

Seit über 40 Jahren erarbeitet und veröffentlicht die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) medizin-ethische Richtlinien. Diese bieten Informationen und Orientierungshilfen für den Arbeitsalltag von klinisch tätigen und forschenden Ärztinnen, Ärzten und weiteren Gesundheitsfachpersonen in Klinik und Praxis. Die Richtlinien werden regelmässig überprüft, an Erfahrungen aus der Praxis oder veränderte Wertvorstellungen angepasst oder gegebenenfalls zurückgezogen, wenn z. B. der gesetzliche Rahmen ändert. Eine Erhebung aus dem Jahr 2010 [1] hat gezeigt, dass der Bekanntheitsgrad der medizin-ethischen Richtlinien unterschiedlich ist. Ca. 20% der Befragten sind mit dem Inhalt von gewissen Richtlinien vertraut, 35% kennen einzelne Inhalte; der Rest hat noch nie von den Richtlinien gehört oder kennt deren Inhalt kaum.

Die Redaktion von Primary and Hospital Care hat es sich zur Aufgabe gemacht, in lockerer Folge den Inhalt einzelner SAMW-Richtlinien vorzustellen und mit praktischen Beispielen aus dem medizinischen Alltag zu verbinden. Konkret sollen Elemente aus den folgenden Richtlinien diskutiert werden: 1. Patientenverfügungen; 2. Zwangsmassnahmen in der Medizin; 3. Palliative Care; 4. Umgang mit Sterben und Tod; 5. Betreuung von Menschen mit Behinderung; 6. Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz; 7. Reanimationsentscheidungen; 8. Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie.

Medizin-ethische Richtlinien der SAMW

Teil 4: Umgang mit Sterben und Tod

Michelle Salathé^a, Susanne Brauer^b, Klaus Bally^c

^a Stellvertretende Generalsekretärin Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW); ^b Vizepräsidentin der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW; ^c Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel und Mitglied ZEK der SAMW

Aus der Praxis: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und kontinuierliche palliative Sedierung aus weitgehendem Wohlbefinden

Frau F. ist 75 Jahre alt und war bisher nie ernsthaft krank. Ihre Mutter erkrankte allerdings im Alter von 75 Jahren an einer Alzheimer-Demenz und starb einige Jahre später an den Folgen dieser Erkrankung. Frau F. möchte nicht alt werden und keinesfalls das Schicksal ihrer Mutter erleben, die in ihren letzten Lebensjahren auf Pflege angewiesen war. Sie betrachtet ihr Leben als abgerundet und abgeschlossen. Sie hat keine Angehörigen, auf die sie Rücksicht nehmen müsste. Angeregt durch eine Fernsehsendung und nach eingehendem Studium eines Sachbuches möchte Frau F. freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten (FVNF) und so ihren Tod herbeiführen. Um ein unerträgliches Leiden – insbesondere unter Hunger und Durst – oder möglicherweise auftretende Komplikationen wie ein Delirium am Lebensende zu vermeiden, möchte sie für die letzten Tage ihres Lebens für eine kontinuierliche palliative Sedierung in ein Hospiz eintreten. Von ihrem Hausarzt wird sie für die Entscheidung des FVNF als vollumfänglich urteilsfähig erklärt.

Was sagen die SAMW-Richtlinien dazu [2]?

Medizinische Handlungen, die den Tod eines Menschen beschleunigen, der nicht am Lebensende steht,

werden kontrovers diskutiert. Dies trifft nicht nur auf die Suizidhilfe zu, sondern auch auf den in jüngster Zeit zunehmend als Alternative zum Suizid ins Gespräch gebrachte FVNF. Die medizin-ethischen Richtlinien zum «Umgang mit Sterben und Tod» weisen darauf hin, dass beim FVNF eine differenzierte Betrachtung notwendig ist: Je nach Situation und Wünschen des Menschen, der diesen Weg gehen will, kann die Unterstützung für das Vorhaben, den eigenen Tod herbeizuführen, a) eine allgemein akzeptierte Handlung im Rahmen der Betreuung von Sterbenden, b) eine kontrovers diskutierte oder auch c) eine nicht zulässige Handlung sein.

