

Impuls Luxemburg: Auswirkungen der Euthanasiegesetzgebung auf die Hospiz- und Palliativversorgung – lässt sich eine Änderung der Haltung erkennen?

17. November 2023 Berlin

Dr Bernard Thill

Palliativstation Centre Hospitalier Emile Mayrisch

Esch-sur-Alzette / Luxembourg

Chambre des Députés Luxembourg

2

18. Dezember 2008 Verabschiedung und
16. März 2009 Inkrafttreten beider Gesetze

das Palliativgesetz:

- ▶ **Jede Person**, die sich in einem **fortgeschrittenen oder terminalen Stadium** einer **schweren und unheilbaren** Krankheit befindet, unabhängig von der Ursache, hat **Zugang zur palliativen Pflege**
- ▶ Der **Staat garantiert die Ausbildung** der Gesundheitsberufe sowie der Ärzte

Chambre des Députés Luxembourg

3

das Euthanasiegesetz:

- ▶ Strafrechtlich **sanktioniert** wird **kein Arzt**, der auf ein **Verlangen nach Euthanasie oder assistierten Suizid** eingeht, wenn folgende Grundbedingungen erfüllt sind:
- ▶ Der **Patient ist grossjährig, geschäfts- und prozessfähig** und **bei Bewusstsein im Augenblick seines Verlangens**
- ▶ Das **Verlangen ist freiwillig, überlegt** und nötigenfalls **wiederholt**, und ist **nicht ausgelöst durch äusseren Druck**
- ▶ Der Patient befindet sich in **einer medizinisch ausweglosen Situation** und einem Zustand von **konstantem und unerträglichem, physischem oder psychischem Leiden ohne Aussicht auf Besserung**, bedingt durch **Unfall oder Krankheit**
- ▶ **Kein Arzt und keine Pflegekraft ist verpflichtet aktive Sterbehilfe zu betreiben bzw. zu assistieren**

« Mein Wille, mein Weg »

4

Patientenverfügungen

Anzahl der offiziellen Euthanasien
pro Jahr

4. Les dernières statistiques

Dispositions de fin de enregistrées:

2009-2011	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
1.249	699	570	619	436	408	333	445	4.759

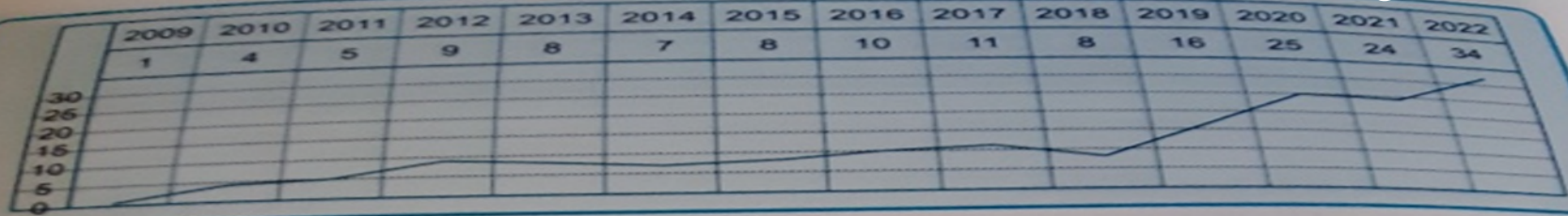
Années des déclarations d'euthanasie:

	2009-2010	2011-2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Déclarations	5	14	8	7	8	10	11	8	16	25	24	34	170

- 27 -

Euthanasie-
häufigkeit

Euthanasie déclinées:



5

Orte wo
gestorben wurde

Lieu du décès:

	2009-2010	2011-2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Domicile	2	3	/	1	1	/	8	5	7	9	8	15
Hôpital	3	8	6	5	6	10	1	1	3	12	11	13
Centre intégré / Maison de soins	/	3	2	1	1	/	2	1	3	4	4	4
Autre	/	/	/	/	/	/	/	1	3	/	1	2
TOTAL	5	14	8	7	8	10	11	8	16	25	24	34

