



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
5. Wissenschaftliche Arbeitstage
Erlangen, 28. April 2017

Forschung an der Schnittstelle Medizinethik-Palliative Care. Ein Blick über die Ländergrenze

Ralf J. Jox

- (1) Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,
Ludwig-Maximilians Universität München
- (2) Professur für Geriatrische Palliative Care,
Universitätsklinikum Lausanne (CHUV)



1. Von der Palliative Care zur Ethik
2. Was ist Ethik und was kann sie leisten?
3. Ein aktuelles Beispiel



AG Ethik der DGP (Themen 2007-2016):

- Therapiezieländerung / Therapiebegrenzung
- Tötung auf Verlangen und Suizidassistenz
- Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
- Palliative Sedierung
- Stellvertretende Entscheidung, mutmaßlicher Wille
- „Natürlicher Wille“
- Patientenverfügung, Advance Care Planning
- Lebensqualität, Sterbequalität, Würde
- Über- und Untertherapie am Lebensende
- Rechte und Interessen Angehöriger
- Gerechte Ressourcenallokation
- ...





- Ethik präsent wie in kaum einer anderen Disziplin (Kongresse, Journale, Leitlinien, Praxis)
- Doppelqualifikationen, personelle Überschneidungen (Bsp. Ethikberatung, Klinische Ethikkomitees)

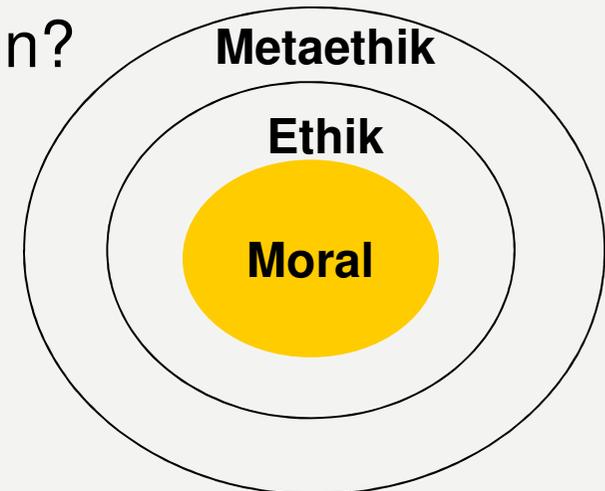
Gründe?

- Häufigkeit ethischer Fragen in der Praxis
- Ähnliche historische Wurzeln
- Kritische Haltung, auch zur Medizin
- Starke Werteorientierung der Palliative Care
- Kommunikation und Entscheidungsfindung zentral

