser nutzen würden (weg vom **Machbarkeitswahn** moderner Med.)

- würden wir viel **sinnloses Leiden am Ende des Lebens** verhindern können
- hätten die Menschen weniger **Angst** in die **„Fänge moderner Medizin“** zu geraten und am Lebensende **leiden** zu müssen
- wäre nicht der **Suizid** der neue **Inbegriff für ein „Sterben in Würde“**, sondern vielmehr der Wunsch nach dem **Erhalt einer guten palliativmedizinischen Betreuung** am Ende des Lebens

Wenn alle mehr wüssten über die **Möglichkeiten moderner Palliativmedizin** und diese wirklich **flächendeckend für alle Menschen zur Verfügung stünde**,

- dann würde sich evtl. der **Wunsch nach Sterbehilfe/Suizid** deutlich **relativieren**
- dann würde der Wunsch und die Durchführung eines/r **assistierten Suizids/Tötung auf Verlangen** eine **gut diskutierte und gut dokumentierte Ausnahme** bleiben
- dann müsste kein Mensch an der **Tötung eines anderen Menschen beteiligt** sein
(oder sehr viel seltener)
- und es gäbe vielleicht auch **weniger Missbrauch** ...

Ist trotzdem eine „**medizinische Indikation**“ für einen **assistierten Suizid** denkbar ?

- Falls **Symptomkontrolle** schwierig bis unmöglich, **gute Lebensqualität** nicht wirklich herstellbar ist
- Wie lässt sich eine „**schiefe Ebene**“ vermeiden, in der nicht nur „**unerträgliches Leid**“ sondern auch „**unerträgliches Leben**“ zum **Tötungswunsch** führt? **Wo** ist die Grenze ? **Wer** entscheidet ?
 - Keine Frage der Intensivmedizin → **Team von erfahrenen Fachleuten**
- Gibt es in **Ausnahmefällen** ein **Recht auf Tötung** ? **Wer** führt die Tötung durch ?
 - Freiwillige **Nicht-Ärztinnen / Ärztinnen** ?
- Was macht dies mit der **Autonomie der Ärztin** ... ?
 - Eine Ärztin **muss immer „Nein“** sagen können ! Sollte Ärztin aber auch **gut begründet „ja“** sagen dürfen ???
- Welche negative „**Sogwirkung**“ entsteht durch die „**offene Türe**“ ... **schafft Angebot Nachfrage** ?
 - Nimmt es PatientInnen die Möglichkeit, sich dieser **letzten Lebensphase** und dem **Leiden bewusst zu stellen** (mit allen Chancen, Herausforderungen und Schwierigkeiten) - auch darin einen **Sinn** zu sehen?
 - Fragen, die ins **Religiöse/Philosophische** gehen und eine **individuelle Antwort** brauchen !
- Sollte die **Tötung eines anderen Menschen** nicht doch eine **unüberschreitbare Grenze** sein/bleiben?
- Ist der Wunsch auf **Hilfe bei der Durchführung eines Suizids** eigentlich eine **nicht-tolerierbare Zumutung** ?
- **Kann das rechtlich so gut abgesichert werden, dass Missbrauch/Eigendynamik** vermieden werden können ???

„...**Assistierter Suizid** darf nicht
,Aufgabe' der Palliativmedizin
werden...“

(Elisabeth Medicus)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit ...

Ich freue mich auf eine spannende Diskussion ...