Kontrollkommission des Gesundheitsministeriums

- ▶ seit Inkrafttreten des Gesetzes 2009 bis März 2023:
- ▶ **insgesamt 170 Fälle von Euthanasie in Luxemburg**
- ▶ **0,6% aller 4000 Todesfälle pro Jahr in Luxemburg**
- ▶ **in Belgien 2%, in Holland 4%**

Philosophie - Orientierungshilfe

7

**« Man muss die Philosophie in die Medizin und die Medizin
in die Philosophie tragen »**

Hippokrates (460 – 377 BC)

Pflichtenethik von Kant 1724 - 1804

- ▶ **Kategorischer Imperativ: « Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde »**
- ▶ Für Kant ist die **Autonomie** – verstanden als Selbstgesetzgebung – das **oberste Prinzip der Ethik**
- ▶ d.h. der **Arzt kann und darf nicht gegen den Willen des Patienten handeln**, selbst wenn der **mündige und aufgeklärte Patient** dadurch in Lebensgefahr geraten würde
- ▶ **Freiheit** ist für Kant das **sich-verpflichtet-Wissen** und das **sich-zwingen-Können zum objektiv Guten**
- ▶ Für Kant ist der **Wille eines Menschen**, auch eines Arztes, **erst gut, wenn sein Wollen gut ist**
- ▶ Die Bemühung um einen **Ausgleich zwischen Patientenwille** (voluntas aegroti) und **Patientenwohl** (salus aegroti) gilt nicht **nur für die Therapie, sondern auch für deren Abbruch oder Verzicht**

Prinzipienethik von Beauchamp und Childress 1977

4 medizinethische Prinzipien:

- ▶ **Autonomie:** jeder Patient hat das Recht eine Therapie abzulehnen
- ▶ **Fürsorge:** alle Massnahmen dienen dem Wohl des Patienten
- ▶ **Nicht-Schaden:** nihil nocere
- ▶ **Gerechtigkeit:** alle Patienten sind gleich

Krankenversorgung in Luxemburg

10

- ▶ 660.000 Einwohner
- ▶ 4 grössere Krankenhäuser, 350 – 660 Betten
- ▶ 4 Palliativstationen, mit jeweils bis zu 10 Betten
- ▶ 1 stationäres Hospiz mit 15 Betten

? Änderung der Haltung in der Palliativpflege/-medizin seit Gesetz für aktive Sterbehilfe

- ▶ **Nein!**
- ▶ für mich als Arzt bedeutet Töten auf Verlangen bzw. assistierter Suizid immer ein **Überschreiten einer roten Linie**
- ▶ als Ärzte sind wir da um **Leiden zu lindern und nicht um zu töten**
- ▶ **das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe ist und bleibt für mich zunächst immer ein Hilferuf**
- ▶ **bedeutet zunächst für mich, keine optimale palliative Betreuung**
- ▶ **palliative Therapie/Pflege hat immer oberste Priorität**

? Änderung der Haltung in der Palliativpflege/-medizin seit Gesetz für aktive Sterbehilfe

- ▶ oberstes Prinzip: kein Leiden zulassen und « nihil nocere »!
- ▶ Therapiebegrenzung!
- ▶ infolge korrekter palliativer Therapie, meist kein Verlangen mehr nach Sterbehilfe
- ▶ wenn **keine Symptomlinderung** möglich, eventuell **palliative Sedierung!**
- ▶ zuhören: « **Learning by listening** », sagte Cicely Saunders
- ▶ wenn aber **trotz aller palliativen Anstrengungen** der **Sterbehilfewunsch anhält** oder wiederholt wird, was eher **selten** ist, dann muss ich mich damit **auseinandersetzen auch wenn es schwerfällt !**

