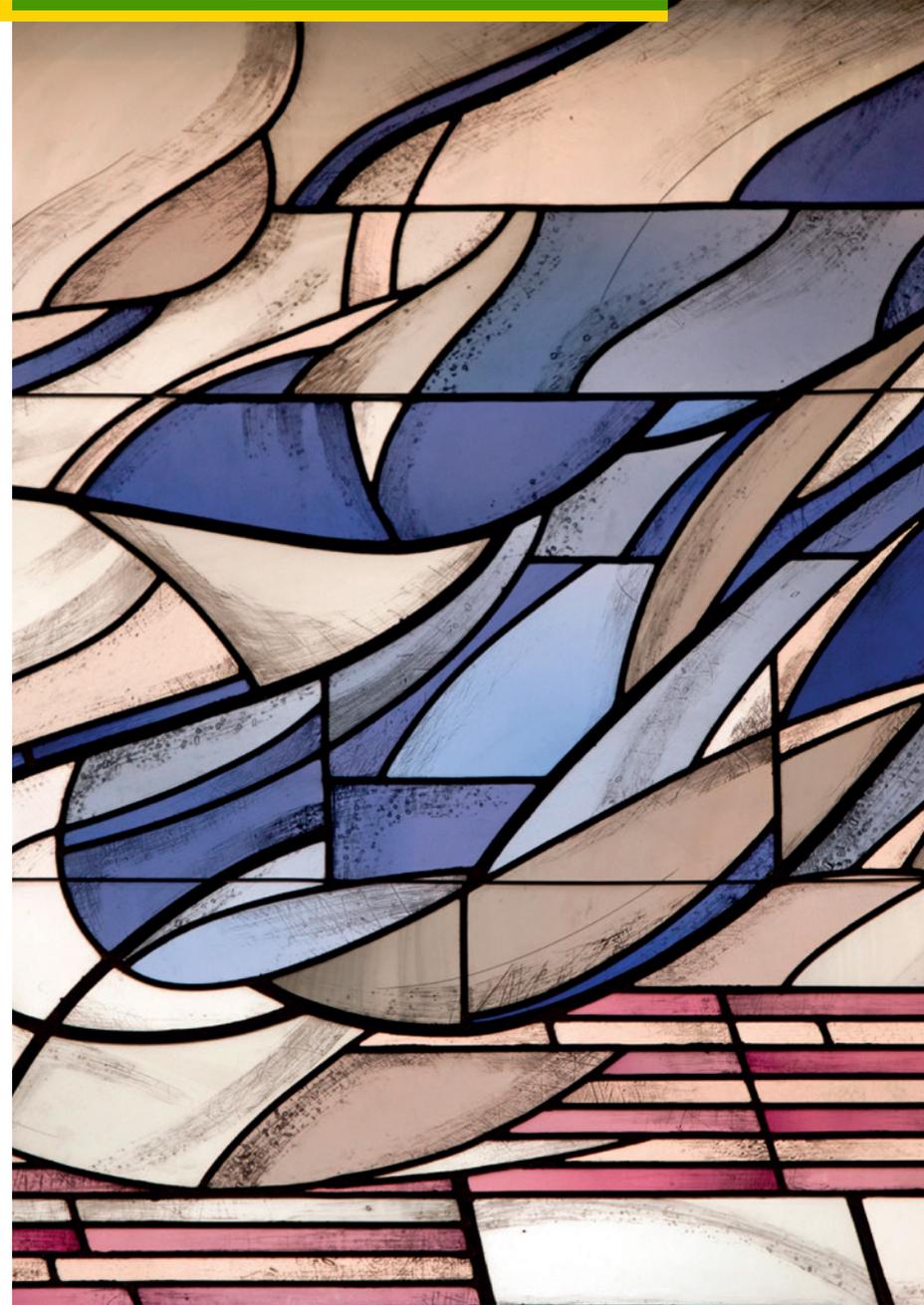


UMGANG MIT MENSCHEN IN DER LETZTEN LEBENSSTADIUM



St. Franziskus-Stiftung Münster

St. Mauritz-Freiheit 46, 48145 Münster
Tel: 0251 27079-0 | Fax: 0251 27079-69

info@st-franziskus-stiftung.de
www.st-franziskus-stiftung.de

Auszüge aus dem Leitbild der St. Franziskus-Stiftung Münster

(25) Wir informieren jeden Patienten ausführlich und verständlich. Wir nehmen uns Zeit, um die Diagnose und das Therapie- und Pflegekonzept mit ihm zu besprechen. Unsere Erläuterungen sind anschaulich, das Gespräch verläuft vertraulich. Ängste und Befürchtungen des Patienten nehmen wir ernst. Zu einer umfassenden Aufklärung, wie wir sie verstehen, gehört es auch, Auswege aufzuzeigen, Trost zu spenden und Hoffnung zu geben, vor allem im Anschluss an eine kritische Mitteilung. Die Gesamtverantwortung für die Behandlung der Patienten trägt immer der zuständige Arzt.

