

Ethische Aspekte zu Therapiebegrenzung und Therapieverzicht

3. Internationale Sylter Palliativtage
Westerland, Sylt, 08.03. - 11.03.2014

Bosshard

PD Dr. med. Georg Bosshard MAE

Privatdozent für Klinische Ethik der Universität Zürich

Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin spez. Geriatrie

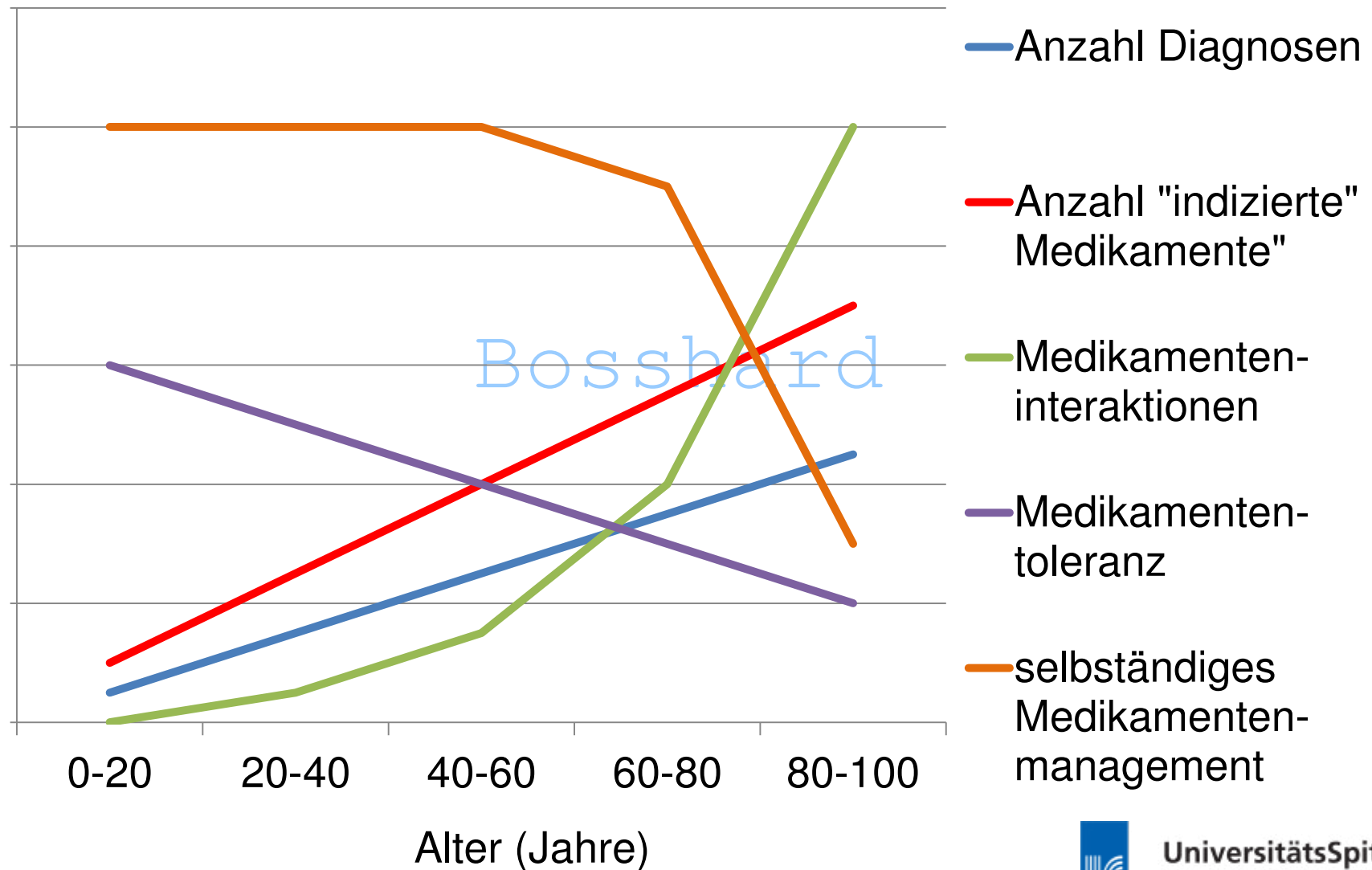
Leitender Arzt Klinik für Geriatrie

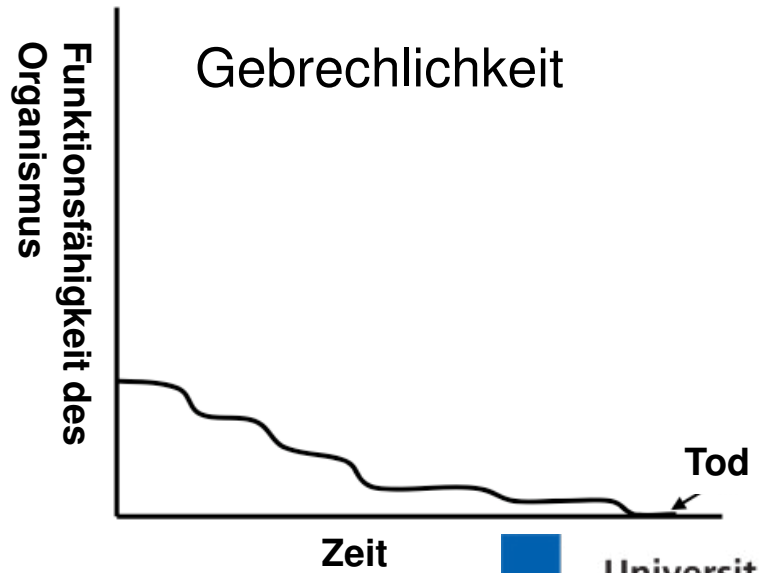
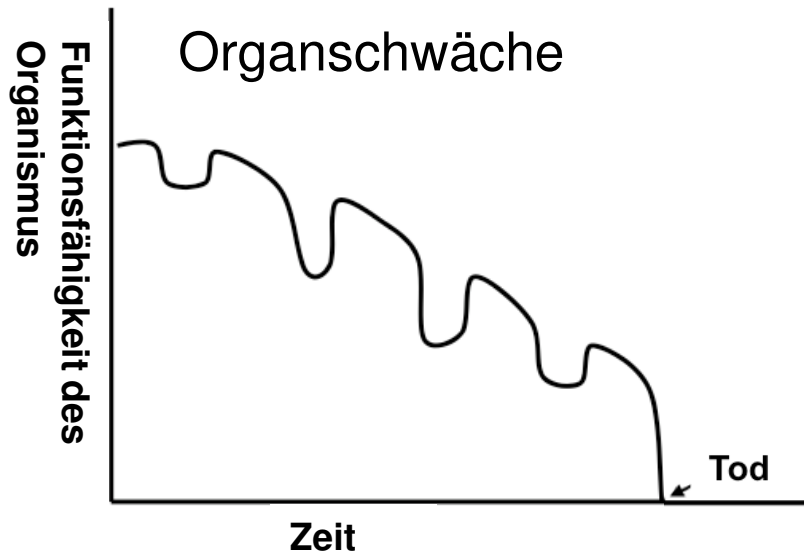
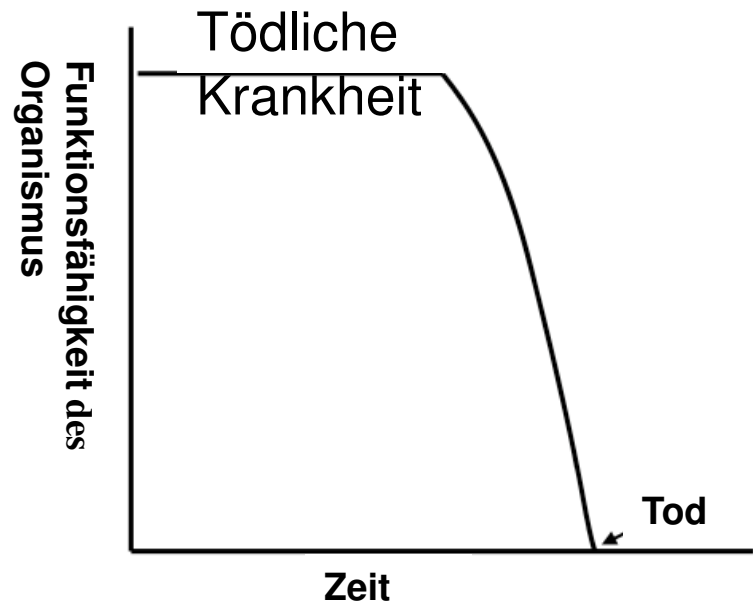
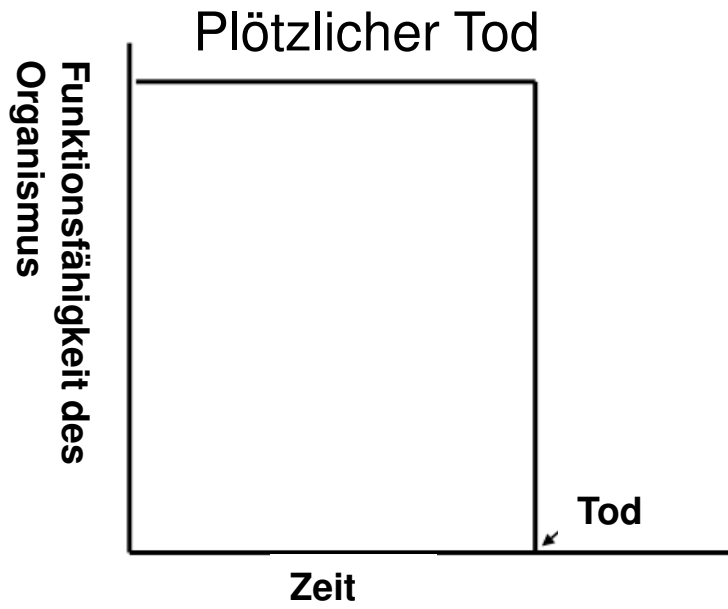
Universitätsspital Zürich



