

A. Margulies
Th. Kroner
A. Gaisser
I. Bachmann-Mettler

Onkologische Krankenpflege

5., aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit 270 Abbildungen

Anita Margulies
Speerstrasse 22
8038 Zürich, Schweiz

Andrea Gaisser
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg, Deutschland

Dr. med. Thomas Kroner
Trollstrasse 30
8400 Winterthur, Schweiz

Irène Bachmann-Mettler
Institut für Hausarztmedizin
Universität Zürich
Sonneggstrasse 6
8091 Zürich, Schweiz

Ihre Meinung ist uns wichtig: www.springer.com/978-3-642-05126-5

ISBN-13 978-3-642-05126-5 5. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
ISBN-13 978-3-540-20376-6 4. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1994, 1997, 2002, 2006, 2011

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Barbara Lengricht, Berlin
Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg
Copy-Editing: Michaela Mallwitz, Tairnbach
Zeichner: Annette Gack, Neuendettelsau; Christiane und Dr. Michael von Solodkoff, Neckargemünd
Einbandgestaltung: deblik Berlin
Satz und Digitalisierung der Abbildungen: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

SPIN: 12104635

Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

Ethische Aspekte in der Onkologie

M. Zimmermann-Acklin, U. Strebel

- 13.1 Bioethik – 214**
 - 13.1.1 Themen der Bioethik – 214
- 13.2 Ethische Herausforderungen in der onkologischen Krankenpflege – 215**
 - 13.2.1 Autonomie und Mitbestimmung des Patienten – 215
 - 13.2.2 Wahrheit und Wahrhaftigkeit – 216
 - 13.2.3 Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht – 217
 - 13.2.4 Gerechte Verteilung der vorhandenen Mittel – 218
 - 13.2.5 Forschung und klinische Studien – 218
 - 13.2.6 »Palliative Care« – 218
 - 13.2.7 Suizidbeihilfe und Euthanasie – 219
- 13.3 Wege der Entscheidungsfindung – 221**



Die Ethik beschäftigt sich als wissenschaftliche Disziplin mit Fragen nach dem gerechten und guten Leben. Sie sucht insbesondere nach Lösungen und Entscheidungen in Dilemmasituationen und fragt nach deren Begründung (normative Ethik). Darüber hinaus beschäftigt sie sich mit Modellen geglückten oder gelungenen Lebens, um über einzelne Entscheidungen hinaus auch allgemeine Lebensperspektiven zu entwerfen (Modellethik oder Tugendethik). Die Bioethik ist eine der Bereichsethiken, welche sich in Auseinandersetzung mit neuen Herausforderungen im Bereich der Biomedizin seit den 1960er-Jahren herausgebildet hat. Sie beschäftigt sich mit dem richtigen Handeln gegenüber dem Lebendigen bzw. der Natur. Die Pflegeethik entwickelte sich in den letzten Jahren im Kontext der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege und zeichnet sich als Teildisziplin der biomedizinischen Ethik durch eine eigene Perspektive und spezifische, auf die Pflegetätigkeit bezogene Fallbeispiele aus.

13.1 Bioethik

13.1.1 Themen der Bioethik

Die *Bioethik* oder *biomedizinische Ethik* stellt einen Sonderbereich der angewandten oder speziellen Ethik dar, der sich in Auseinandersetzung mit neuen Entwicklungen im Bereich der Biomedizin (u. a. der Transplantationsmedizin, Embryonenforschung und klinischen Forschung am Menschen) seit den 1970er-Jahren etabliert hat.

Themen der Bioethik

- Fragen nach einer verantwortbaren Regelung von Entscheidungen am Lebensbeginn:
 - Genetische Frühdiagnostik
 - Reproduktionsmedizin, Stammzellforschung, Klonen und Embryonenforschung
 - Entscheidungen über Behandlungsabbruch in der Neonatologie, später Schwangerschaftsabbruch und Früheuthanasie
- Fragen nach verantwortbaren Regelungen von Entscheidungen am Lebensende:
 - Organgewinnung, Organtransplantation und Xenotransplantation
 - Bestimmung des Todeszeitpunkts
 - Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht

- Palliative und terminale Sedation, Schmerzbehandlung mit lebensverkürzender Wirkung
- Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen
- Klinische Versuche mit Menschen und Tieren
- Rationierung und Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung
- Humangenomprojekt, Gentherapie und genetische Diagnostik
- Krankheit, Enhancement (Verbesserungsmöglichkeiten) und Ziele der Medizin
- Ernährung, Umwelt und Ökologie

Bioethische Fragen betreffen nicht nur Patienten, Ärzte und Pflegenden, sondern darüber hinaus auch Angehörige anderer Disziplinen, namentlich der Natur- und Rechtswissenschaften, im Rahmen politischer Entscheidungsprozesse aber auch die gesamte Gesellschaft.

Pflegeethik

Innerhalb der Bioethik bildet die Pflegeethik einen besonderen Zweig, der seit einigen Jahren parallel zur Aufwertung der Pflegewissenschaft intensivere Beachtung findet. Die Pflegenden sind dafür ausgebildet, durch eine sach- und fachkundige Pflege, durch gewissenhafte Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie kranken Menschen beizustehen. Zu einem Teil übernimmt die Pflege Aufgaben, die die Gepflegten nicht mehr selbst übernehmen können.

- ❗ Die Ethik bringt nicht weitere oder neue Aufgaben für die Pflege mit sich, sondern stellt Methoden und Kriterien bereit, um über bestehende Probleme nachzudenken und schwierige Entscheidungen verantwortungsvoll zu treffen.

Gewissen, Intuition und persönliche Erfahrung reichen in vielen Pflegesituationen nicht aus, um zu verantwortbaren Entscheidungen zu finden und diese gegenüber den Betroffenen zu begründen. Abgesehen von der grundsätzlich zu achtenden menschlichen Würde (Menschenwürdeprinzip) sind wie in anderen Bereichen der Bioethik auch in der Pflege die 4 bioethischen Grundprinzipien wegleitend:

- Prinzip der Selbstbestimmung (Autonomie),
- Fürsorge- oder Wohltuensprinzip (»care«),
- Nichtschadensprinzip,
- Gerechtigkeitsprinzip.