(26) Der Patient entscheidet über unsere Vorschläge zu Diagnostik, Therapie und Pflege. Dabei helfen wir ihm durch Information und Beratung. Wir haben Geduld, zeigen nötigenfalls aber auch Grenzen auf. Wir akzeptieren die Entscheidung des Patienten – bzw. seines Vertreters – auch dann, wenn sie sich gegen eine vorgeschlagene Behandlung richtet. Bei einem entscheidungsunfähigen Patienten orientieren wir uns an seinem mutmaßlichen Willen.

I. Vorwort	5
II. Das christliche Menschenbild	6
III. Medizinethische Aspekte im Umgang mit kranken Menschen in der letzten Lebensphase	7
1. Zur Differenzierung des Begriffes „letzte Lebensphase“	7
2. Ethische Prinzipien, die auch in der letzten Lebensphase zum Tragen kommen sollten	7
IV. Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden und Verstorbenen	10
1. Aktive Sterbehilfe	10
2. Assistierte Suizid	11
3. Indirekte Sterbehilfe	11
4. Passive Sterbehilfe.....	11
5. Umgang mit Toten	12
6. Position der St. Franziskus-Stiftung Münster.....	12
V. Der einwilligungsfähige und der einwilligungsunfähige Patient ...	13
1. Der einwilligungsfähige Patient	13
2. Der einwilligungsunfähige Patient.....	13
a) Patientenverfügung	13
b) Bevollmächtigte und Betreuer	14
c) Das Votum der Angehörigen oder nahe stehender Bezugspersonen	14
d) Hirntod und Organspende.....	14
VI. Die umfassende Betreuung eines Kranken in der letzten Lebensphase 16	
1. Basisbetreuung	16
2. Ärztliche Betreuung	17
3. Pflegerische Betreuung	17
4. Seelsorgliche Betreuung	18
VII. Umgang mit Konfliktsituationen	19
1. Klinisches Ethik-Komitee (KEK)	19
2. Ethische Fallbesprechung.....	19
3. Ethikrat	19
VIII. Fazit	21
IX. Literatur	22

I. Vorwort

Die Sorge um die kranken Menschen endet nicht an den Grenzen des medizinischen Handelns, sondern sie ist uns insbesondere auch dann aufgegeben, wenn das Fortschreiten einer Krankheit an das Ende des Lebens führt.

Die folgenden Ausführungen haben zum Ziel, die Grundeinstellung der St. Franziskus-Stiftung Münster im Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase darzulegen. Auf der Wertegrundlage des christlichen Glaubens werden die vielfältigen, zum Teil recht unterschiedlichen Begriffe eingeordnet, die auch von außen über verschiedene gesellschaftliche Institutionen (z.B. Nationaler Ethikrat, Ärztekammern, Gesetzgeber) eingebracht werden. Jeder Mitarbeiter der Stiftung ist aufgerufen, sich in die konkreten Situationen des Klinikalltages einzubringen und auf gleicher sprachlicher Basis die auftretenden Konflikte medizinisch/pflegerischer, ethischer und religiöser Art wahrzunehmen und zu bearbeiten.

Diese Handreichung soll einen Orientierungsrahmen bilden für den Umgang mit Patienten, die an ihrem Lebensende stehen. Sie sind als Hilfe für die zu treffenden Entscheidungen gedacht, um eine größere Sicherheit für das konkrete Handeln zu gewinnen. Die hier vorgelegten Orientierungen basieren auf den Aussagen des Leitbildes der St. Franziskus-Stiftung Münster.

Der Umgang mit Kindern in der letzten Lebensphase ist ein komplexes Problem, das einer gesonderten Bearbeitung bedürfte. Aus diesem Grund wird im Rahmen der vorliegenden Arbeitshilfe auf dieses Thema nicht eingegangen.

Wir danken allen, die an der Erstellung und Überarbeitung dieser Leitlinie mitgearbeitet haben. Insbesondere gilt der Dank all jenen, die in ihrem alltäglichen Handeln die hier behandelten Themen und Anliegen in den Einrichtungen und Gremien der Franziskus Stiftung engagiert und sorgsam umsetzen.

Umschlagbild:
„Bruder Wind“,
Glasfenster aus dem Zyklus „Der Sonnengesang“,
Kapelle des St. Franziskus-Hospitals Münster
Foto: Friederike Lohmeier

Dr. rer. pol. Klaus Goedereis
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Daisy Hünefeld
Vorstand

Dr. rer. pol. Nils Brüggemann
Vorstand

II. Das Christliche Menschenbild

Jeder Mensch ist ein Geschöpf Gottes, von ihm seit Urbeginn bejaht und angenommen. Sein irdisches Leben beginnt mit der Zeugung und vollendet sich über den Tod hinaus in Gott. Er steht von Anfang an in der Sorge Gottes. Ohne solche Anerkennung der Würde und des Lebensrechtes eines jeden Menschen wäre kein angemessenes Zusammenleben möglich.

Der christliche Glaube stellt Sterben, Tod und Auferstehung Jesu in den Mittelpunkt und nimmt dem Tod seinen Schrecken. Der Tod ist nicht das Ende des Menschen. Im Glauben zu sterben heißt, sich mitsamt seinem Leben ganz und uneingeschränkt an Gott zu übergeben. Es ist nur das Abschiednehmen von der irdischen Geschichte.