Klinische Praxis

12

- ▶ **43 jähriger Mann** - Neurochirurgie auf Palliativstation verlegt - **HWS-Fraktur mit irreversibler Tetraplegie** nach Sturz von Terrasse
- ▶ der Patient sagt der Stationsärztin - eine erfahrene 50-jährige deutsche Palliativärztin, Anästhesistin und Palliativmedizinerin - dass er **so nicht mehr weiterleben, sondern sterben möchte**
- ▶ die Ärztin antwortet dem Patienten, dass sie **seinen Wunsch gehört** habe, sie möchte **ihn aber zunächst kennenlernen, sich auf ihn einlassen**, sie möchte zunächst versuchen **alles dranzusetzen seine Symptome zu lindern, und sei jederzeit für ihn da**
- ▶ damit war der Patient einverstanden
- ▶ es vergehen **3 Monate auf Palliativstation**, der Patient und seine Ehefrau werden umsorgt, doch ein **Weiterleben** während Jahren bei **totalem Autonomieverlust** bleibe für ihn weiterhin **inakzeptabel**
- ▶ Ärztin und Pflegeteam haben sich in vielen **Teamgesprächen** mit dem psychischen Leiden dieses Patienten auseinandergesetzt, es war ihnen klar, dass, **wenn er dazu imstande** wäre, er **Suizid begehen** würde, wobei ein **Suizid für das gesamte Team ein totales Versagen** der Medizin bedeuten würde
- ▶ es kam die Sommerzeit, die **Ärztin** hatte einen Urlaub mit ihrer Familie geplant, und sie konnte sich nach vielem Hin und Her schliesslich **nicht vorstellen**, diesen Patienten, der sich ihr anvertraut hatte, mit **seinem Leiden zurückzulassen**, während sie ihren Urlaub geniessen würde
- ▶ die **Sterbehilfe** für diesen bestimmten Patienten war für sie zu einer **aussergewöhnlichen therapeutischen Notwendigkeit** geworden

? Änderung der Haltung in der Palliativpflege/-medizin seit Gesetz für aktive Sterbehilfe

- ▶ ein für den Patienten unerträgliches, ein für das Palliativteam nachvollziehbares, nicht kontrollierbares schwerstes Leiden
- ▶ vielleicht höhere Bereitschaft die Autonomie des Patienten zu respektieren
- ▶ vielleicht grössere Empathie für den Patienten
- ▶ Verlangen nach Euthanasie eher von neurologischen Patienten
- ▶ Sterbehilfegesetz symptomatisch für eine individualistische, liberale Gesellschaft

Überlegungen aus der Praxis

15

- ▶ **assistierter Suizid wird nicht empfohlen und kaum praktiziert, weil:**
- ▶ **unsichere Wirksamkeit** durch Erbrechen, Dysphagie,.....
- ▶ wenn ich als Arzt/Pflegeteam die unerträgliche Situation des Patienten nachvollziehen kann, ist es dann nicht **eher ein Zeugnis von Empathie, wenn ich diese schwere Aufgabe selbst übernehme?**
- ▶ ist es nicht eher **feige**, dass ich, obwohl ich das Leiden nachvollziehen kann, den **Patienten mit dem Giftbecher alleine lasse?**

- **14 Jahre nach Depenalisierung**, Forderung nach **mehr Ausbildung** in Palliativpflege/-medizin
- Forderung nach **besserer Vernetzung von stationärer Krankenhauspflege und ambulanter Pflege**
- **Basis- Ausbildung** über Lebensende und Palliativmedizin für Ärzte und Pflegeberufe anbieten
- Eine **obligatorische Weiterbildung** in Palliativpflege und Pflege am Lebensende für einen bestimmten Prozentsatz an Ärzten und Pflegeberufen einführen
- **Palliativpflege und – medizin für Kinder** am Lebensende einführen
- Die für die Palliativpflege/-medizin erforderlichen **Medikamente auch ausserhalb der Kliniken** zur Verfügung stellen
- Eine spezielle medizinisch-ethische Sprechstunde befürworten und die Möglichkeit von **Advance Care Planning (ACP)** fördern
- Eine **klinische Supervision** für die Gesundheitsberufe fördern, welche mit komplexen Palliativsituationen und Situationen am Lebensende konfrontiert sind