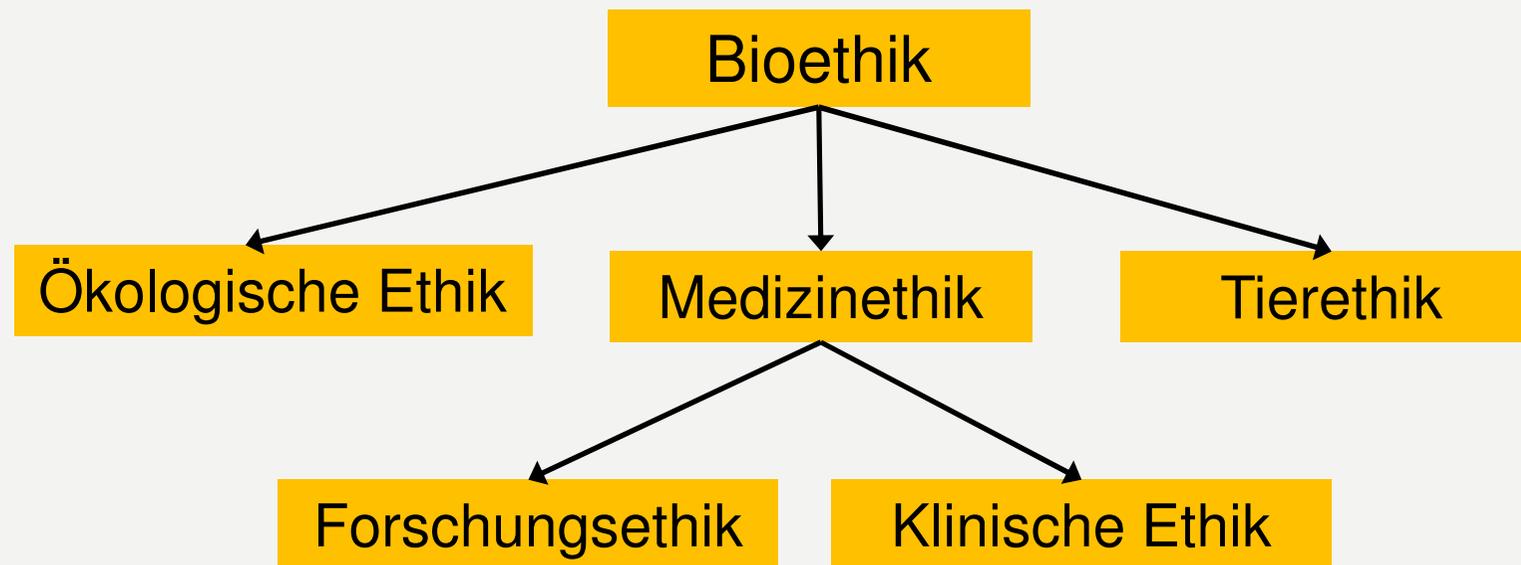
1. Von der Palliative Care zur Ethik
- 2. Was ist Ethik und was kann sie leisten?**
3. Ein aktuelles Beispiel

- Lat. „mores“ < gr. έθος, ήθος (Gewohnheit, Charakter)
 - *Sittliche* Regeln, Normen, Maßstäbe
 - Was ist gut? Was soll ich tun? Was ist geboten/erlaubt?
 - Abgrenzung:
 - Spielregeln
 - Konventionen
 - Klugheitsregeln
- ↔ Moral: universaler
und kategorischer
Anspruch
- Bsp: „*Die Selbstbestimmung des Patienten soll geachtet werden.*“

- Ethik = (Philosophische) Begründung und Reflexion von Moral
- *Warum* ist etwas gut / soll ich etwas tun? (Gründe, Prinzipien, Kriterien...)
- *Moralische* Urteile → Einzelfall
Ethische Urteile → Handlungstypen
- Bsp: „Warum ist der Wille eines Patienten zu respektieren?“ – „Wie ist das bei Komatösen zu realisieren?“
- Metaethik = Reflexion über Ethik



- Ethik für bestimmte Lebensbereiche
- Bsp: Wirtschaftsethik, politische Ethik, Medienethik, Militärethik, Technikethik, ...

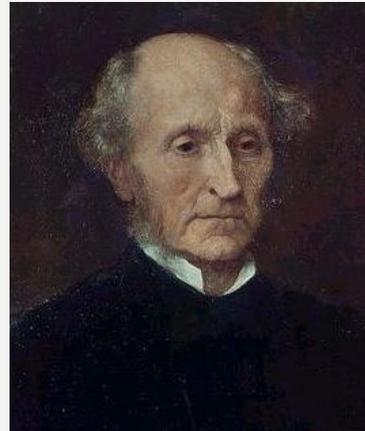




Deontologische Th.
z.B. Immanuel Kant

Was ist richtig?

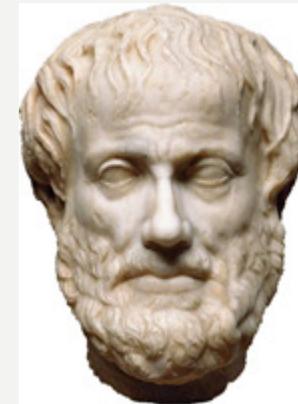
Du sollst nicht töten!