Seit dem Mittelalter betont die Kirche den Zusammenhang zwischen der „*Kunst des Lebens – Ars vivendi*“ und der „*Kunst des Sterbens – Ars moriendi*“. Wer versöhnt mit dem Leben ist, der wird auch versöhnt sterben können.

Der heilige Franziskus begrüßt den Tod als Bruder, wenn er singt: „*Gelobt seist Du mein Herr für unseren Bruder, den leiblichen Tod*“. Der Tod ist für ihn eine Neugeburt und Sterben die Geburtswehen der kommenden Herrlichkeit. Nur im Ausblick auf das Leben in der zukünftigen Welt ist zu verstehen, dass Franziskus sein Sterben „gefeiert“ hat und nicht erduldet oder erlitten. Damit spricht er die österliche Wirklichkeit an, die den Tod besiegt hat.

Die Sorge für die Kranken versteht die Kirche als ihren ureigenen Auftrag. Dabei misst sie der letzten Lebensphase als einer Zeit, in der eine besondere Reifung für das kommende Leben möglich ist, eine besondere Bedeutung bei.

Die Ethik der Christen ist die der „*liebvollen Sorge*“, des „*sorgenden Annehmens*“ im Dienste der grenzenlosen Liebe Gottes zu den leidenden Menschen.

III. Medizinethische Aspekte im Umgang mit kranken Menschen in der letzten Lebensphase

1. Zur Differenzierung des Begriffes „letzte Lebensphase“

Die letzte Phase des menschlichen Lebens wird inzwischen durchgehend als ein eigenständiger Abschnitt mit vielen Besonderheiten und unterschiedlichen Erscheinungen respektiert und wahrgenommen. Betroffen sind Menschen,

- a) die sich erkennbar in der Terminal- bzw. Sterbephase (die letzten Stunden, die letzten Tage) befinden und der Sterbeprozess unumkehrbar ist,
- b) die an einer irreversibel zum Tode führenden Krankheit leiden, wobei der Todeszeitpunkt in naher Zukunft liegt (z.B. infauste Prognose bei Tumorleiden),
- c) bei deren schwerwiegender Krankheit der Todeszeitpunkt – unter der Bedingung umfassender professioneller Hilfe des Umfeldes – in naher Zukunft nicht abzusehen ist (z.B. fortschreitend irreversible Demenz unterschiedlicher Ätiologie, irreversibles Wachkoma).

2. Ethische Prinzipien, die auch in letzten Lebensphase zum Tragen kommen sollten

Unter Prinzipien werden im Gegensatz zu ethischen Urteilen und Regeln grundlegende übergreifende Handlungsleitlinien verstanden. In der Medizinethik haben sich in einer langen abendländischen Kultur folgende Prinzipien entwickelt: die Anerkennung der Patientenautonomie, das Nichtschadenwollen, die Fürsorge und die Anwendung der Gerechtigkeit. Sie werden inzwischen durchgehend anerkannt (4, Diese Zahl bezieht sich auf die Literaturangabe am Ende der Leitlinie). Der Anwendung und Umsetzung dieser Prinzipien bei Patienten gerade in der letzten Lebensphase kommt eine besondere Bedeutung zu.

a. Das Prinzip der Autonomie

Bei der Autonomie handelt es sich um ein unverlierbares Grundcharakteristikum, das jedem Menschen in jeder Situation zuerkannt wird. Diese Autonomie ist empirisch als eigenständige Kompetenz (Selbstbestimmung, Willensfreiheit,

Entscheidungsfreiheit) erfahrbar. Im Kranksein bleibt die Autonomie im christlichen Sinne als unverlierbares Grundcharakteristikum unverändert erhalten, als eigenständige Kompetenz kann sie dagegen in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung unterschiedlich eingeschränkt sein (7).

Die Umsetzung des Autonomieprinzips sollte dadurch gewährleistet werden,

- dass medizinische Maßnahmen, von Ausnahmen wie der Notfallversorgung abgesehen, grundsätzlich nur mit Einwilligung des aktuell aufgeklärten und informierten Patienten durchgeführt werden,
- dass bei einem nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten die in einer Patientenverfügung schriftlich geäußerten Wünsche bezüglich Art und Qualität der medizinischen Behandlung bewusst wahrgenommen, mit der konkreten Situation abgeglichen und diesem konkreten Fall entsprechend umgesetzt werden,
- wenn beides nicht vorhanden ist, muss die Ermittlung des mutmaßlichen Willens über eine dritte Person (Bezugsperson) erfolgen wie zum Beispiel Bevollmächtigte, Familienangehörige, Freunde oder rechtliche Betreuer
- bei fehlenden Bezugspersonen sollte nach dem Patientenwohl entschieden werden.

b. Das Prinzip des Nichtschadens

Die Anwendung des Prinzips des Nicht-Schaden-Wollens hat bei Schwerkranken und Sterbenden einen zentralen Stellenwert. Bei der Sterbebegleitung (siehe dort) wird allerdings eine Verkürzung der Lebensdauer durch die ärztlich/pflegerischen Maßnahmen in Kauf genommen, um unter Umständen schweres körperliches Leiden, wie quälende Schmerzphasen, erträglicher zu machen. Dies setzt die Einwilligung des Patienten voraus.