UniversitätsSpital
Zürich

Herausforderungen adäquater Medikamentenverschreibung mit fortschreitendem Alter resp. fortschreitender Multimorbidität





Medizinische Entscheidungen am Lebensende: Massgebliche Lebensphilosophien

Vitalismus: Uneingeschränkter und einmaliger Wert des menschlichen Lebens an sich, ohne Rücksicht auf Schmerz und Wohlbefinden. Jede mögliche lebensverlängernde Massnahme ist sinnvoll und durchzuführen.

Hedonismus: Wohlbefinden ist entscheidend. Zustimmung finden primär Massnahmen, die das Wohlbefinden erhöhen und den Schmerz vermeiden.

Beziehungsdominanz: Lebenssinn entsteht in emotionalen Beziehungen zwischen den Menschen. Lebensverlängerung ist so lange sinnvoll, als die Fähigkeit, Beziehungen und Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, erhalten bleibt.

Autonomiedominanz: Leben ist sinnvoll, solange die Selbstbestimmung des Individuums nicht dauernd beeinträchtigt ist.

Utilitarismus: Leben ist sinnvoll, wenn es dem Kollektiv nützt. Individuen sind ersetzbar, entscheidend ist das Gemeinwohl.

Nach: Wettstein et al. Checkliste Geriatrie. Thieme Verlag, 1997



„Is passive euthanasia murder?“

reputation is set as an expert on euthanasia, which he finds disturbing and inappropriate. “I never really thought much about euthanasia before this,” he notes, “and I am not an expert on the subject. But I know that whenever anyone has a panel on euthanasia, they will invite me to speak and I sometimes will. If my case can help other physicians who find themselves in my position, I will have done some good. I cannot avoid the role.”