Konsequentialistische Th.
z.B. John Stuart Mill

Was ist gut?

Schmerzlinderung ist gut, auch wenn sie das Leben ev. verkürzt.



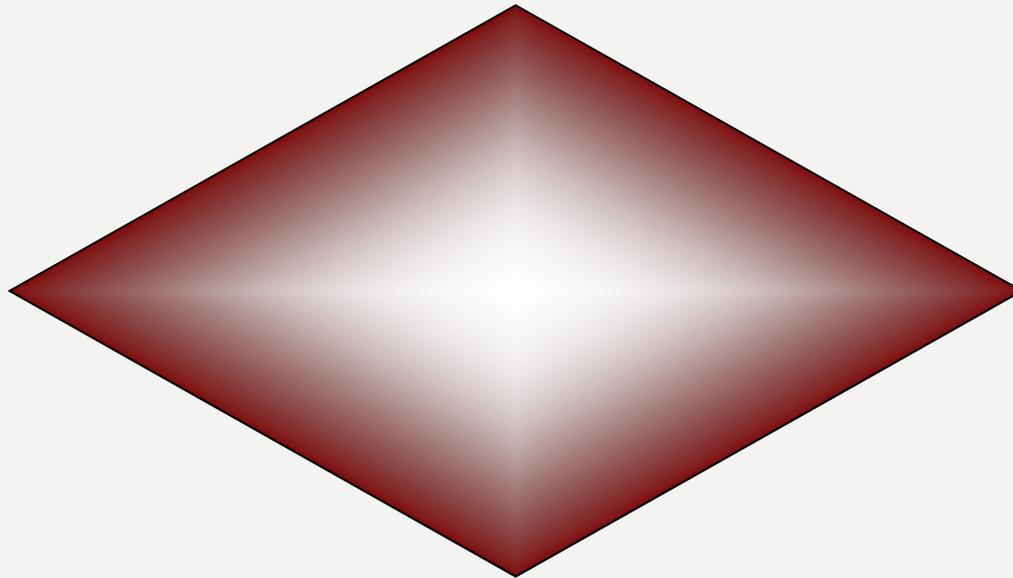
Tugendethik
z.B. Aristoteles

Was ist tugendhaft?

Ärzte sollen empathisch sein.