Bei der Umsetzung des Nichtschadensprinzips muss in besonderen Situationen ggf. entschieden werden, ob

- Lebensrettende Sofortmaßnahmen (z.B. cardio-pulmonale Reanimation) oder
- Lebensunterstützende Maßnahmen (z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse, Nährsonden, parenterale Infusionen) eingesetzt werden sollen oder nicht. Auch diese Maßnahmen müssen dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen.

c. Das Fürsorgeprinzip

Bei der Umsetzung des Fürsorgeprinzips handelt es sich um das Helfen-Wollen zum Wohle des Patienten. Bei Schwerkranken und Sterbenden kommt die Fürsorge

zum Ausdruck durch:

- eine menschenwürdige Unterbringung in den Krankenhäusern
- die Gewährleistung einer sog. Basisbetreuung
- die Anwendung spez. palliativmedizinischer Maßnahmen
- das Einbeziehen der Betreuer, Bevollmächtigten und Angehörigen als Überbringer des Patientenwillens, sofern diese dazu bevollmächtigt sind. Zur Vermeidung von Missverständnissen und Unklarheiten sollten Gespräche geführt werden, damit das ärztlich/pflegerische Handeln im Sinne des Patienten oder dessen mutmaßlichen Willen erfolgen kann.

d. Gerechtigkeitsprinzip

Das Prinzip der Gerechtigkeit im Krankenhaus wird üblicherweise dadurch umgesetzt, dass alle erkrankten Patienten entsprechend der Dringlichkeit und der Schwere Ihrer Erkrankung mit gleicher Effizienz diagnostiziert und therapiert werden.

Bei schwerkranken und sterbenden Patienten kann das Gerechtigkeitsprinzip darüber hinaus nur wirksam werden, wenn die letzte Lebensphase als ein Abschnitt mit eigenständigen Vorgaben und Ansprüchen anerkannt wird. Dafür ist im Einzelfall unter Umständen ein hoher personeller Aufwand und ein aufwändiger Einsatz medizinischer Hilfsmittel notwendig. Die Bereitstellung solcher notwendiger Hilfsmittel muss abgewogen werden gehört in erster Linie in den Verantwortungsbereich des Krankenhausmanagements.

IV. Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden und Verstorbenen

Die St. Franziskus-Stiftung Münster erwartet von Ärzten, Pflegenden und allen weiteren Mitarbeitern, die mit Schwerkranken, Sterbenden und Verstorbenen umgehen, dass sie im Sinne der vorliegenden Gesetzeslage handeln. Gerade beim Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase kann es zu Situationen kommen, in denen die Therapien mit dem Patienten (wenn möglich), dem Betreuer, dem Bevollmächtigten und den Angehörigen differenziert und einfühlsam zu abwägen sind. Darüber hinaus sind aber auch bestimmte sich aus der Werteordnung der Katholischen Kirche ergebenden Positionen einzubeziehen. Im Folgenden sind die verschiedenen Situationen definiert und ihre strafrechtliche Relevanz aufgezeigt.

1. Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)

Hierbei geht es um Handlungen, durch die der Tod eines Menschen aufgrund dessen eigenen ausdrücklichen Verlangens gezielt herbeigeführt wird. Die Aktive Sterbehilfe ist unabhängig von den Motiven des Täters und unabhängig vom Willen eines Kranken verboten und strafbar (§ 216 StGB). Dabei können auch Begriffe wie Totschlag (§ 212 StGB) oder Mord (§ 211 StGB) von Bedeutung sein.

Auch der Totschlag (§212 StGB) oder der Mord (§211 StGB) können einschlägig werden. Der Totschlag setzt voraus, dass jemand einen anderen Menschen getötet hat, selbst wenn er den Tod des Opfers nicht zielgerichtet beabsichtigt, sondern billigend in Kauf genommen hat. Der Täter muss den Tod des anderen bei seiner Handlung für möglich halten. Das Wissen um die zum Tode führende Wirkung einer Verletzungshandlung ist dabei schon ausreichend. Zu hinterfragen sind in jedem Fall Fahrlässigkeit oder Vorsatz. Ein Mord setzt neben den genannten Beweggründen des Totschlags zusätzlich voraus, dass ein besonders verwerflicher Beweggrund z.B. Mordlust, Neugier, auf besonders verwerfliche Art und Weise z.B. grausam, gefühllos, unbarmherzig, oder zu einem besonders verwerflichen Zweck tötet z.B. um eine Straftat zu verdecken oder zu ermöglichen. Ein Mordmerkmal reicht für das Vorliegen eines Mordes aus.

2. Beihilfe zur Selbsttötung (Assistierter Suizid)

Hierbei geht es um die Bereitstellung von Medikamenten durch Ärzte zur Selbsttötung auf Wunsch eines unheilbar Kranken. Die Einnahme der todbringenden Mittel erfolgt durch den Patienten selbst. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland nur dann straffrei, wenn das Opfer letztlich seinen Tod selbst herbeiführt und der Suizidhelfer nicht geschäftsmäßig handelt (§ 217 StGB, Gesetz zur kommerziellen Sterbehilfe). Der Assistierte Suizid wird von der Bundesärztekammer und von verschiedenen Landesärztekammern in ihren Berufsordnungen abgelehnt. Auch innerhalb der Einrichtungen der St. Franziskus-Stiftung Münster ist die Beihilfe zu einem Assistierte Suizid – gleich welcher Art – aufgrund der bestehenden kirchlichen Werteordnung nicht zulässig.