Diese vier ethischen Prinzipien oder handlungsleitende Grundsätze berücksichtigen die beiden Traditionen der

normativen Ethik, nämlich über das Autonomie- und Gerechtigkeitsprinzip die *Pflichtenethik* (Deontologie) und über das Fürsorge- und Nichtschadensprinzip die *Folgenethik* (Konsequenzialismus), deren bekannteste Form der *Utilitarismus* darstellt.

Deontologie (Pflichtenethik). Ein deontologischer Ansatz (von griech. to deon: Pflicht) geht davon aus, dass es überall und immer gültige Pflichten gibt, z. B. »du sollst immer die Wahrheit sagen« oder das Tötungsverbot. Im Einzelfall, wie bei der Notlüge oder der Selbstverteidigung, kann dies allerdings zu Schwierigkeiten führen.

Beispiel

Kantianismus Eine Handlung ist dann ethisch gut bzw. geboten, wenn die *Maxime* (der Grundsatz), der dieser Handlung zugrunde liegt, stets zum allgemeinen Gesetz erhoben (verallgemeinert) werden kann. Das Prinzip der Achtung der Menschenwürde bzw. das Instrumentalisierungsverbot (behandle einen Menschen nie bloß als Mittel) ist stets und unabhängig von den Folgen einer Handlung einzuhalten.

Folgenethik (Konsequenzialismus). Ob eine Handlung gut oder schlecht ist, entscheidet sich anhand ihrer Folgen oder Konsequenzen. Eine Notlüge z. B., die zu einem guten Resultat führt, kann nach konsequenzialistischer Ethik gerechtfertigt sein.

Beispiel

Utilitarismus Bei dieser Form der Folgenethik werden zur Beurteilung einer Handlung die Folgen nach bestimmten Kriterien gemessen: Eine Handlung, auch eine »Unterlassungshandlung«, ist dann ethisch gut bzw. geboten, wenn sie den größeren Nutzen bzw. das größere Glück für eine Mehrheit der Betroffenen hervorbringt.

Care- oder Beziehungsethik. Diese im Rahmen der Pflegeethik entwickelte Form der Ethik legt das Gewicht nicht auf Prinzipien oder die Folgen einer Handlung, sondern auf Beziehungen und Qualitäten wie Verantwortung, Vertrauen, Empathie, Emotionalität, aber auch Abhängigkeit und Verletzlichkeit. In diesen Rahmen gehört auch die narrative Ethik, die auf (erzählten) Beispielen aufbaut.

13.2 Ethische Herausforderungen in der onkologischen Krankenpflege

Die Pflege krebskranker Patienten bringt schwierige Entscheidungssituationen mit sich, welche alle Beteiligten in ihrer ethischen Kompetenz herausfordern.

❗ Ethische Kompetenz beinhaltet die Fähigkeit zur Reflexion, Formulierung und Begründung der eigenen moralischen Orientierungen, die Fähigkeit zum Erkennen moralischer Probleme in der eigenen Praxis, Urteilsfähigkeit, Diskursfähigkeit, Konflikt- und Kompromissfähigkeit und die Wachheit und den Mut, auch tatsächlich moralisch zu handeln.

Grenzsituationen werden zur Regel, da Sterben und Tod stets gegenwärtig sind. Ethische Herausforderungen für die Pflegenden bestehen in verschiedener Hinsicht:

- ☞ bei Fällen von Über- oder Unterbehandlung von Patienten,
- ☞ bei schwierigen Entscheidungen am Lebensende (Therapieabbruch oder -verzicht),
- ☞ bei der Mitteilung schlechter Diagnosen oder Prognosen,
- ☞ bei Konflikten zwischen Patientenautonomie und Fürsorge (z. B. dem »fürsorglichen Betrug« bei der versteckten Verabreichung von Medikamenten),
- ☞ bei Fällen von Gewalt in der Pflege,
- ☞ bei der Pflege Sterbender in der Endphase,
- ☞ bei der gerechten Einteilung von Zeit und Aufmerksamkeit für Patienten und deren Angehörige,
- ☞ bei Fragen betreffend der gerechten Zuteilung medizinischer Ressourcen.

Aus der Sicht der Pflegenden spielt dabei eine bedeutende Rolle, dass sie im Unterschied zu den Ärzten nicht die Letztverantwortung für die Entscheidungen tragen, aufgrund der intensiven Pflege jedoch eine starke persönliche Beziehung zu den betroffenen Patienten aufbauen. Aus dieser Situation heraus können sich Spannungen ergeben, die im besten Fall über eine offene und transparente Information, Entscheidungsfindung und Absprache im Behandlungsteam gelöst werden können. Unterschiedliche ethische Herausforderungen in der onkologischen Pflege werden im Folgenden anhand einiger Problemfelder verdeutlicht.

13.2.1 Autonomie und Mitbestimmung des Patienten

Über Jahrhunderte richteten Ärzte und Pflegenden ihr Handeln ganz auf das (von ihnen als gut verstandene) Wohl des Patienten aus. Dieses Fürsorgeprinzip wurde in den letzten Jahrzehnten in seiner Bedeutung durch das Autonomieprinzip abgelöst. Der Patient darf und muss mitbestimmen, was eine ausreichende Aufklärung voraussetzt. Gerade in der Onkologie ist die Mitbestimmung des Patienten besonders wichtig, weil es hier nicht nur um Entscheidungen für oder gegen eine kurative Therapie geht, son-

dern oft auch um die Gestaltung der letzten Lebensphase, in der dem subjektiven Befinden die größte Bedeutung zukommt.