Indeed, that is the case. When I met him, he was in New York as a guest of the Euthanasia Education Council, at whose meeting he was to be a star attraction. His speech to that group marked his second public appearance since his arrest. The first took place last April when he addressed the Council of Europe,* which is in the process of drafting a resolution on patients’ rights, the right to die being prominent among them. The Council has yet to complete its work but has already accepted certain propositions as important. One is that physicians should respect the will of the sick. Another holds that the prolongation of life should not constitute the overriding purpose of medical practice.

As Haemmerli suggests, the time



Urs Peter Haemmerli

scribed as having shriveled into a fetal position, should not be confused with Sleeping Beauty, and the elderly patients whom the staff of Triemli hospital let die are not relaxing in rocking chairs. They are comatose, and have been for months. They

weigh practically nothing. Their skin hangs in heavy folds on their skeletons. And the only thing that keeps them alive is force-feeding, a procedure that can be extremely unpleasant. “These patients must be fed through gastric tubes pushed down their throats,” Haemmerli explains, “and that can make even comatose patients retch and vomit.” These patients are not fed intravenously because of the great risk it poses. Once you introduce an i.v. needle into a vein, you introduce a high risk of infection that could lead to fatal embolisms. The patients, who are virtually immobile, expend hardly any metabolic energy. They can survive on only 300 calories a day. Eventually, those calories are withheld and water and saline are substituted. “I see these poor people suffering and I ask myself whether it is my duty to prolong their misery. I do not think it is. It is my duty to make them as comfortable as possible in their dying days.”

Haemmerli pushes hard to make clear the type of patients he is talking about. “These are not people who are just senile. They are not healthy except for a single infirmity that makes them unable to take

Patientenautonomie und deren Grenzen

Recht auf Selbstbestimmung

„Eine ärztliche Behandlung gegen den erklärten Willen des urteilsfähigen Patienten ist unzulässig. Dies gilt auch dann, wenn dieser Wille dessen wohlverstandenen Interessen aus der Sicht Aussenstehender zuwiderzulaufen scheint.“