3. Indirekte Sterbehilfe (Therapien am Lebensende)

Dabei handelt es sich um bestimmte Behandlungen in der Sterbephase. Der Tod des Patienten ist hier weder direkt noch indirekt das Ziel des ärztlichen/pflegerischen Handelns. Durch die Behandlung soll in der Sterbephase das bestehende Leiden (z.B. Schmerzen) gelindert werden. Ein vorzeitiger Tod wird im Rahmen der Gesamtsituation in Kauf genommen. Diese Form der Sterbehilfe ist nicht strafbar, wenn sie dem ausgesprochenen oder vorab niedergeschriebenen Willen des Patienten entspricht.

4. Passive Sterbehilfe (Sterben lassen)

Dabei geht es um den Verzicht auf Einleitung oder Beendigung von potentiell lebensverlängernden Maßnahmen (z.B. künstliche Beatmung) bei einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankung. Der Verzicht ist straffrei, wenn er dem ausgesprochenen oder bei Bewusstlosigkeit dem vorab niedergeschriebenen Willen des Patienten entspricht.

Gem. §323 c StGB macht sich allerdings grundsätzlich strafbar, wer bei einem Unglücksfall, der erheblichen Schaden anrichtet oder zu verursachen droht, keine Hilfe leistet, obwohl er dies hätte tun können und es zumutbar war. Dabei wird eine Straftat durch Unterlassen begangen. Zunächst muss allerdings im Einzelfall geklärt werden, ob überhaupt ein Unglücksfall im Sinne des Gesetzes vorliegt. Eine schwere Krankheit allein reicht dafür nicht aus. Anders liegt der Fall bei einer plötzlichen Verschlechterung der Krankheit bzw. des Gesundheitszustands, aber

auch bei dem Selbstmordversuch eines Menschen (BGH Urteil vom 04.07.1984, Az. 3 StR 96/84 – sog. Krefelder Urteil), bei dem der Arzt bzw. die Pflege untätig bleibt.

5. Umgang mit Toten

Auch dem Leichnam von Verstorbenen in Einrichtungen (Krankenhäusern, Hospizen, Altenheimen) der St. Franziskus-Stiftung Münster gilt ein besonderer Respekt. Mit dem Leichnam soll jederzeit achtungsvoll umgegangen werden. Den Angehörigen soll die Möglichkeit gegeben werden, sich von dem Toten in einem gesonderten Raum zu verabschieden.

6. Position der St. Franziskus Stiftung Münster

Aktive Maßnahmen, die gezielt eine Verkürzung des Lebens im Sinne der oben genannten aktiven Sterbehilfe bewirken sollen, sind auch nach Aufforderung durch den Patienten oder seiner Betreuer und Angehörigen gesetzlich nicht zulässig (5). Dazu gehört auch die Mitwirkung bei der Einleitung solcher Maßnahmen, wie die Vermittlung eines Kontaktes zu Organisationen im In- und Ausland, die aktive Sterbehilfe durchführen.

Stattdessen sind alle Möglichkeiten der Palliativmedizin auszuschöpfen, die dem Patienten ein würdiges und möglichst wenig leidvolles Sterben ermöglichen. Dazu zählen zum Beispiel Maßnahmen wie eine adäquate Schmerztherapie, das Lindern von Luftnot oder Angst, seelsorgerische Betreuung und die Schaffung eines dem Patienten angenehmen Umfeldes (2,3).

V. Der einwilligungsfähige und der einwilligungsunfähige Patient

1. Der einwilligungsfähige Patient

Medizinische Maßnahmen dürfen – von Ausnahmen wie der Notfallversorgung abgesehen – grundsätzlich nur mit Einwilligung des aktuell aufgeklärten und informierten Patienten durchgeführt werden. Nach angemessener und umfassender Aufklärung durch den Arzt entscheidet der Betroffene selbst über das weitere Vorgehen in der aktuellen Situation. Es handelt sich dabei um das grundgesetzlich verbriefte Selbstbestimmungsrecht. Die Entscheidung des Patienten ist für alle an der jeweiligen Diagnostik und Therapie beteiligten Mitarbeiter des Krankenhauses bindend, auch wenn sie sich nicht mit ihrer eigenen Einschätzung des Krankheitsgeschehens deckt – mit Ausnahme jeder Form der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizides. Ohne den Patienten zu bedrängen, sollten weitere Gespräche geführt werden mit dem Ziel, eine grundlegende Übereinstimmung (informed consent) zu erreichen. Der Arzt muss sicherstellen, dass der Patient über die Folgen seiner Entscheidung in Kenntnis gesetzt ist.