Im Normalfall sind sich alle einig, dass dem Patientenwillen der Vorzug zu geben ist, v. a. wenn es um die Wahl von Handlungsalternativen geht, von denen der Kranke selbst am stärksten betroffen ist. Schwieriger wird die Einbeziehung des Patientenwillens in Situationen, in denen es keine wirklich beste Behandlung gibt, sondern wo es gilt, Vor- und Nachteile der möglichen Maßnahmen gegeneinander abzuwägen. Die Frage kann lauten, welche Nebenwirkung eine Behandlung haben darf, die nur zu einer sehr kurzfristigen Verlängerung des Überlebens führt. In solchen Grenzsituationen müssen zunehmend auch Fragen der Wirtschaftlichkeit und der Verteilungsgerechtigkeit diskutiert werden.

Denkbar sind auch Situationen, in denen der Patient Handlungen verlangt, die sich gegen sein eigenes Wohl richten, wie die Forderungen nach einer praktisch sicher unwirksamen Behandlung oder das Verweigern von Maßnahmen, die sich günstig auf die Pflege auswirken (z. B. Analgesie oder Lagerung zur Verhinderung des Dekubitus). Im Extremfall können Forderungen nach aktiver Sterbehilfe gestellt werden, deren Befolgung allerdings in den meisten Ländern der Welt strafrechtlich verboten ist.

- ❗ Ethische Orientierung gibt in solchen Entscheidungssituationen das Modell des »shared decision making«, das, beruhend auf dem »informed consent« (dem Einverständnis des Patienten nach dessen Aufklärung), von einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt bzw. Behandlungsteam und Patienten ausgeht und eine gemeinsame Entscheidungsfindung anstrebt.

Der Betroffene soll bestmöglich in einer für ihn verständlichen und einfühlsamen Sprache informiert und unterstützt werden, seine eigenen Prioritäten zu erkennen, zu formulieren und in die Entscheidung einzubringen. Ihm soll dafür genügend Zeit eingeräumt werden, und er soll in dieser Phase durch die Beteiligten die notwendige und gewünschte Begleitung erfahren, mit seiner Entscheidung nicht allein gelassen werden. Dieses Ziel kann aufgrund von Zeitdruck, persönlichen Grenzen aller Beteiligten (begrenzte physische und psychische Belastbarkeit, begrenzte soziale und kommunikative Kompetenz) und der Komplexität einer solchen Entscheidungsfindung selten vollständig verwirklicht werden, sollte aber als Idealbild die pflegerische und ärztliche Praxis bestimmen.

Spezifische Aufgaben der Pflegenden können je nach Situation darin bestehen, Bedürfnisse des Patienten zu erkennen, ihm gewisse Sachverhalte wiederholt zu erläutern, auf seine Fragen einzugehen, ihn ggf. im Teamgespräch oder auch am Krankenbett in Schutz zu nehmen oder für ihn Partei zu ergreifen, Zeit zu haben und von Patienten

geäußerte Fragen und Zweifel nicht vorschnell zu verharmlosen.

Eine der größten Herausforderungen dürfte darin bestehen, zwischen der eigenen Wertewelt und den eigenen Vorstellungen von einem »guten Leben« und denjenigen des Betroffenen unterscheiden zu lernen, um so die Gefahr von bevormundenden Entscheidungen zu umgehen. Dies bedingt, dass sich die Pflegenden (wie auch die Ärzte) über ihre eigene Werteordnung und ihre eigenen Vorstellungen von einem »guten Leben« im Klaren sind und sich diese eigenen – einem Wandel unterliegenden – Ansichten immer wieder bewusst machen, um die Patienten in ihren vielleicht anders gerichteten persönlichen Vorstellungen und Wünschen nicht zu überfahren.

13.2.2 Wahrheit und Wahrhaftigkeit

Die Wahrheit oder die Haltung der Wahrhaftigkeit am Krankenbett ist eine der Bedingungen, die den beschriebenen »informed consent« überhaupt erst ermöglichen.

- ❗ Offenheit sollte zwar nicht mit rücksichtsloser Wahrheit verwechselt werden, jedoch den Betroffenen in die Lage versetzen, wichtige Entscheidungen selbst treffen zu können.

Die Art und Weise der Mitteilung ungünstiger Informationen bildet ein Schlüsselmoment in der Entstehung eines vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnisses. Auch die Pflegenden sind in der Regel in diesen Prozess mit einbezogen, sei es, dass sie von den Patienten gefragt werden, sei es, dass sie selbst im Rahmen ihrer Arbeit Informationen wiederholen oder diese in Bezug auf Auswirkungen der Therapien auf das tägliche Leben und der notwendigen pflegerischen Interventionen ergänzen (► Kap. 37, 41).

Aus ethischer Sicht ist zu betonen, dass der Patient grundsätzlich ein Recht auf umfassende Kenntnis seiner Situation hat und häufig über eigene Abwehr- oder Verdrängungsmechanismen verfügt, um sich selbst vor übermäßiger Belastung zu schützen. Diese Abwehr sollte dann aber auch akzeptiert werden.

Die Frage schließlich, wie mit genetischen Erkenntnissen über eine erblich bedingte Tumorerkrankung eines Patienten und mögliche Vorbelastungen weiterer Familienmitglieder umgegangen werden kann, ist ein äußerst schwierig zu lösendes Problem und verlangt wohl von den Ärzten eine kontextbezogene und fallweise Entscheidung. Neben das Recht auf Wissen tritt hier auch ein Recht auf Nichtwissen, wenn es um die Mitteilung erblicher Belastungen geht, die sich erst Jahre später auswirken, aber u. U. folgenschwer sind.

Neben den psychologischen Problemen kann das Wissen um ein genetisches Risiko auch versicherungstech-

nische Folgen nach sich ziehen, da beim Abschluss einer Privatversicherung bekannte genetische Risiken angegeben werden müssen, was zum Ausschluss oder zu höheren Prämien führen kann, während der Versicherer von sich aus (noch) keine Gentests verlangen kann.

13.2.3 Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht

Die Fragen um Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht, die auch die Entscheidungen zum Reanimationsverzicht umfassen, eröffnen ein weites Feld möglicher Probleme und Antworten. In der Onkologie gehören derartige Entscheidungen nicht zuletzt darum zum Alltag, weil die Patienten oft nicht direkt an ihrer Grundkrankheit sterben, sondern an einer Komplikation, wie z. B. an einer Lungenentzündung, die an sich behandelbar wäre, was im Hinblick auf das Grundleiden aber oft als nicht sinnvoll eingestuft wird.