Respekt der Autonomie

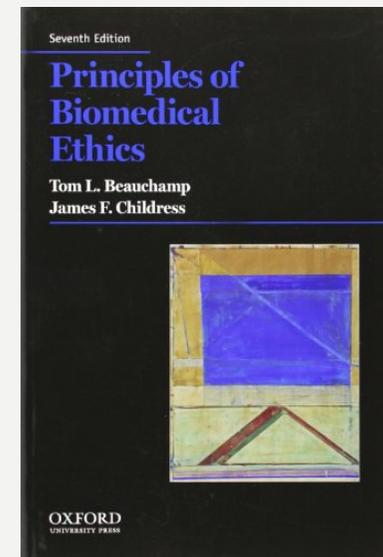
**Nicht
schaden**



**Nützen /
Wohltun**

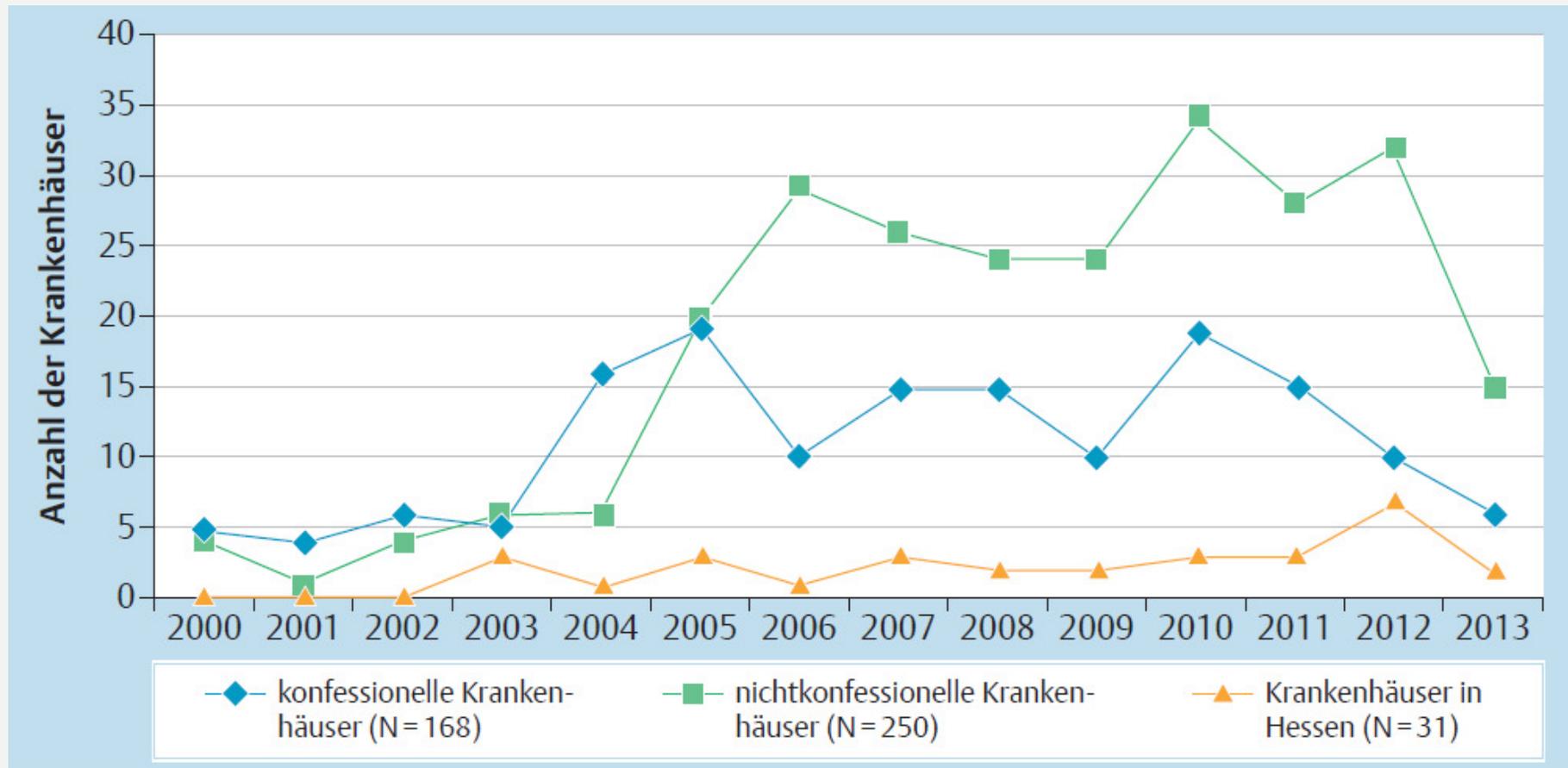
Gerechtigkeit

Beauchamp TL & Childress JF 1979, 72013



Normative Systeme

RECHT	ETHIK
Rahmen für Handlungen	Orientierung für Handlungen
Basiert auf unhinterfragten Grundprinzipien (Verfassung...)	Basiert auf Werten, die sie stets selbst begründen muss
Neutral gegenüber der Frage des guten Lebens (im Privaten)	Thematisiert auch Frage nach dem guten Leben
Externe Sanktionen	Innere Sanktionen (Gewissen)
Innere Distanz möglich/nötig	Innere Distanz unmöglich
Relativer Geltungsanspruch	Universaler Geltungsanspruch