2. Der einwilligungsunfähige Patient

Ist ein Patient nicht mehr in der Lage, selbständig seinen Willen zu äußern, sind die an der Behandlung Beteiligten aufgerufen, den vorausverfügten und den mutmaßlichen Willen des Patienten in der gegebenen Situation zu eruieren, um in seinem Sinne zu entscheiden. Dazu können folgende Möglichkeiten in Anspruch genommen werden:

- a) eine **Patientenverfügung** – soweit sie angefertigt wurde und als Original einsichtig ist – ist bindend, wenn sie sich auf die konkret vorliegende Situation anwenden lässt (6, § 1901a BGB). Sie besteht in der Regel aus drei Komponenten:
- in der eigentlichen Verfügung weist der Patient den Arzt an, für den Fall, dass er einwilligungsunfähig ist, bestimmte Maßnahmen vorzunehmen oder zu unterlassen,
 - in der Vorsorgevollmacht ist zu einem Zeitpunkt einer bestehenden Einwilligungsfähigkeit für den Fall der Äußerungsunfähigkeit ein Bevollmächtigter

(vielfach ein Freund oder naher Verwandter) eingesetzt, der bezüglich der medizinischen Behandlung im Sinne des Betroffenen mitentscheidet

- in der Betreuungsverfügung unterbreitet der Verfügende einem Vormundschaftsgericht zu einem Zeitpunkt der Einwilligungsfähigkeit einen Vorschlag für die Person des Betreuers im Falle seiner Äußerungsunfähigkeit. Diese Person wird dann in der Regel vom Vormundschaftsgericht als Betreuer eingesetzt

b) Bevollmächtigte und Betreuer

Bevollmächtigte und die vom Gericht eingesetzten Betreuer vertreten verbindlich die in der Vollmacht oder Verfügung artikulierten Wünsche des Patienten. Bestehen zwischen den Auffassungen der behandelnden Ärzte und den Betreuern bzw. Bevollmächtigten (z. B. zu Fragen lebenserhaltender Maßnahmen) Dissens, kann ein Betreuungsgericht eingeschaltet werden, dessen Entscheidungen dann Gültigkeit haben (§ 1901a BGB).

c) Das Votum der Angehörigen oder nahe stehender Bezugspersonen

Mit Angehörigen oder dem Patienten nahe stehender Bezugspersonen sollte soweit wie möglich Kontakt aufgenommen werden. Diese können dann Grundhaltungen, religiöse und ethische Werte des Betroffenen darstellen und somit den behandelnden Ärzten und Pflegenden auch einen mutmaßlichen Willen vermitteln. Sie sind aber nicht berechtigt, verbindlich über das Wohl des Patienten zu entscheiden. Bestehen zwischen den ihm nahe stehenden Personen unterschiedliche Einschätzungen, ist eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht einzuholen. Ärzte müssen zuerst eine eindeutige medizinische Indikation stellen. Dabei gilt es, den therapeutischen Nutzen einer geplanten Maßnahme kritisch zu würdigen. Überwiegt der Nutzen für einen Patienten oder bestehen Zweifel über das Verhältnis von Nutzen und Schaden, dann hat der Lebenserhalt Vorrang.

d) Hirntot und Organspende

Hirntod ist definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei kann durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten werden (10).

Der Eintritt des Hirntodes ist Voraussetzung zur Organspende (11). Kommt ein

Hirntoter oder ein Patient, bei dem der Eintritt des Hirntodes unabwendbar vorauszusehen ist als Organspender in Frage, können sich vielfache Konfliktsituationen ergeben. Insbesondere müssen bei diesen Patienten intensivmedizinische Maßnahmen aufrechterhalten oder eingeleitet werden, um seine Organe bis zur Organspende zu erhalten.

Unabdingbar ist eine möglichst rasche und sorgfältige Ermittlung des Patientenwillens. Dieser kann entweder in einem Organspendeausweis hinterlegt sein oder muss durch Befragung der nächsten Angehörigen ermittelt werden. Trotz der intensivmedizinischen Maßnahmen ist auf einen würdevollen Umgang mit dem Hirntoten zu achten. Auf eine angemessene seelsorgerische Begleitung der Angehörigen und auf deren sorgfältige Information über die Besonderheiten des Hirntodes ist zu achten.

Zu beachten sind die gesetzlichen Vorgaben zur Organspende, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden.

Position der St. Franziskus-Stiftung

Die St. Franziskus-Stiftung schätzt in Übereinstimmung mit der Deutschen Bischofskonferenz (14) und dem Rat der Evangelischen Kirchen in Deutschland die Organspende nach Feststellung des Hirntodes als ethisch vertretbar ein (10).

VI. Die umfassende Betreuung eines Kranken in der letzten Lebensphase (Sterbebegleitung)

Die Betreuung eines Kranken in der Terminal- oder Sterbephase stellt inzwischen an alle Beteiligten spezielle Ansprüche. Neben der generellen Basisbetreuung wird besonders von Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern ein professionelles, einfühlsames und differenziertes Handeln gefordert, das sich an den allgemeinen Grundsätzen der palliativen Betreuung orientiert (2, 3). Eine ganzheitliche, palliative Betreuung erfordert eine symptomorientierte, individuelle Therapie und Pflege, die Berücksichtigung und Integration psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse, die Einbindung der Angehörigen und die Vernetzung stationärer und ambulanter Unterstützungsmaßnahmen. Das Ziel ist, Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, unnötiges Leiden zu verhindern und die Würde des Menschen zu erhalten.