❗ Aus ethischer Sicht ist wesentlich, ob ein betroffener Patient im Terminalstadium erkrankt ist und ob sich subjektive (aus der Perspektive des Patienten) oder objektive (aus der Fremdbeurteilung) Maßstäbe zur Bestimmung des Zwecks oder der Sinnlosigkeit einer weiteren Behandlung finden lassen, anhand derer eine Güterabwägung durchgeführt werden kann.

Unumstritten ist die Maxime, dass der deutlich und wiederholt geäußerte Wunsch eines Patienten nach Behandlungsabbruch oder -verzicht geachtet wird, auch wenn nach Meinung der Ärzte beispielsweise eine zytostatische Behandlung noch sinnvoll wäre. Bei urteilsunfähigen Patienten spielt in diesem Zusammenhang die Beachtung einer möglicherweise vorliegenden Patientenverfügung oder einer eingesetzten Vertretung in medizinischen Angelegenheiten eine zunehmend wichtige Rolle. Auch wenn die Ärzte aus Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten in Zukunft vermehrt und im Sinne eines partnerschaftlichen »shared decision making« lernen müssen, ihre eigenen Vorstellungen zurückzunehmen, ist nicht zu übersehen, dass viele Kranke derartige Entscheidungen schlicht ihrem Arzt überlassen und ihm damit auch die volle Last der Verantwortung übertragen (paternalistisches Modell).

Die Tatsache, ob ein Patient im *Terminalstadium* (Tod innerhalb von Tagen bis Wochen zu erwarten) erkrankt ist bzw. sich in der Sterbephase (Tod innerhalb von Stunden bis Tagen zu erwarten) befindet oder nicht, spielt eine wichtige Rolle. Während bei terminal Kranken und Sterbenden eine Entscheidung zum Therapieverzicht oder -abbruch im Zeichen der Palliative Care stehen wird, also die Ermöglichung eines menschenwürdigen Sterbens und nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis entscheidend

ist, verhält sich das bei *nicht terminal* erkrankten Patienten anders: Hier dürfte eine Entscheidung zum Therapieverzicht, z. B. mit Berufung des Arztes auf eine niedrige Lebensqualität des Betroffenen, mit großer Skepsis zu beurteilen sein. Die Berufung auf die mangelnde Kosteneffektivität einer Behandlung (zu hohe Kosten in Relation zum zusätzlichen Nutzen) darf im Einzelfall keine Rolle spielen, sondern muss auf der Ebene der Institution über Richtlinien für alle Patienten gleichermaßen geregelt werden. Die Entscheidung, einen Menschen sterben zu lassen oder seine Lebenszeit wissentlich um einen erheblichen Zeitraum zu verkürzen, bedarf äußerst starker Gründe, die, wenn überhaupt, nur im Extremfall gegeben sein dürften.

Die Bestimmung von *Kriterien zur Güterabwägung* gestaltet sich schwierig, da es kaum objektive Maßstäbe gibt, um die Lebensqualität eines Menschen festzulegen. Neben der Kommunikation mit dem Patienten ist zunächst die transparente Entscheidungsfindung im Team von großer Bedeutung, um z. B. Ungerechtigkeiten oder ungleiche Behandlungen verschiedener Patienten zu vermeiden.

Kriterien zur Güterabwägung

- Der Wille bzw. mutmaßliche Wille des Betroffenen
- Eine Patientenverfügung oder eingesetzte Vertretung in medizinischen Angelegenheiten
- Schmerzen bzw. die Gesamtbefindlichkeit eines Patienten
- Kommunikationsfähigkeit
- Aussicht auf Verbesserung der Situation
- Mutmaßliche quantitative Lebenserwartung
- Meinung und Situation der Angehörigen
- Unterscheidung zwischen gewöhnlichen, nicht invasiven und wenig belastenden (z. B. Antibiotika) und außergewöhnlichen, invasiven, sehr belastenden Mitteln (z. B. Dialyse oder künstliche Beatmung).

Ein spezielles Problem besteht schließlich in der möglichen *Einstellung der Nahrungs- (parenteral oder via Sonde) und Flüssigkeitszufuhr* bei terminal kranken Patienten. Auch wenn hier genau zwischen den einzelnen Situationen unterschieden werden muss, kann folgender Anhaltspunkt gelten:

- ❗ Solange ein Patient Hunger- und/oder Durstgefühl empfindet, richtet sich das Vorgehen nach seinem Bedürfnis. Fehlen Hunger- oder Durstempfindung in der terminalen Phase, ist eine Entscheidung auf Nicht-weiter-Verabreichung von enteraler (Sonden-) oder parenteraler Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr dann ethisch verant-



wortbar, wenn angenommen werden darf, dass sich die Beschwerden des Patienten durch eine weitere Verabreichung nicht günstig beeinflussen lassen. Wichtig und für alle Beteiligten entlastend in dieser Situation ist ein Konsens zwischen Ärzten, Pflegenden, Angehörigen und im Idealfall auch dem Patienten in Form einer schriftlichen oder mündlichen Verfügung.

13.2.4 Gerechte Verteilung der vorhandenen Mittel

Die zunehmenden Kosten in der Onkologie (z. B. Hochdosis-therapie mit Stammzellersatz, Antikörper) werfen Probleme der Verteilungsgerechtigkeit auf. Allerdings darf die Antwort auf solche Fragen nicht auf die individuelle Ebene (*Mikroebene*) abgeschoben werden. Vielmehr müssen die Fragen nach Kosten und notwendigen Informationen in Bezug auf Auswirkungen der Therapien auf das tägliche Leben und auf notwendige pflegerische Interventionen sowie ergänzende Maßnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitsbereich auf der gesellschaftlichen Ebene gelöst werden. Dabei erhalten die Ebenen der Institutionen (*Mesoebene*) und der Gesamtgesellschaft (*Makroebene*) die größte Aufmerksamkeit.

