

### Grenzsituationen in Medizin und Pflege (1)

#### 1. Therapiereduktion

Bei jeder Therapie ist das Therapieziel zu erwägen. Die ethische Herausforderung liegt darin, dass die Grenze zwischen gebotener und abzulehnender Therapie nicht als klares Entweder-Oder verläuft. Medizin und Pflege müssen ihr Verhalten an den individuellen Fall anpassen.

Wenn der Krankheitsprozess irreversibel und weit fortgeschritten ist, die Sterbephase also begonnen hat, lässt sich der Tod nach medizinischem Befund durch keine Therapie mehr verhindern. In diesem Fall darf man nach gewissenhafter Prüfung auf weitere Heilversuche verzichten. Diese könnten höchstens nur eine sehr kleine, dafür aber umso schmerzvollere Lebensverlängerung bewirken.

Es ist daher moralisch vertretbar, auf therapeutische Mittel zu verzichten oder diese einzustellen, wenn diese in keinem Verhältnis zum erhofften Ergebnis stehen. In solchen Fällen geht es nicht darum, den Tod des Patienten herbeizuführen. Vielmehr wird die Einsicht handlungsleitend, dass der Sterbeprozess nicht wirksam unterbrochen und der Tod nicht mehr abgewendet werden kann. Aus ethischer Sicht liegt dann weder für Ärzte noch Pflegenden ein Grund vor, zu meinen, sie hätten einem Patienten Hilfe verweigert.

Wenn keine sinnvollen Mittel mehr zur Heilung eines Patienten eingesetzt werden können (kurative Therapie), konzentriert sich die Behandlung auf die Linderung von negativen Symptomen (palliative Therapie). Man spricht von „Therapiezieländerung“, weg von einem kurativem hin zu einem palliativen Ansatz (Schmerzlinderung,

Grundpflege, menschliche Zuwendung, spirituelle Begleitung usw.).

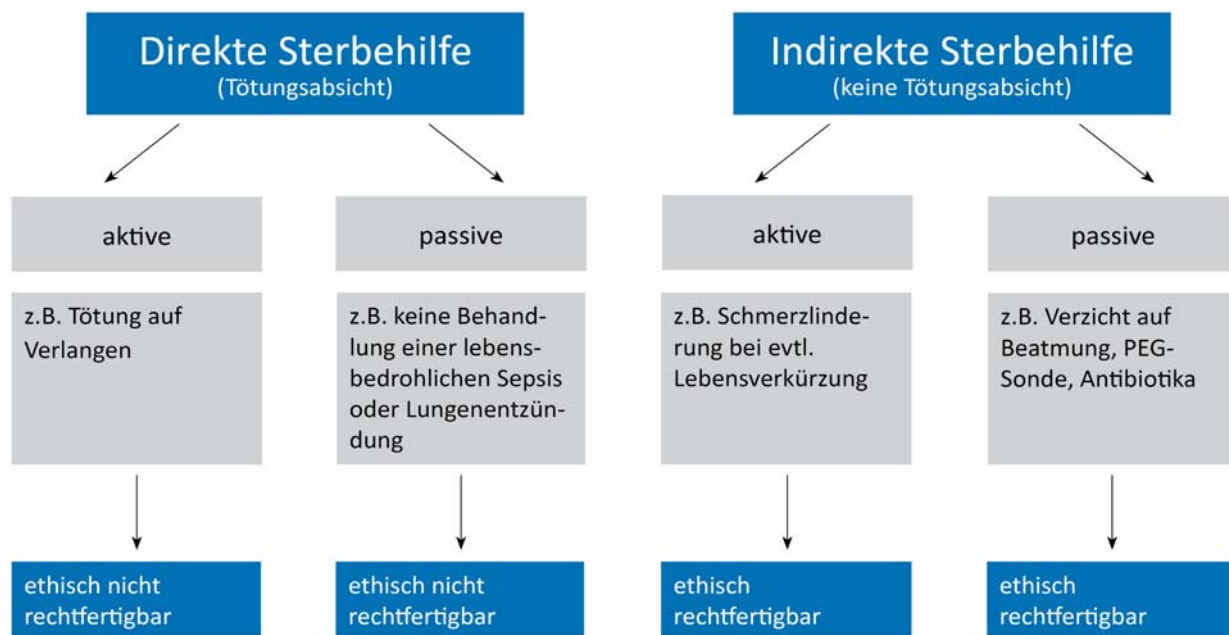
Außerdem gilt, dass am Lebensende der Einsatz von außerordentlichen/unverhältnismäßigen Mitteln, z. B. besonders schmerzlicher oder belastender Maßnahmen, nicht verpflichtend ist. Dies entspricht dem Grundsatz, dass es kein Gebot gibt, wonach man bis hin zum Unmöglichen verpflichtet wird, Leben „um jeden Preis“ zu verlängern.

Zusammenfassend: Es gilt das Verhältnismäßigkeitsprinzip, d. h. Mittel, die in keinem Verhältnis zum möglichen Erfolg stehen, sind nicht verpflichtend.

