

Medizin-ethische Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

Mediengespräch

Mittwoch, 6. Juni 2018, Haus der Akademien, Bern

Agenda

Begrüssung

Daniel Scheidegger, Präsident SAMW

Revidierte Richtlinien: Hintergründe und wesentliche Neuerungen

Prof. Christian Kind,

Leiter der für die Richtlinien verantwortlichen Subkommission

Moderierte Fragerunde

Einzelinterviews/O-Töne

 **Prof. Christian Kind**
Leiter der verantwortlichen Subkommission

Resultat der Vernehmlassung der Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

118 Stellungnahmen von Verbänden, Institutionen, Behörden und Einzelpersonen.

Drei Viertel **zustimmende** Stellungnahmen;
bei Organisationen der Gesundheitsversorgung über 80%

22% mit Ablehnung der Suizidhilferegelung;
häufiger als zu liberal empfunden, vereinzelt auch als zu restriktiv.

Änderungen aufgrund der Vernehmlassung

Stärkeres Eingehen auf Kinder und Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung, sowie Notfallsituationen.

Ethische Begründung für die Regelung der Suizidhilfe.

Geschlechtsbezeichnungen abschnittsweise alternierend.

Verschiedene kleine Klärungen und Verbesserungen.

Ziele der neuen Richtlinien

Gespräch über Sterben und Tod fördern.

Umgang mit Sterbewünschen erleichtern.

Gemeinsame Entscheidungsfindung und Vorausplanung der Behandlung fördern.

Klare Leitplanken für medizinische Handlungen, die den Eintritt des Todes beschleunigen.

Geschützten Raum geben für medizinische Fachpersonen mit unterschiedlichen Überzeugungen bei kontrovers diskutierten Handlungen.

Förderung der Unterstützung der Angehörigen.

Suizidhilfe

Zulässig, wenn der Arzt persönlich überzeugt ist, dass er zum Wohl seines Patienten handelt, und wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Urteilsfähigkeit sorgfältig abgeklärt, bei Zuständen, die diese häufig beeinträchtigen, durch zuständigen Facharzt
- Wunsch wohlervogen, ohne äusseren Druck und dauerhaft
- Oben genannte Voraussetzungen durch Drittperson überprüft
- Krankheitssymptome und/oder funktionelle Einschränkungen führen zu unerträglichem Leiden
- Andere Optionen (medizinisch und nichtmedizinisch) erfolglos oder als unzumutbar abgelehnt
- Wunsch des Patienten aufgrund Vorgeschichte und wiederholter Gespräche für den Arzt nachvollziehbar.

Kritik an der Suizidhilferegulung

Unerträgliches Leiden als Kriterium wird von zwei Seiten kritisiert, weil subjektiv:

Vertreter einer restriktiveren Lösung wünschen stattdessen **tödliche Krankheit**.

Vertreter einer liberaleren, streng am Strafgesetzbuch orientierten Lösung lehnen jegliches materielle Kriterium ab, es genüge der **selbstbestimmte Wunsch**.

Warum nicht «Tödliche Krankheit»?

Die Abgrenzung ist sehr schwierig.

Grund für den Sterbewunsch ist nicht eine medizinische Diagnose, sondern das daraus resultierende Leiden. Dieses ist bei gleichem objektivem Zustand individuell sehr unterschiedlich.

Die Erfüllung von objektiven Kriterien wirft automatisch die Frage nach Suizidhilfe auf.

Zumutung einer unerwünschten Wahl.

Gefahr der Ausweitung auf urteilsunfähige Personen.

Warum genügt der selbstbestimmte Wunsch allein nicht?

Ethische Spannung in der ärztlichen Verpflichtung:
Unterstützung der Selbstbestimmung vs. Lebensschutz.

Suizidhilfe darf nicht reine Dienstleistung sein. Arzt muss sich ethisch engagieren, überzeugt sein, dass er zum Wohl des Patienten handelt.

Unerträgliches Leiden lässt sich nicht objektivieren, aber in einer empathischen Arzt-Patienten-Beziehung nachvollziehen.

Damit dies möglich ist, muss eine solche Beziehung existieren, in der erfahrbar wurde, dass der Patient an seinen Krankheitssymptomen und/oder Funktionseinschränkungen unerträglich leidet.

Was bedeuten die neuen Richtlinien für den einzelnen Arzt?

Wenn er Suizidhilfe für sich grundsätzlich ablehnt, soll er dies dem Patienten mitteilen, sobald dieser sein Verlangen anspricht.

Wenn er im Einzelfall das unerträgliche Leiden nicht nachvollziehen kann, soll er dies dem Patienten mitteilen und keine Suizidhilfe leisten.

Wenn er persönlich überzeugt ist zum Wohl des Patienten zu handeln und sich vergewissert hat, dass alle Bedingungen erfüllt sind, ist die Suizidhilfe gemäss Richtlinien zulässig.

Fazit: Mehr Sicherheit für Ärzte, die zur Suizidhilfe bereit sind.
Keine Änderung für Ärzte, die Suizidhilfe ablehnen.

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

In der Sterbephase meist unproblematisch.

Bei Demenz sind andere Ursachen auszuschliessen.

Vor Beginn der Sterbephase sorgfältige Klärung des Vorgehens notwendig.
Begleitung kann von Medizinalpersonen nicht verlangt werden.

Sedierung zur Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühlen ist nicht zulässig.

Patienten, die nach Trinken und Essen verlangen, darf dies trotz anderslautender Patientenverfügung nicht verweigert werden.

Palliative Sedierung

Für nicht anders behandelbare Symptome.

So intensiv und so lange wie nötig, aber nicht mehr.

Für nichtsomatisches Leiden nur vorübergehend (Respite Sedation), wenn nichtmedizinische Massnahmen versagen.

Nicht als Ersatz für menschliche Zuwendung und Spiritual Care.

Kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Tod nur nach Beginn des Sterbeprozesses zulässig.

Andernfalls handelt es sich um Tötung.

Keine Sedierung ohne genaue Protokollierung von Symptomen und Massnahmen.

Agenda

Begrüßung

Daniel Scheidegger, Präsident SAMW

Revidierte Richtlinien: Hintergründe und wesentliche Neuerungen

Prof. Christian Kind,

Leiter der für die Richtlinien verantwortlichen Subkommission

Moderierte Fragerunde

Einzelinterviews/O-Töne

Kontakt für Fragen

Michelle Salathé, Stv. Generalsekretärin SAMW
m.salathe@samw.ch

Mehr Informationen: samw.ch/richtlinien-sterben