Palliativmedizin versteht sich als eine aktive Lebenshilfe, bejaht das Leben und das Sterben als einen menschlichen Prozess. In der palliativen Versorgung geht es nicht darum, das Leben um jeden Preis zu verlängern, sondern ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Es kommt in der palliativen Versorgung nicht darauf an den zeitliche Ablauf des Sterbens zu beeinflussen, sondern die Art und Weise. Dazu zählen auch die Trauer und die Trauerbegleitung der Angehörigen. Wesentlich Voraussetzung dafür ist die funktionierende Zusammenarbeit der verschiedenen betreuenden Berufsgruppen: Ärzte, Pflegende, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und andere (13).

1. Basisbetreuung

Unter dem Begriff der Basisbetreuung/Basisversorgung wird die Sicherstellung der grundlegenden Bedürfnisse des Sterbenden unabhängig von der Art der Erkrankung verstanden. Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer 2011 gehören dazu u. a. eine angemessene Unterbringung, die dem Ruhebedürfnis des Sterbenden Rechnung trägt (z. B. Einzelzimmer mit der Möglichkeit der Unterbringung von Angehörigen), Zuwendung, Körperpflege, das Stillen von Hunger und

Durst sowie das Lindern von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen (2).

Auch wenn jede Berufsgruppe inhaltlich für bestimmte Schwerpunkte steht, bedarf die Umsetzung der Basisbetreuung der Vernetzung des pflegerischen und ärztlichen Handelns und der Erstellung berufsgruppenübergreifender Handlungskonzepte, um eine an die Bedürfnisse des Sterbenden angepasste Vorgehensweise sicherzustellen.

Insbesondere die Zuwendung und Unterstützung sollten alle an der Betreuung Beteiligten als eigentliche Basis und Bestandteil ihres Handelns ansehen.

2. Ärztliche Betreuung

Der Arzt behält stets die Verantwortung für die medizinische Behandlung. Falls eine Prognose infaust ist und damit eine limitierende Dimension des Lebens darstellt bei fehlender Aussicht auf Besserung, sollte eine kurative Behandlung beendet werden. Diese Beendigung der bis dahin angebotenen kurativen Behandlung bedeutet nicht das Therapieende, sondern ausschließlich eine Änderung des Behandlungsziels in Richtung einer palliativen Betreuung (Leiden lindern, Sterbenden bis zum Tode beistehen) (2).

Die Änderung der Zielsetzung darf nicht mit einem Interessenverlust an dem Kranken einhergehen, sondern erfordert im Rahmen einer differenzierten ärztlichen Sterbebegleitung eine besondere Zuwendung und vielfach das Verlassen gewohnter therapeutischer Wege. Dazu gehören z. B. eine problemorientierte Symptomkontrolle, das Vermeiden unnötiger medizinischer Maßnahmen, die Reduktion oder das Absetzen verzichtbarer Medikamente (7). Maßnahmen, um Schmerzen zu lindern, stehen im Vordergrund. Auch gilt es zu beurteilen, ob bestimmte Behandlungsmaßnahmen vielleicht nur leidens- oder lebensverlängernd wirksam sind.

3. Pflegerische Betreuung

Durch die hohe zeitliche Präsenz am Krankenbett und die Nähe zum Patienten kommt den Pflegenden ein besonderer Anteil an der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu. Gerade in dieser Situation verstehen sie sich besonders als Anwalt ihrer Patienten und übernehmen in der Abstimmung der unterschiedlichen Berufsgruppen den Part des Koordinators, um zusätzlichen Belastungen

vorzubeugen und das Vorgehen aller Beteiligten an den Bedürfnissen des Patienten auszurichten.

Die Zuwendung zum Patienten in Verbindung mit fachlicher Kompetenz und beruflicher Erfahrung lässt sie auch geringe Veränderungen wahrnehmen und die Bedürfnisse und Wünsche des Sterbenden erkennen, oft auch dann, wenn er diese nur noch eingeschränkt vermitteln kann. Pflege in der letzten Lebensphase ist ein Unterstützungsangebot, um den Patienten zu helfen, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben und eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen (12).

4. Seelsorgliche Betreuung

Oft stellen sich gerade in der letzten Lebensphase grundlegende Fragen, etwa nach dem Sinn des Lebens und nach dem Eingebundensein in eine größere Welt, mit besonderer Dringlichkeit.

Dabei kann die Begleitung durch einen Seelsorger für den Kranken, sowie für seine Angehörigen und Freunde von großer Bedeutung sein. Der Seelsorger geht ein auf die Fragen, die sich die Beteiligten stellen und sucht gemeinsam mit ihnen nach Antworten, die sich aus dem jeweiligen Lebenskontext ergeben. Dadurch können Ängste, Zweifel und Unruhe aufgefangen werden. Der Seelsorger betet auf Wunsch mit den Patienten und für ihn.

Es sollen dem Schwerkranken die Sakramente ihrer jeweiligen Kirche angeboten werden. Das sind für katholische Kirchenmitglieder die Spende Krankensalbung, evtl. verbunden mit der Beichte und der Eucharistie. Evangelischen Kirchengliedern steht die Feier des Abendmahles zur Verfügung. Auch Patienten anderer Religionen oder Religionslosen werden entsprechend ihrer spirituellen und kulturellen Bedürfnisse betreut.