#### 2. Darf eine begonnene lebenserhaltende Behandlung abgebrochen werden?

Manche, die bereit wären, einem Behandlungsverzicht zuzustimmen (vgl. Punkt 1), bringen dieselbe Bereitschaft aber nicht auf, wenn es um das Einstellen einer sinnlos gewordenen lebensverlängernden Maßnahme geht („Behandlungsabbruch“, etwa das Abschalten einer Beatmungsmaschine). Einmal begonnen dürfe man sie nicht mehr unterbrechen, weil dies mit dem Tod des Patienten enden würde, was dann einer Tötung gleichkäme. Dieser Ansicht liegt die Auffassung zugrunde, dass Sterbenlassen ohne menschliches Zutun manchmal gerechtfertigt werden kann, während jedwedes Tun im Verdacht einer direkten aktiven Tötung steht.

Dem ist aus ethischer Sicht klar zu widersprechen.



Richtig ist viel mehr, dass man nicht verpflichtet ist, eine Behandlung fortzusetzen, wenn diese nicht mehr sinnvoll ist. Dann ist sie auch nicht mehr medizinisch indiziert. In einer Situation, in der es sittlich erlaubt wäre, auf eine Behandlung zu verzichten, ist es auch legitim, dieselbe abbrechen, wenn sie bereits begonnen wurde. Es handelt sich daher weder im einen Fall (Behandlungsverzicht) noch im anderen (Behandlungsabbruch) um eine direkte Tötung. Man ist nach gründlicher Überprüfung zur Überzeugung gelangt, dass der Tod nicht mehr aufzuhalten ist und jeder weitere Therapieversuch sinnlos ist.

### 3. Die Unterscheidung in aktive und passive Sterbehilfe

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe führt oft zu Missverständnissen. Ob aktiv oder passiv gehandelt wird, ist ethisch irrelevant. Denn der ethisch entscheidende Punkt liegt nicht in der Aktivität, sondern darin, ob die Handlung oder Unterlassung direkt eine Tötung beabsichtigt bzw. den Tod herbeiführt.

Durch ein vorsätzliches Unterlassen einer Handlung, wie unterlassene Hilfeleistung am Unfallort oder nach einer Vergiftung, kann man sich sogar strafbar machen, ebenso wie durch eine vorsätzlich tödliche Handlung, z. B. indem man jemandem wissentlich ein tödliches Gift spritzt.

Die Beispiele machen deutlich, dass eine passive direkte Sterbehilfe die Tötung eines Menschen durch gezielte Unterlassung von lebensrettenden

Maßnahmen meint, eine aktive direkte Sterbehilfe die gezielte Tötung eines Menschen. Beides sind Formen von Euthanasie.

### 4. Darf eine Lebensverkürzung als Nebenwirkung, z.B. bei Schmerztherapie, in Kauf genommen werden?

Es geht hier um eine Handlung mit möglicher Lebensverkürzung oder Todesfolge (indirekte Tötung), die nicht per se den Tod zum Ziel hat.

Wenn die Absicht allein in der Linderung der Schmerzen liegt und die verabreichten Schmerzmittel sowie deren Dosierung notwendig für die Linderung sind, dann gilt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit, d. h. das Gute der Gesamtfolgen muss die negativen Folgen überwiegen.

Ein Beispiel ist der Fall eines Patienten mit weit fortgeschrittener Krebserkrankung mit schlechter Prognose und starken Schmerzen. Starke Opioide, die primär zum Zweck der Schmerzlinderung gegeben werden, können letztlich auch zu einer Lebensverkürzung und damit dem frühzeitigen Eintreten des Todes führen (Atemdepression). Im Unterschied zur direkten aktiven Tötung sind jedoch weder eine Tötung noch die Todesfolge als solche beabsichtigt.

Das novellierte Ärztegesetz trägt diesem Umstand Rechnung. Es stellt im § 49a „Beistand für Sterbende“ klar, dass es bei „Sterbenden zulässig ist, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Ver-

Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt“.

In diesem Zusammenhang spricht man von einer sog. „Handlung mit Doppeleffekt“.

Damit diese ethisch gerechtfertigt ist, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein (am Beispiel Schmerzmittelgabe mit lebensverkürzender Folge):

1. Die Handlung muss ethisch gesehen gut oder zumindest neutral sein. Schmerzen zu lindern ist an sich eine gute Handlung.
2. Die negative Folge der Handlung darf nicht angestrebt werden. Sie muss, soweit es geht, sogar vermieden werden. Die Handlung darf nur gesetzt werden, wenn es keine gleich wirksame Schmerztherapie gibt, die kein Todesrisiko mit sich bringt. In der Praxis lässt sich die Grenze zwischen einer medizinisch als Schmerzbekämpfung indizierten Gabe von Opiaten und einer Überdosierung mit Tötungsabsicht genau ziehen.
3. Die negative Folge muss objektiv den Charakter einer Nebenwirkung haben und darf nicht die Hauptwirkung solcher Handlung sein. Bei der Schmerztherapie ist diese Bedingung gegeben.
4. Die negative Folge muss in einer angemessenen Proportion zum Zweck der Handlung stehen. Normale Kopfschmerzen wird man nicht mit Morphin behandeln, während die Schmerzbehandlung in der Terminalphase sehr wohl den Einsatz derselben rechtfertigen kann.