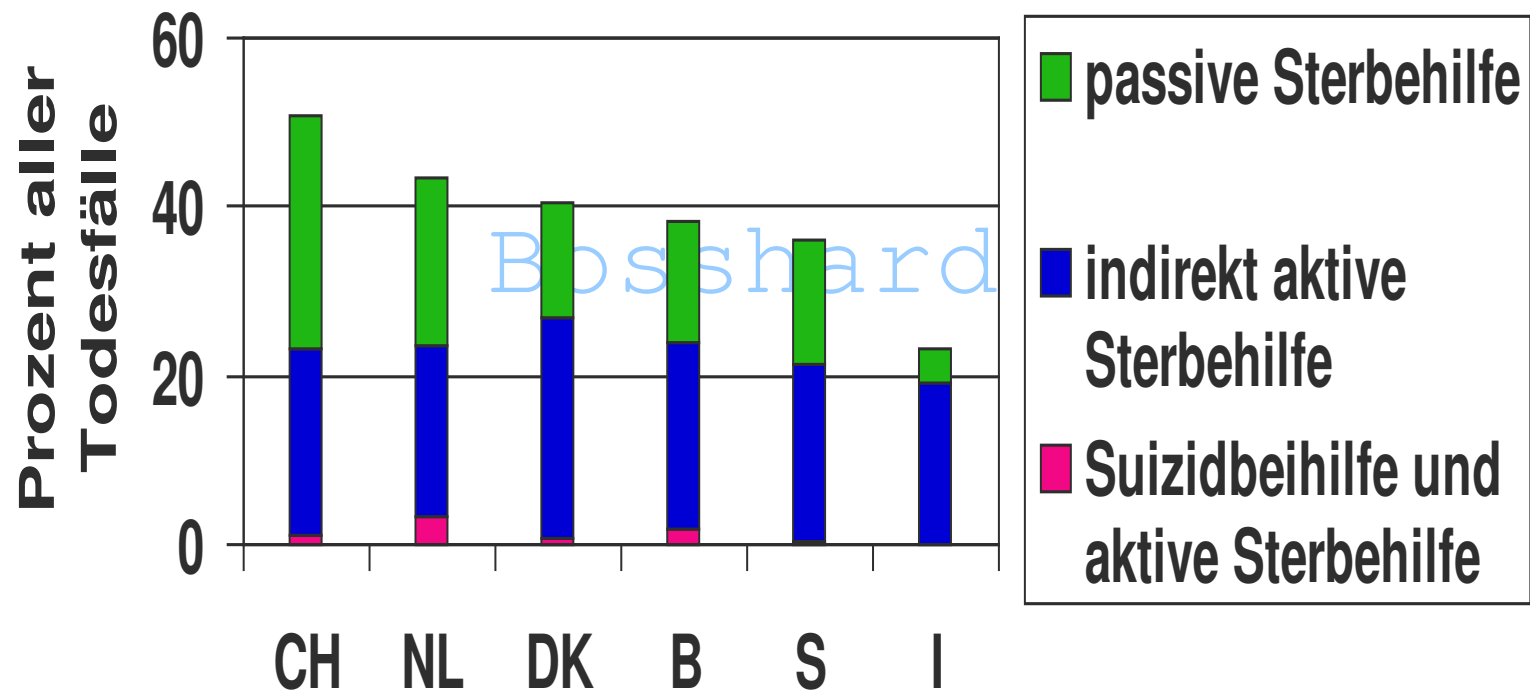
Grenzen des ärztlichen Handelns

„Die Respektierung des Patientenwillens stösst dann an ihre Grenzen, wenn ein Patient Massnahmen verlangt, die unwirksam oder unzweckmässig sind oder die mit der persönlichen Gewissenshaltung des Arztes, mit der ärztlichen Standesordnung oder dem geltenden Recht nicht vereinbar sind.“

Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien (2004)*



Häufigkeit der verschiedenen Formen von Sterbehilfe (EURELD-Studie)