In allen Krankenhäusern der St. Franziskus-Stiftung ist sichergestellt, dass Seelsorger zeitnah zu erreichen sind.

VII. Umgang mit Konfliktsituationen

Während der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden kann es immer wieder zu ethischen Konfliktsituationen kommen, die besonders Ärzte und Pflegenden betreffen. In allen Krankenhäusern der Stiftung wurden inzwischen Gremien wie ein Klinisches Ethik-Komitee oder die Methode der Ethischen Fallbesprechung etabliert, mit deren Hilfe die Lösung derartiger Konfliktsituationen erleichtert werden kann.

1. Klinisches Ethik-Komitee (KEK)

Das KEK ist ein interdisziplinäres vom Direktorium eingesetztes Beratungsgremium. Seine Aufgabe besteht darin, die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen zu ermöglichen, Weiterbildungen zu ethischen Themen anzubieten, ethische Leitlinien zu erstellen und bei Bedarf das Direktorium zu beraten.

2. Ethische Fallbesprechung

Die Ethische Fallbesprechung ist das systematische Vorgehen, im Rahmen eines strukturierten von einem Moderator geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu ethisch am besten begründbaren Entscheidungen in einzelnen konkreten Fällen zu gelangen (13). Die Ethische Fallbesprechung dient nicht dazu, über die medizinische Behandlung zu urteilen oder bestehende Verantwortlichkeiten aufzuheben. Die ärztliche Therapie-Verantwortung bleibt jederzeit bestehen. Die Ethische Fallbesprechung erfolgt in der Regel vor Ort, das heißt im näheren Umfeld der Station. Durch den Diskurs gelingt es in der Regel, die eigentlich ethische Problematik zu verdeutlichen und zu präzisieren.

3. Ethikrat

Der Ethikrat ist eine Einrichtung an der St. Franziskus-Stiftung Münster. Er ist ein interdisziplinär besetztes Beratungsgremium, dessen Mitglieder von den Direktoren der einzelnen Krankenhäuser entsandt werden und das zu ethischen Fragen der Krankenversorgung innerhalb der Stiftung Stellung nimmt und die Gremien der Stiftung berät.

Der Ethikrat versteht sich als Plattform für die Auseinandersetzung sowohl mit

grundsätzlichen als auch konkreten Fragen innerhalb der Stiftung. Die Themen werden von den Mitgliedern des Ethikrats eingebracht. Die Ergebnisse der Beratung haben im Regelfall empfehlenden Charakter. Die Methodik der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen hat diskursiven Charakter.

VIII. Fazit

In Zukunft können sich möglicherweise Veränderungen in der Nomenklatur ergeben. Auf mögliche Veränderungen gesetzlicher oder anderweitiger Art wird zeitnah mit einer Anpassung des Dokuments reagiert. Im Rahmen dieser Leitlinie soll die gesamte Thematik bruchlos in das Leitbild der St. Franziskus-Stiftung Münster eingesetzt und der christliche Hintergrund für unser Handeln verdeutlicht werden.

In einigen Bereichen sind die Handlungsempfehlungen bewusst allgemein gehalten, denn viele Entscheidungen können nur vor Ort und in der konkreten Situation nach diskursiver Beratung in den dafür vorgesehenen Gremien und letztlich nach der eigenen Gewissensentscheidungen vollzogen werden. Diese kann und soll dem behandelnden Arzt und den Pflegenden nicht abgenommen werden kann.

IX. Literatur

1. „In guten Händen“, Leitbild der Hospitalgesellschaften der Franziskanerinnen Münster-St. Mauritz, 1996.
2. Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch. Ärztebl. (2011) 108, A 356 –348.
3. Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006.
4. Beauchamp T. L. Childress, J.F., Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2001.
5. Strafgesetzbuch (StGB), Besonderer Teil 1998.
6. Nationaler Ethikrat, Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung, Berlin 2005.
7. Gahl, K., Gedanken zur Ärztlichen Sterbebegleitung, Medizinische Klinik 96/2001; 491 – 496.
8. Ethik-Komitee im Krankenhaus, hrsg. v. Katholischer/Evangelischer Krankenhausverband Deutschlands, 1997.
9. Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, hrsg. von Urban Wiesing, Reclam 2004.
10. Deutsche Bischofskonferenz/Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, Organstransplantationen; Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland.
11. Richtlinie der Bundesärztekammer gemäß § 16 Abs.1 für die Regeln zur Feststellung des Todes und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Vierte Fortschreibung 2015
12. Plenter, Ch., Darfst du so sterben wie ich das will?, Pflegezeitschrift 2002/3, 2-6.
13. Steinkamp, N., Gordijn, B., Ethik zwischen Leitbild und Stationsalltag. Das Zweilagenmodell der Ethik in der Klinik, Zeitschrift Medizin Ethik 49. Jg. 2003, 65 – 77.
14. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Hirntod und Organspende. Bonn 2015. Link: http://www.dbk-shop.de/media/files_public/fwmsuermds/DBK_1241.pdf