Schochow M et al. DMW 2014, Sci Eng Ethics 2015

- Umfrage aller deutschen Krankenhäuser:
75% aller 550 Rückmeldungen haben Ethikstrukturen
(= mind. 21% aller Häuser) *Schochow et al. 2014; 2015*
- Seit 2005 Standards der AEM
- 2006 Empfehlungen der ZEKO
- Hessisches Krankenhausgesetz verlangt seit 2011
einen Ethikbeauftragten in jedem Krankenhaus
- Seit 2015 Zertifizierung durch AEM



Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting

A Randomized Controlled Trial

Lawrence J. Schneiderman, MD

Context Ethics consultations increasingly are being used to resolve conflicts about

- USA: 7 KH, Erwachsenen-Intensivstationen
- 11/200-12/2002, 551 „Fälle“ mit ethischen Konflikten
- 278 usual care, 273 ethics consultation
- Mortalität ohne Unterschied
- KEK: KH-Tage -3, ICU-Tage -1,5, Beatmungstage -1.7

Schneiderman LJ et al. (2003) JAMA 290(9):1166



- Aus der Philosophie hervorgegangen
→ philosophisch-argumentative Methode
- Non-progressivistische, kritische Wissenschaft
- Kontroverse ist nicht ein Mangel, sondern
Wesensmerkmal und Qualitätskriterium!
- Seit ca. 15 Jahren: *empirical turn*
→ sozialempirische Methoden
→ teils auch „experimentelle Ethik“, Moralpsychologie,
Neurowissenschaft

Gütekriterien medizinethischer Forschung:

- Praxisrelevante Fragestellung
- Integration empirischer Erkenntnisse (Handlungspraxis, Handlungs- und Regelungsfolgen, Einstellungen...)
- Explikation metaethischer Vorannahmen
- Explikation der zugrundeliegenden Ethiktheorie
- Explikation anthropologischer Axiome
- Balancierende Argumentation
- Logische Stringenz und sprachliche Klarheit
- Irreduzibilität des Sollens auf das Sein
- Ideologiefreiheit, einziges Ziel ist Wahrheitsannäherung/
Plausibilisierung

1. Von der Palliative Care zur Ethik
2. Was ist Ethik und was kann sie leisten?
- 3. Ein aktuelles Beispiel**

- Tony Nicklinson, England
- Locked-in Syndrome 7 Jahre
- Kognitiv klar, orale Ernährung, elektronische Kommunikation
- Beantragte bei Gericht Erlaubnis zu “assisted dying”
- Nach abschlägigem Urteil des höchsten Gerichts hörte er auf zu essen und zu trinken
- Starb einige Tage darauf (wohl zusätzlich Pneumonie)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)

- = freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
- = “Sterbefasten”
- = *Niederländisch*: “versterven”

FVET ist, wenn eine entscheidungskompetente Person freiwillig, bewusst und absichtlich aufhört zu essen und zu trinken, um ihren Tod zu beschleunigen.



- Bekannt seit der Antike (gemäß Diogenes Laertius starb Demokrit dadurch)
- Beste Populationsstudie NL (Umfrage unter Hinterbliebenen): 2,1% aller Todesfälle
Chabot BE et al. Soc Sci Med 2009
- 61% deutscher Allgemein- und Palliativmediziner hatten ≥ 1 Fall in den letzten 5 Jahren
Hoekstra N et al. Z Palliativmed 2015
- **Motive:** geringe Lebensqualität, Verlust von Lebenssinn, Wunsch nach Kontrolle über Todesumstände, -zeit und ort
Ganzini L et al. NEJM 2003