Den Entscheid, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, treffen in der Regel Patientinnen und Patienten mit einem erheblichen Leidensdruck aufgrund einer schweren oder fortgeschrittenen Erkrankung. Ist eine Ärztin bereit, eine Patientin in diesem Prozess zu unterstützen, vermitteln die Richtlinien Orientierung. Übernimmt eine Ärztin eine solche Begleitaufgabe, ist die Vorausplanung mit der Patientin, im Einverständnis der Patientin nach Möglichkeit auch mit den Angehörigen und im Betreuungsteam unerlässlich, damit alle Beteiligten Handlungssicherheit haben. Es muss frühzeitig besprochen und idealerweise in einer Patientenverfügung festgehalten werden, wie mit Hunger und Durst sowie mit allfälligen weiteren Begleitsymptomen wie Schmerz, Übelkeit oder Angst umgegangen werden soll. In diesem Rahmen wird man der Patientin auch mitteilen, dass es nicht statthaft ist, ihr im Zu-



stand der Urteilsunfähigkeit, falls sie Ausdruck von Hunger- und Durstgefühlen zeigen sollte, Nahrung und Flüssigkeit vollständig vorzuenthalten.

Eine phasenweise oder kontinuierliche palliative Sedierung bei einem FVNF ausschliesslich zur Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühlen ist gemäss SAMW-Richtlinien nicht zulässig. Eine kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Eintritt des Todes ist nur dann ethisch vertretbar, wenn es darum geht, beim Sterbenden belastende Symptome zu lindern. Bei einer kontinuierlichen tiefen Sedierung besteht ganz grundsätzlich eine Missbrauchsgefahr im Sinne einer beabsichtigten Herbeiführung des Todes. Deshalb weisen die Richtlinien darauf hin, dass diese immer unter kontrollierten Bedingungen, gestützt auf fachliche Standards und mit entsprechender Protokollierung eingesetzt werden soll. Beim Entscheid, ob eine Sedierung durchgeführt wird oder nicht, müssen folgende Punkte protokolliert werden:

- Ist das Leiden für die Patientin unerträglich?
- Entspricht die Sedierung den Vorstellungen/Wünschen der Patientin?
- Ist die Symptomatik therapierefraktär?
- Welche Lösungsansätze sind bis jetzt angewandt worden?
- Wurden alternative Therapieoptionen eingesetzt? Falls nein, warum nicht?

Interpretation der Richtlinien für die Situation von Frau F.

Die Richtlinien beziehen sich nicht auf die Situation eines weitgehend gesunden Menschen, der nicht alt und/oder abhängig werden möchte und sich darum den Tod herbeiwünscht. Für diese Situationen werden heute die Begriffe «Lebensüberdross» aber auch «Lebenssattheit» verwendet. Auch wenn gesamtgesellschaftlich der Ruf nach «selbstbestimmtem Sterben» immer lauter wird, rechtfertigen die Ausführungen in den Richtlinien eine Unterstützung und Begleitung von Frau F. nicht. Die Betreuung in einem Hospiz und insbesondere die Anwendung einer kontinuierlichen tiefen Sedierung zur Linderung von belastenden Symptomen von Hunger und Durst oder eines Deliriums sind nicht vertretbar, weil das Leiden unter Hunger und Durst nicht Folge einer ernsten Erkrankung ist, sondern von der Patientin willentlich herbeigeführt würde. Ein Hospiz hat den Auftrag, schwer kranke Menschen in ihren letzten Lebenswochen und -tagen zu begleiten und keinesfalls gesunden Menschen zu einem selbst herbeigeführten erträglicheren Tod zu verhelfen. Aus diesen Gründen müsste eine Begleitung von Frau F. in einem Hospiz auch aus institutionellen und sozialetischen Gründen abgelehnt werden. Wichtig wäre es jedoch, mit Frau F. Gespräche über ihre

Sterbewünsche zu führen, ihre Ängste ernst zu nehmen, deren Ursachen zu ergründen und mit ihr über geeignete Massnahmen bzw. Mobilisierung persönlicher und sozialer Ressourcen zu sprechen, um Frau F. wieder mehr Lebensfreude zu ermöglichen.

Schlussfolgerungen

Im Gegensatz zum assistierten Suizid ist die Patientin beim FVNF [3] nicht auf eine ärztliche Assistenz zur Herbeiführung des Todes angewiesen; der Sterbeprozess erstreckt sich über einen längeren Zeitraum; auch besteht für die Patientin beim FVNF die Möglichkeit, jederzeit ihre Absicht zu ändern und wieder Nahrung sowie Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Menschen, die im Rahmen eines FVNF aus dem Leben scheiden möchten, müssen darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie auf eine professionelle palliativmedizinische Begleitung angewiesen sind.