Am Krankenbett, auf der Beziehungsebene Ärzte-Pflegende-Patienten-Angehörige, spielt hinsichtlich der Erhaltung der Pflegequalität auch eine patientengerechte Zu- oder Verteilung der Aufmerksamkeit und Arbeitszeit eine nicht immer ganz einfache Rolle. Daneben besteht die Frage nach dem Einsatz sehr teurer Therapien, die gelegentlich nur wenig zusätzlichen Nutzen, dafür aber nicht selten massive Nebenwirkungen mit sich bringen. Entscheidungen über den Einsatz dieser Mittel können nicht im Einzelfall getroffen werden, sondern müssen auf der Mesoebene über die Formulierung von Behandlungsleitlinien und auf der Makroebene über die zuständigen Gesundheitsbehörden erfolgen, sodass sie für alle Patienten gleichermaßen gelten. Ebenfalls auf der Mesoebene gilt es zu entscheiden, inwieweit die vorhandenen Mittel auf einzelne Bereiche wie Onkologie, Chirurgie, Psychiatrie und, in diesem Kontext besonders wichtig, der Palliative Care zugeteilt werden sollen. Weltweit betrachtet kommt hinzu, dass die Rechtfertigung des Einsatzes sehr teurer Mittel in den Hochlohnländern der Welt sehr fraglich wird, solange Menschen in den Niedriglohnländern sterben, weil sie weder Zugang zu sauberem Trinkwasser noch zu den grundlegendsten Mitteln der Gesundheitsversorgung haben.

13.2.5 Forschung und klinische Studien

Die Beteiligung an klinischen Studien (► Kap. 42) gehört sinnvollerweise zur ärztlichen und pflegerischen Berufsausübung und wird aus ethischer Sicht bei korrekter Studienanlage nicht in Frage gestellt, auch wenn für die beteiligten Patienten mit einer Teilnahme an einer Studie nicht immer ein Nutzen verbunden ist bzw. sein kann. Die Forschung dient der Verbesserung therapeutischer Möglichkeiten und daher indirekt dem Wohlbefinden aller Patienten. Übernimmt ein Patient bei der Teilnahme an einer klinischen Studie kein persönliches Risiko, so ist sie bei freiwilliger Zustimmung ethisch unbestritten. Dies dürfte in der Regel auch dann gelten, wenn sich Chancen und Risiken die Waage halten. Insbesondere in Fällen, in denen die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten von der Behandlung profitieren, gering ist (z. B. bei Phase-I- oder Dosisfindungsstudien), ist sicherzustellen, dass bereits alle bekannten Therapien eingesetzt und die Betroffenen mündlich und schriftlich sehr gut informiert wurden.

Auch eine Randomisierung, d. h. eine zufällige Zuteilung zu 2 oder mehr Behandlungsgruppen ist ethisch so lange vertretbar, als keine Gruppe eine Therapie erhält, die im Vorfeld als besser angesehen wird. Ein besonderes Problem können Placebo-kontrollierte Studien darstellen. Umstritten sind auch Untersuchungen in Drittweltländern, deren Bevölkerung sich u. U. das Medikament gar nicht leisten kann, das sich als wirksam erwiesen hat.

13.2.6 »Palliative Care«

»Palliative care« stellt den Patienten und dessen körperliche, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit (► Kap. 6.3.2). Im Begriff »pallium« (deutsch: Mantel) kommt zum Ausdruck, dass hierbei die lindernde, nicht mehr kurative (heilende) Medizin und Pflege angestrebt wird. »Palliative care« setzt nicht erst nach Beendigung kurativer Bemühungen ein, sondern bereits parallel dazu; sie ist nicht nur für Patienten am Lebensende relevant, sondern auch für die Behandlung und Begleitung von chronisch kranken und schwer leidenden Patienten. Zum Selbstverständnis von Palliative Care gehören die interdisziplinäre Herangehensweise und eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit.

Bei therapeutischen Interventionen in palliativer Absicht besteht aus ethischer Sicht das wichtigste Gebot für alle beteiligten Berufsgruppen darin, die terminal Kranken auf der einen Seite nicht sich selbst zu überlassen und auf der anderen Seite nicht mit allen denkbaren Interventionen zu stören. Ziele aller Interventionen sollten sein:

13.2 · Ethische Herausforderungen in der onkologischen Krankenpflege

- ⇒ weitgehende Schmerz- und Symptomfreiheit,
- ⇒ möglichst ambulante Behandlung oder häufige Heimurlaube,
- ⇒ Einbeziehen von Angehörigen,
- ⇒ Berücksichtigung verschiedener menschlicher Dimensionen, neben den körperlichen auch seelische, soziale und spirituelle (geistige wie seelsorgerliche) Aspekte.

❗ Insbesondere die Schmerztherapie wird oft viel zu zögernd eingesetzt. Hier ist es wichtig, auf den einzelnen Patienten einzugehen und ihm in der Dosierung der Schmerzmittel möglichst große Eigenständigkeit zuzubilligen. Ethische Bedenken hinsichtlich der Verabreichung von Betäubungsmitteln wie Morphin in hohen Dosen bestehen bei einer kontrollierten Abgabe nicht.

Bei phasenweise unerträglichen Schmerzen besteht auch die Möglichkeit einer *palliativen Sedierung*. Ein Patient wird während einer bestimmten Phase sediert, um vorübergehend schwer behandelbare Symptome erträglich zu machen. Er wacht nach gegebener Zeit wieder auf, sodass eine Entscheidung über das weitere Vorgehen mit dem Patienten besprochen werden kann.

Ethisch umstritten ist die *terminale Sedation*, bei der ein medikamentös induziertes Koma bis zum Tod weitergeführt wird. Bei therapierefraktären Symptomen kann eine solche kontinuierliche Sedation erforderlich werden. Aus ethischer Sicht wichtig ist, dass eine solche Sedation nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Patienten durchgeführt werden darf. Bei nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten sollte die Möglichkeit der Sedation rechtzeitig vorbesprochen oder Inhalt der Patientenverfügung sein. Für Angehörige oder das Betreuungsteam ist es manchmal schwierig, das Leiden eines Patienten auszuhalten. Dies darf aber kein Grund sein, eine Sedation einzuleiten, wenn sie nicht dem Wunsch des Patienten entspricht.