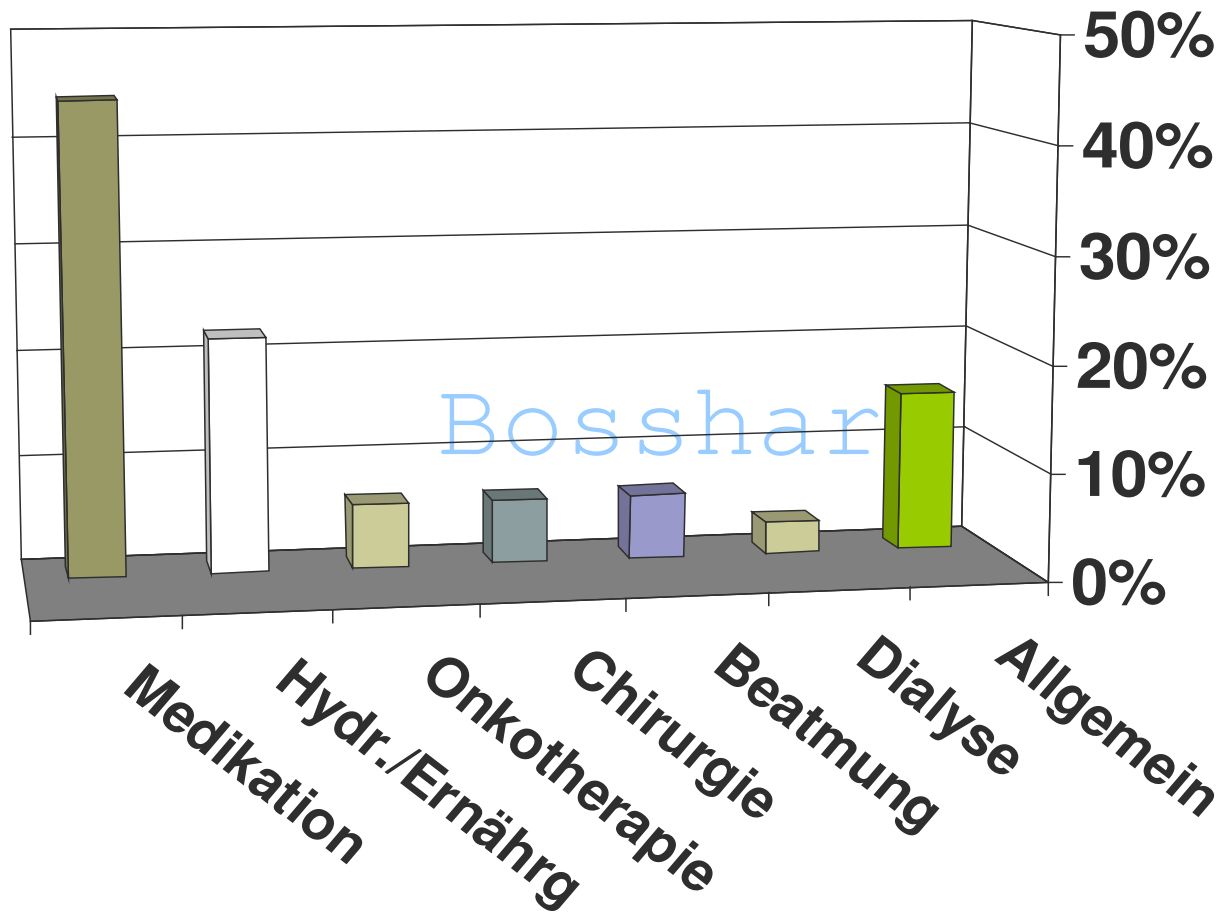


Van der Heide A et al (2003) End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. Lancet 362:645-650