- Tod meist innerhalb **2 Wochen**; wenn Hydrierung persistiert bis zu 2-3 Monate
- Umfrage unter Hospizschwestern in Oregon:
friedlicher Sterbeverlauf (Median 8 auf NRS 0-9)
Ganzini L et al. NEJM 2003
- **Erklärung**: Dehydrierung → Endorphines ↑
- **Komplikationen**: Fötör (Ketonämie), Apathie, Fatigue, ZNS-Symptome durch B1-Mangel (Insomnie, Angst, Psychose, Koma, epileptische Anfälle)
- **Palliation**: Mundpflege, Antipsychotika, Sedativa, B1

- Oft als Alternative zu Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen genutzt und angeboten
- Patienten, Angehörige und Professionelle sind unsicher, inwiefern Hilfehandlungen zulässig sind
- Keine explizite rechtliche Regelung / Gerichtsfälle

Analyseschritte:

- 1) *Ist FVET eine Form des Suizides?*
- 2) *Inwiefern ist professionelle Unterstützung bei FVET äquivalent zur Suizidhilfe?*



Suicide is the act of deliberately killing oneself.

- **Bewusste Intention** ist die Herbeiführung des Todes
- FVET ist die **Ursache** des Todes (notwendige und hinreichende Bedingung), keine Intervention Dritter nötig
- Tod nicht durch Verzicht auf lebenserhaltende **Therapie**
- Verhinderung eines vitalen **physiologischen** Prozesses (Analogie: Verhinderung der Oxygenierung bei Ertrinken)
- Handlung durch **Unterlassen** (→ Tötung durch Unterlassen)

Besonderheiten von FVET:

- Kein aggressiver / invasiver Akt
- Erscheinung ist die des natürlichen Sterbeprozesses
- Langer Verlauf, reversibel während der ersten Tage
- Epistemisches Problem, die Intention (Todesherbeiführung) festzustellen



FVET = Suizidform *sui generis*
(„passiver Suizid“, „Suizid durch Unterlassen“)



Fall 1: Suizidassistentz

Verschreibung oder Beschaffung eines tödlichen Medikaments zur selbständigen Einnahme

- **Intention**: Herbeiführung des Todes
- Unterstützung ist eine **notwendige Bedingung** für den Tod (ohne die Unterstützungshandlung oder bei ihrem „Misslingen“ würde Tod nicht eintreten)





Fall 2: Unterstützung bei FVET Typ A

Gabe symptomlindernder Medikamente bei einem Patienten, der FVET begonnen hat und unabhängig von der Symptomlinderung durchführt

- **Intention:** Symptomlinderung (evtl. zudem Akzeptanz der Todesherbeiführung)
- Unterstützungshandlung ist **keine notwendige Bedingung** für den Tod (würde auch ohne sie oder bei ihrem Misslingen eintreten)



≠ Suizidhilfe (sogar Verpflichtung zur Behandlung)



Fall 3: Unterstützung bei FVET Typ B

Arzt regt FVET an oder sagt eine Form der Unterstützung zu, welche dem Patienten FVET erst ermöglicht

- **Intention:** FVET und damit Todesherbeiführung (evtl. zudem Symptomlinderung)
- Unterstützungshandlung ist eine **notwendige Bedingung** für den Tod (ohne sie oder bei ihrem „Misslingen“ würde der Tod nicht eintreten)



= Suizidhilfe (noch ohne moralische Bewertung!)



- FVET ist eine existente, wenig erforschte Form des Sterbens, bei professioneller Hilfe erwünscht wird
- Rechtsstatus ungeklärt und professionelle (standesethische) Bewertung kontrovers
- FVET ist eine Suizidform *sui generis*
- Unterstützung bei FVET kann äquivalent zur Suizidhilfe sein, wenn sie von einer lebensverkürzenden Intention geleitet wird und eine notwendige Bedingung für FVET und damit für die Todesherbeiführung ist
- Ethisch-rechtliche Bewertung solcher Fälle muss mit Suizidhilfe konsistent sein



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

ralf.jox@chuv.ch
ralf.jox@med.lmu.de