13.2.7 Suizidbeihilfe und Euthanasie

Definition

Beihilfe zum Suizid Unterstützung eines suizidwilligen Menschen bei der Durchführung der Selbsttötung (Besorgen und Bereitstellen tödlich wirkender Medikamente oder Anleitung in der Handhabung der Mittel), oft auch assistierter Suizid genannt und, wenn durch Ärzte durchgeführt, ärztlich assistierter Suizid.

Euthanasie Der Begriff wird im Deutschen aufgrund der Assoziation mit den NS-Verbrechen nur selten verwendet. Wenn er verwendet wird, dann manchmal in einem weiten Sinne, gleichbedeutend mit dem Begriff »Sterbehilfe«, öfters jedoch

in einem engen Sinne, eingeschränkt auf die direkte aktive Sterbehilfe.

Direkte aktive Sterbehilfe Gezielte Tötung zur Verkürzung des Leidens eines anderen Menschen. Diese kann freiwillig (auf Verlangen), nicht freiwillig (im mutmaßlichen Interesse des Betroffenen) oder unfreiwillig (gegen den Willen des Betroffenen) sein.

Indirekte aktive Sterbehilfe Schmerz- oder Symptombekämpfung zur Linderung von Leiden, welche als nicht beabsichtigte Nebenwirkung zur Lebensverkürzung beiträgt.

Passive Sterbehilfe Verzicht auf lebenserhaltende Mittel durch Behandlungsabbruch oder -verzicht.

- Direkt-Indirekt-Unterscheidung: Beschreibt die Absicht oder Intention des Handelnden.
- Aktiv-Passiv-Unterscheidung: Beschreibt eine Handlung (inkl. Unterlassungshandlungen) unabhängig von den persönlichen Absichten oder Motiven der Handelnden.

Wenden sich Patienten mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe an den Arzt oder die Pflegenden, so steht u. a. das ärztliche und pflegerische Selbstverständnis zur Diskussion: Ist der Wunsch des Patienten nach Beihilfe zur Selbsttötung im Rahmen des Berufsethos akzeptierbar, ist die erwünschte Suizidbeihilfe überdies gesetzlich erlaubt, ethisch zu vertreten und gefahrlos zu praktizieren? Die Berufskodizes (Standesrecht, Sammlung von Vorschriften und Richtlinien für den Pflege- und Arztberuf) schließen diese Möglichkeit im Sinne des hippokratischen Eides in der Regel aus. In den ethischen Standpunkten des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegenden heißt es dazu:

Pflegende, die von einem urteilsfähigen Patienten um Beihilfe zur Selbsttötung gebeten werden, befinden sich in einem moralischen Dilemma zwischen ihrem pflegerischen Auftrag – Gutes zu tun und nicht zu schaden – und der Achtung vor dem Willen des Patienten, so zu sterben, wie er möchte. Dieses Dilemma wird noch verstärkt, wenn seine körperlichen oder/und seelischen Leiden nicht mehr gelindert werden können und der Patient keine Lebensqualität mehr leben kann. Keine Pflegenden, wo immer und in welcher Rolle sie auch arbeitet, sollte in einem solchen Konflikt allein gelassen werden. Teamgespräche, andere Standpunkte anhören und gegenseitige Unterstützung bieten die beste Garantie, dass der betroffene Patient optimal gepflegt und betreut werden kann.

Mit Hinweis auf das Berufsethos, das gefährdete Vertrauen in die Pflege und möglichen Missbrauch lehnt der Berufs-

verband eine Beteiligung der Pflegenden an der Suizidbegleitung ab. Das Strafgesetz verbietet in der Schweiz die Suizidbeihilfe nur bei eigensüchtigen Beweggründen, in Österreich steht sie unter allen Umständen unter Strafe, in Deutschland schließlich ist sie nicht direkt verboten, jedoch über die gesetzliche Regelung der unterlassenen Hilfeleistung indirekt mit Sanktionen belegt.

Die medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften lassen es für Ärzte in Einzelfällen zu, aufgrund einer Gewissensentscheidung einem Patienten Beihilfe zum Suizid zu leisten, wobei der Arzt dabei einige Minimalbedingungen einzuhalten hat, insbesondere das nahe bevorstehende Lebensende, den Einsatz alternativer Behandlungsmöglichkeiten, soweit sie vom Patienten nicht zurückgewiesen wurden, und das Vorliegen einer freien Entscheidung, die ohne Druck von außen zustande gekommen ist.

In den *Niederlanden* sind die Beihilfe zum Suizid und die ärztliche Tötung auf Verlangen seit 2002 straffrei, sofern die folgenden 3 Bedingungen eingehalten werden:

1. Es dürfen ausschließlich Ärzte als Handelnde beteiligt sein, diese müssen sich dabei
2. an gesetzlich festgelegte Sorgfaltskriterien halten und ihre Handlungen
3. dokumentieren und offiziell melden.

Bei den Sorgfaltskriterien fallen zwei Regelungen besonders ins Gewicht, sie stellen im Vergleich mit der niederländischen Sterbehilfepraxis der 1990er-Jahre markante Veränderungen dar: Zum einen besteht die Möglichkeit auch für Minderjährige, um ihre Tötung oder die Suizidbeihilfe durch einen Arzt zu bitten (ab 12 Jahren mit Einverständnis der Eltern, ab 16 Jahren auch gegen den Willen der Erziehungsberechtigten), und zum anderen ist vorgesehen, dass die ärztliche Tötung auch im Rahmen einer schriftlichen Verfügung für den Fall erbeten werden darf, dass eine betroffene Person nicht mehr imstande ist, ihren aktuellen Willen zu äußern.

In *Belgien* wurde 2002 ein neues Euthanasiegesetz in Kraft gesetzt, das weitgehend analog zur niederländischen Regelung die aktive Sterbehilfe unter Einhaltung von Sorgfaltskriterien freigibt; die Suizidbeihilfe wird dort nicht eigens geregelt. Das belgische Gesetz geht insofern noch weiter als das niederländische, als keine zum Tod führende Krankheit vorausgesetzt wird.