UniversitätsSpital
Zürich

Formen von passiver Sterbehilfe nach Häufigkeit

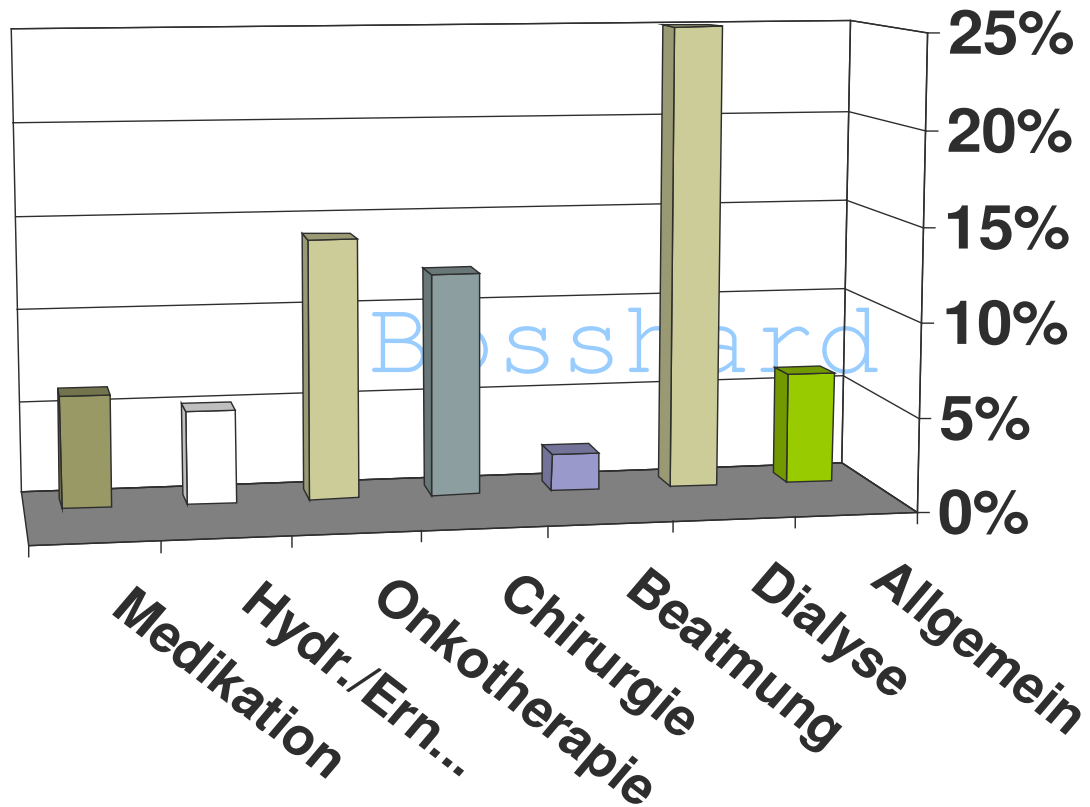


Bosshard G et al (2005) Forgoing treatment at the end of life in six European countries. Arch Int Med 165:401-407

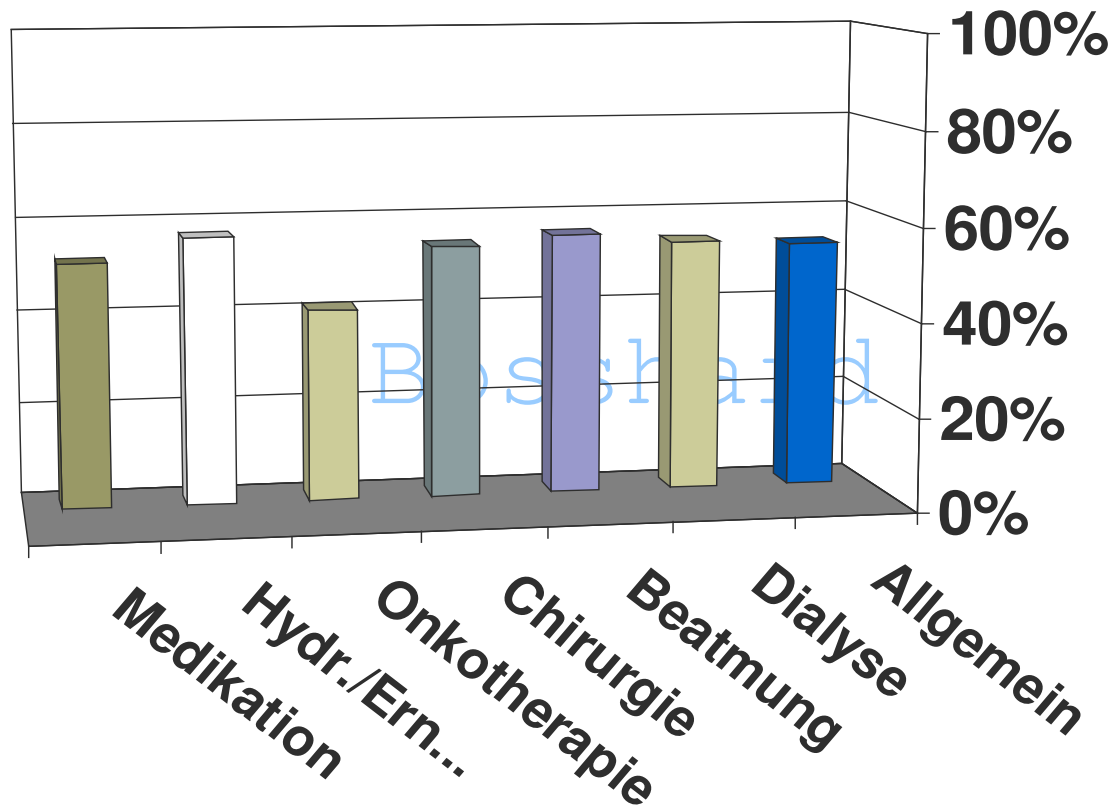


UniversitätsSpital
Zürich

**Anteil Fälle mit einer geschätzten
Lebensverkürzung von mehr als einem Monat
bei versch. Formen von passiver Sterbehilfe**