Ob eine solche Begleitung angeboten werden kann, hängt vom Gesundheitszustand, den Motiven der Patientin und der Haltung der Gesundheitsfachpersonen ab. Bei vorgängig Gesunden, die infolge Lebensüber-

druss einen FVNF durchführen möchten, zugleich aber fürchten, unter den Symptomen des FVNF zu leiden, besteht keine Indikation für eine palliative Sedierung. Allein durch die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit können Durst- und Hungergefühle gelindert werden, ohne dass eine Sedierung erforderlich ist. Bei Patient/-innen am Lebensende, die unerträglich unter refraktären Symptomen leiden und deshalb den Sterbeprozess mit FVNF beschleunigen möchten, kann zu einer solchen Begleitung auch eine palliative Sedierung gehören.

Bildnachweis

ID 104759919 © Zhasminaivanova | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Pfister E. Die Rezeption und Implementierung der SAMW-Richtlinien im medizinischen und pflegerischen Alltag. Schweizerische Ärztezeitung 2010;91:13/14.
- 2 Umgang mit Sterben und Tod. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW 2018.
- 3 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Hrsg. von Steffen Eychmüller und Hermann Amstad. Folia Bioethica 2015; 39.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Klaus Bally
Universitäres Zentrum
für Hausarztmedizin
beider Basel
Mitglied ZEK der SAMW
Rheinstrasse 26
CH-4410 Liestal
klaus.bally[at]unibas.ch

CIRS-Flash Nr. 9: Subduralhämatom verpasst

Eine gut 70-jährige Patientin leidet an Hypertonie und Hypercholesterinämie. Sie wird mit Candesartan/HCT und Rosuvastatin behandelt. Sie stürzt beim Spaziergang und prellt sich den Hinterkopf. In der Folge Kopfschmerzen und Sehstörung. Letztere wird auf eine Amotio retinae zurückgeführt. Für Ersteres wird eine Angio-MRI-Untersuchung des Kopfes durchgeführt, die zwölf Tage nach dem Unfall stattfindet. Diese zeigt etwas erweiterte Liquorräume biparietal, ansonsten keine posttraumatischen Veränderungen.

Drei Monate nach dem Unfall berichtet die Patientin über fortgesetzte Kopfschmerzen, Gangstörung und eine Schwäche der linken Körperhälfte. In der notfallmässigen CT findet sich ein ausgedehntes Subduralhämatom (SDH) rechts, das trepaniert wird. Der Patientin geht es danach gut.

Die Moral der Geschichte: Dran denken, dass eine MRI-Untersuchung das SDH (welches explizit erfragt wurde) verpassen kann.

Kommentar

Bei älteren Patientinnen und Patienten, die stürzen und in den folgenden Tagen bis Wochen Kopfschmerzen haben plus ein x-beliebiges Problem im Kopfbereich oder neurologische Ausfälle sollten wir auch im späteren im Verlauf immer an ein SDH

denken und die entsprechende Bildgebung (wie hier gemacht) nochmals durchführen. Bravo!

Selbst bei obduzierten aussergewöhnlichen Todesfällen zeigt sich im Nachhinein gelegentlich ein ausgedehntes Subduralhämatom als Todesursache.

Replik der Autorin/des Autors

Habe die MRI-Bilder mit einem befreundeten Radiologen besprochen. Das MRI zeigte bereits damals erweiterte Subarachnoidalräume beidseits. Diese entsprechen einem posttraumatischen Hygrom. Diese Hygrome können auch spontan auftreten und gegebenenfalls einbluten, was später offenbar passiert ist, somit waren die Bilder eigentlich *pathologisch*. Es kam nicht zu einer Verschiebung der Mittellinie, weil die Veränderung beidseits vorhanden war. Richtige Beurteilung wäre gewesen: «Weitung der subarachnoidalen Räume beidseits im Sinne von Hygromen. Engmaschige klinische Nachkontrolle indiziert!». Für Ihren nächsten Fall: www.forum-hausarztmedizin.ch. Herzlichen Dank!

Das CIRS Team

Esther Henzi, Markus Gnädinger



Korrespondenz:
Dr. med. Markus Gnädinger
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin
Birkenweg 8
CH-9323 Steinach
markus.gnaedinger[at]
hin.ch