In der ethischen Diskussion steht folgender Konflikt im Zentrum: Einerseits ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, sein Recht auf Unterstützung in einer ausweglosen Situation zu achten, andererseits besteht die Achtung der Menschenwürde mit einem massiven Vorbehalt gegenüber der Lebensverfügung oder Tötung durch Ärzte und Pflegende.

In der gesellschaftlichen Auseinandersetzung um die *ärztliche Suizidbeihilfe* dürfte sich die Einschätzung von Missbrauchs- und Ausweitungsgefahren entscheidend auf folgende Themen auswirken:

- Inwieweit stellt sich bei den Ärzten ein Gewöhnungseffekt ein?
- Wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestört?
- Sind möglicherweise Patienten von der Suizidbeihilfe betroffen, die nicht auf eigenen Wunsch, sondern auf Drängen Außenstehender, z. B. zur Vermeidung einer psychischen oder finanziellen Belastung der Angehörigen, um Beihilfe zur Selbsttötung bitten?
- Entsteht durch die Praxis der Suizidbeihilfe ein Klima, das den ärztlichen und pflegerischen Willen zur Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten zusehends schwinden lässt?

Bisherige Erfahrungen mit der Beihilfe zum Suizid in der *Schweiz* zeigen, dass die Beihilfe in der Regel nicht durch Ärzte, sondern durch Repräsentanten von Sterbehilfeorganisationen durchgeführt wird. Ärzte sind durch die Verschreibungspflicht des gewöhnlich eingesetzten todbringenden Mittels Natriumpentobarbital trotzdem involviert. Pflegende sind insofern stärker einbezogen, als das todbringende Mittel in den letzten Jahren vermehrt intravenös verabreicht wurde und daher auch die Expertise der Pflegenden bei der Installation einer Infusion gefragt ist.

Ob die Beihilfe auch in Akutkrankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt wird, ist unterschiedlich geregelt. Eine umstrittene Frage ist, ob Pflegende oder Ärzte bei einer Beihilfe zum Suizid im Raum anwesend bleiben sollten oder nicht. Die erwähnten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) stellen als Bedingung, dass ein Suizidwilliger sich am Lebensende befinden muss, was in der Praxis aber häufig nicht der Fall ist, namentlich bei psychisch unerträglich Leidenden. Hier besteht ein starker gesellschaftlicher Regulierungsdruck, der darauf hinauslaufen dürfte, die Ärzteschaft wenigstens zur Kontrolle stärker in die Praxis der Suizidbeihilfe einzubeziehen.

Die genannten Befürchtungen sind nicht von der Hand zu weisen, dass ausgerechnet die schwächeren Mitglieder der Gesellschaft einer nicht zu verantwortenden Gefahr ausgesetzt werden. Je medikalisiert die Beihilfe gestaltet wird, desto schwieriger ist überdies eine eindeutige Grenzziehung zwischen Suizidbeihilfe und der ärztlichen Tötung auf Verlangen.

Aktive Sterbehilfe wird sowohl in den Berufskodizes als auch in der Strafgesetzgebung der meisten Länder der Welt verboten. Ob eine begrenzte Ausübung der aktiven Euthanasie unter Einhaltung sehr strenger Sicherheitsbarrieren

praktikabel wäre, ist aufgrund der gegenwärtigen niederländischen Erfahrungen stark zu bezweifeln. Die Erfahrungen mit der aktiven Euthanasie in den Niederlanden zeigen, dass es in der ärztlichen Praxis offensichtlich unmöglich ist, zwischen der Tötung auf Verlangen und der Tötung im Sinne des Patientenwohls (z. B. bei urteilsunfähigen Schwerkranken) zu unterscheiden. Das eine wird als *freiwillige*, das andere als *nicht freiwillige* Euthanasie bezeichnet (davon zu unterscheiden ist die *unfreiwillige* Euthanasie, die sich gegen den Willen eines Menschen richtet und als Totschlag zu qualifizieren ist).

1995 wurde in den Niederlanden in 2,4% aller Todesfälle eine ärztliche Tötung auf Verlangen durchgeführt, gleichzeitig in 0,7% aller Todesfälle eine nicht freiwillige Euthanasie, also eine ärztliche Tötung ohne Kenntnis des aktuellen Patientenwillens. Gemäß einer Studie, die in den Jahren 2001 und 2005 durchgeführt wurde, hatte sich die Größenordnung der ärztlichen Tötung auf Verlangen bis 2001 zunächst leicht erhöht (2,6%), ist jedoch bis 2005 markant auf 1,7% aller Todesfälle pro Jahr zurückgegangen. Auffällig ist, dass mit dem Rückgang der Fälle der ärztlichen Tötung auf Verlangen ein deutlicher Anstieg der Fälle von terminaler Sedation (»continuous deep sedation«, 2005 bei 8,2% aller Todesfälle eingesetzt) einhergeht.

Abgesehen von der Missbrauchsgefahr ist v. a. eine unverantwortliche Ausweitung der ärztlichen Tötungspraxis auf Patientengruppen zu kritisieren, die ursprünglich nicht einbezogen werden sollten: Zu nennen sind Menschen außerhalb ihrer Sterbephase, psychisch Kranke wie Depressive, auch Menschen, die nicht mehr urteilsfähig sind, oder schwerbehinderte Neugeborene.

Die *indirekte aktive Sterbehilfe* stellt insofern eine Ausnahme dar, als der Arzt oder die Pflegenden nicht beabsichtigen, einen Menschen zu töten, sondern die lebensverkürzende Wirkung bloß als Nebeneffekt einer notwendigen Schmerztherapie in Kauf nehmen (Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung: Das gute Ziel, die Schmerzlinderung, kann eine eintretende schlechte Nebenwirkung, die Lebensverkürzung, u. U. rechtfertigen). Die praktische Bedeutung dieser indirekten Sterbehilfe wird hinsichtlich der hervorgerufenen Lebensverkürzung in der Regel stark überschätzt.