Ausdrückliche Absicht zur Beschleunigung des Todeseintritts bei verschiedenen Formen von passiver Sterbehilfe



Bosshard G et al (2006) Intentionally hastening death in withholding and withdrawing treatment. Wien Klin Wochenschr 118:322-326.

Verschiedene Formen von Behandlungsverzicht und -abbruch

Behandlung, auf die verzichtet wurde	Häufigkeit (% aller Behandlungsverzicht)	Fälle (in %) mit geschätzter Lebensverkürzung > 1 Mt	Entscheid durch Grundversorger getroffen (in %)
Medikamente (ohne Antibiotika)	31	6	80
Antibiotika	17	12	71
Künstliche Flüssigkeitszufuhr	12	0	82
Chirurgische Intervention	7	9	53
Chemotherapie	6	13	67
Künstliche Ernährung	6	5	81
Diagnostik	4	16	71
Spitaleinweisung	3	12	93

Verschiedene Formen von Behandlungsverzicht und –abbruch (Fss)

Behandlung, auf die verzichtet wurde	Häufigkeit (% aller Behandlungs- -verzichte)	Fälle (in %) mit geschätzter Lebensverkür- zung > 1 Mt	Entscheid durch Grund- versorger getroffen (in %)
Dialyse	2	25	40
Blut und Blutprodukte	2	18	69
Intubation	2	0	53
Künstliche Beatmung	2	0	49
Cardiopulmonale Reanimation	2	0	49
Radiotherapie	1	0	61
Übriges	3	0	69
Total	100%	8	73

Bosshard G et al (2005) Begrenzung lebenserhaltender Massnahmen bei Patienten am Lebensende in der deutschsprachigen Schweiz – Resultate einer Todesfallstudie. Deutsche Medizinische Wochenschrift 130:2887-2892

Patientenverfügungen: Ein „kompletter Fehlschlag“?

Despite the prodigious effort to designing, legislating, and studying advance directives, the consensus of medical ethicists, researchers in health care services, and palliative care physicians is that the directives have been a resounding failure.“

Gillick MR (2010) Reversing the Code Status of Advance Directives? N Eng J Med 362:1239-1240



Kritik am Konzept der Patientenverfügung

- „...eine Verfügung auszustellen für eine Situation, die noch nicht Bestandteil der eigenen Erfahrungswelt ist.“
- „überzeichnete Logik der autonomen Kontrolle“, „Betrachtung des Angewiesenseins auf andere eo ipso als Katastrophe“
- -> stattdessen: „Tugend der Gelassenheit“, der „Zuversicht auf das, was kommen wird“.

Giovanni Maio. Die Patientenverfügung als Voraussetzung für ein gutes Sterben? Neue Zürcher Zeitung (NZZ), 14.04.2008



Positive Neubewertungen und Neuorientierungen in der Beziehung zu Hochbetagten durch Angehörige

- “Mein Vater war früher ein eher gehemmter, ja verklemmter Mensch. Die Demenz hat ihn grundlegend verändert. In letzter Zeit habe ich ihn erstmals in meinem ganzen Leben gelöst und herzlich erlebt. Ich glaube tatsächlich, er hat im Moment eine der besten Zeiten seines Lebens.”
- “Meine Mutter musste immer sehr hart arbeiten, um durchzukommen. Das hat sie geprägt. Erst in den letzten Jahren im Pflegeheim hat sie ihre weiche Seite nach aussen gekehrt, und ich habe mit ihr noch eine Form der Beziehung erleben dürfen, die früher so nie möglich gewesen wäre.”



Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Bosshard



UniversitätsSpital
Zürich