13.3 Wege der Entscheidungsfindung

Im Verlauf der Ausführungen wurde immer wieder auf die Bedeutung einer *Entscheidungsfindung im Behandlungsteam* hingewiesen. Für die konkrete Gestaltung eines solchen Prozesses bestehen verschiedene Schemata, die als Raster für ein Gespräch dienen können. Ein Beispiel zeigt die ■ Übersicht.

Sieben Schritte ethischer Urteilsbildung

[Nach: Baumann R, Strebel U (1999) Betreuung von Chronischkranken und Sterbenden. In: Bondolfi A, Müller H (Hrsg) Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel Bern, S 323–343]

1. Erfahrung eines Sachverhaltes als sittliches Problem:
 - Worum geht es? Wie lautet der medizinische Sachverhalt?
 - Welches ist unser Problem?
2. Kontextanalyse:
 - Wie hat sich das Problem entwickelt und wie war sein Verlauf?
 - Wo findet das Problem statt?
 - Wer ist am Problem beteiligt?
3. Formulierung des ethischen Dilemmas (Wertanalyse):
 - Welche Werthaltungen der Betroffenen stehen auf dem Spiel?
 - Welche Prinzipien geraten miteinander in Konflikt?
 - Wie lässt sich das ethische Dilemma formulieren?
4. Entwurf von mindestens drei Verhaltensmöglichkeiten (Alternativen):
 - Welche verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten bestehen?
5. Juristische und ethische Analyse der alternativen Verhaltensmöglichkeiten:
 - Welche Gesetze bestehen in Bezug auf die vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten?
 - Welche Ethikentwürfe stehen hinter den genannten Verhaltensmöglichkeiten?
6. Konsensfindung und Verhaltensentscheid:
 - Welches moralische Klima wollen wir?
 - Welche Entscheidung treffen wir in einer bestimmten Situation?
7. Überprüfung der gefällten Entscheidung:
 - Stimmt die getroffene Entscheidung für den Patienten?
 - Wie sind die getroffenen Entscheidungen aus zeitlicher Distanz zu beurteilen? (Was hat sich bewährt, was könnte verbessert werden?)

Entscheidungen, die unter Zeitdruck gefällt werden müssen, sind nach Möglichkeit vorläufig zu treffen. Sie sollten, beispielsweise am nächsten Tag, in Ruhe besprochen und evtl. auch revidiert werden können.

Ethische Richtlinien und Stellungnahmen

- International Council of Nurses (ICN) (letzte Überarbeitung 2005) Ethische Grundregeln für die Krankenpflege, Genf
- Katholische Pflegeorganisationen der Caritas-Gemeinschaft, Caritasverband und Katholischer Berufsverband (1998) Die ethische Verantwortung der Pflegeberufe, 2. Aufl. Freiburg i. Br.
- Evangelischer Fachverband für Kranken- und Sozialpflege (1993) Ethische Leitlinien. Frankfurt a. M.
- Deutsches Rotes Kreuz (1998) Berufsethische Grundsätze der Schwesternschaften vom DRK. DRK, Bonn
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen (2004) Berufsordnung für professionell Pflegenden. Berlin (www.kathpflegeverband.de/Ethik.doc)
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2003) Ethik in der Pflegepraxis. Bern
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2005) Ethische Stellungnahme 1: Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags
- Die Richtlinien und Stellungnahmen aus der Schweiz sind erhältlich bei der Geschäftsstelle des SBK, Choisistr. 1, Postfach 8124, CH-3001 Bern (www.sbk-asi.ch).*
- Bundesärztekammer (2004) Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Begleitung Sterbender. Dtsch Ärztebl 7.5.2004
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2004–2008) Medizinisch-ethische Richtlinien und Grundsätze zu unterschiedlichen Themenbereichen wie Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004), Behandlung und Betreuung von pflegebedürftigen, älteren Menschen (2004), Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung (2005), Palliative Care (2006), Reanimationsentscheidungen (2008), Patientenverfügungen (in Vernehmlassung 2008) [www.samw.ch]

Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (2008) Principles of biomedical ethics, 6th edn. Oxford University Press, New York Oxford
- Bobbert M (2004) Patientenautonomie und Pflege: Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Campus, Frankfurt a. M.
- Conradi E (2001) Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Campus, Frankfurt a. M.
- de Veer AJE et al. (2008) Nurses involvement in end-of life decisions. Cancer Nurs 33, 3: 222–228
- Düwell M (2008) Bioethik: Methoden, Theorien und Bereiche. Metzler, Stuttgart
- Ferrell B (2006) Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. Oncol Nurs Forum 33, 5: 922–930
- Körtner UHJ (2004) Grundkurs Pflegeethik. UTB, Wien
- Knipping C (2006) Lehrbuch Palliative Care. Huber, Bern
- Kränzle S, Schmid U, Seeger Ch (2007) Palliative Care. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rabe M (2008) Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Huber, Bern
- Sperl D (2002) Ethik der Pflege. Verantwortetes Denken und Handeln in der Pflegepraxis. Kohlhammer, Stuttgart
- Wiesemann C, Erichsen N, Berendt H, Biller-Andorno N, Frewer A (Hrsg) (2003) Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart

Internetadressen

- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner: www.sbk-asi.ch (Richtlinien und Stellungnahmen)
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: www.samw.ch (medizinisch-ethische Richtlinien)
- International Council of Nurses: www.icn.ch/ (Richtlinien)
- Bundesärztekammer: www.bundesaerztekammer.de/ (Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: www.dbfk.de/ (Stellungnahmen zu Ereignissen, gesundheitspolitischen Vorhaben und Trends)
- Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik: www.sgbe-sseb.ch (interdisziplinäre Fachgesellschaft, Informationen und Publikationen, u. a. Link zur Fachzeitschrift Bioethica Forum)
- Akademie für Ethik in der Medizin: www.aem-online.de/ (interdisziplinäre Fachgesellschaft, Informationen und Publikationen, u. a. Link zur Fachzeitschrift Ethik in der Medizin)