## 5. Palliative Sedierung

Die Palliative Sedierungstherapie (PST) wird definiert als die Verabreichung bewusstseinsdämpfender Medikamente, die als symptomatische Maßnahme unerträgliche und therapieresistente Symptome am Lebensende lindern sollen.

Die Palliative Sedierung kommt in den letzten Phasen des Sterbeprozesses immer öfter zum Einsatz. Die Nationale Österreichische Leitlinie 2017 zur palliativen Sedierungstherapie (PST), die u. a. auf den Richtlinien der EAPC (European Association for Palliative Care) beruht, stellt die medizinischen und ethischen Rahmen klar, unter denen eine PST erlaubt ist.

- PST kommt nur als allerletztes Mittel bei unheilbar erkrankten Menschen am Lebensende in Frage. Voraussetzung ist, dass diese trotz einer umfassenden und tadellosen Palliativversorgung unter unerträglichen, therapieresistenten Symptomen leiden (medizinische Indikation).
- Bei der Dosierung muss die Verhältnismäßigkeit zur Intensität der Symptome beachtet werden. Die Sedierungstiefe sollte im Allgemeinen möglichst niedrig gehalten, gleichzeitig jedoch eine angemessene Linderung der Beschwerden angestrebt werden („soviel wie nötig und so wenig wie möglich“).
- Erst wenn die Beschwerden nicht mehr durch herkömmliche Mittel beherrschbar sind, darf mit der tiefen Sedierung begonnen werden.
- Die Maßnahme muss soweit möglich mit dem Betroffenen selbst und den Vertrauenspersonen besprochen werden (informierte Zustimmung).
- Es gibt auch Grenzen medizinischer Leidenslinderungsmöglichkeiten. Existentielle, soziale oder spirituelle Nöte sind Herausforderungen, in denen der Betroffene vor allem Beistand und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team benötigt. Eine „Sedierungskultur am Lebensende“ darf nicht zum Regelfall werden.

Bei tiefer Sedierung (verbunden mit Bewusstseinsverlust) bei Terminalpatienten stellt sich die Frage, ob es ethisch relevant ist, den Tod absichtlich geringfügig zu beschleunigen, wenn der Patient ohnehin nicht mehr zu Bewusstsein kommen sollte. Die Antwort ist eindeutig: Auch in diesem Extremfall ist das menschliche Leben zu schützen. Eine medizinische Handlung, die darauf abzielt das Leben des Patienten zu vernichten, ist ethisch abzulehnen.

Einige Aspekte der tiefen, kontinuierlichen Sedierung und aktiven direkten Sterbehilfe (Euthanasie) scheinen nach außen hin ähnlich:

- a) Beides sind Versuche, das schwere Leiden von Patienten zu lindern;
- b) In beiden Fällen steht am Ende der Tod des Patienten;
- c) Die Substanzen, die verabreicht werden, sind ähnlich bzw. können dieselben sein.

Worin liegt nun der ethische Unterschied zwischen einer *lege artis* durchgeführten PST und aktiver direkter Sterbehilfe?

Im Fall der Palliativen Sedierung werden Medikamente zwecks Linderung von unerträglichen Symptomen angewendet – eine Lebensverkürzung wird in Kauf genommen, ist aber nicht beabsichtigt (vgl. „Handlung mit Doppeleffekt“).

Im Fall einer Tötung auf Verlangen (aktive direkte Sterbehilfe) treten zur Linderungsabsicht die absichtliche Lebensverkürzung und damit die direkte Herbeiführung des Todes hinzu. Das Leiden soll gelindert werden, indem man durch entsprechende Überdosierung der Sedierungsmittel einen schnellen Tod herbeiführt. Nicht nur dem Leid, sondern dem Leidenden selbst soll ein Ende gesetzt werden. Gleichzeitig wird gegebenenfalls die Ernährung abgesetzt, sodass der früher einsetzende Tod zum wesentlichen Teil der Absicht wird. In diesem Fall wird ethisch gesehen die Sedierungshandlung zu einer Tötungshandlung am Lebensende missbraucht.

Die Österreichische Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie legt klare Kriterien fest, um die PST vor Missbrauch zu schützen.

#### Quellen:

„Dem Sterbenden begegnen“, Bd I und II, 2018.

Bonelli J., *Behandlungsabbruch und Therapiezieländerung: eine medizin-ethische Analyse*, Imago Hominis (2018); 25(3): 163-171.

Feichtner A., *Wenn das Essen zum Problem wird - Über die Ernährung am Lebensende*, Imago Hominis (2018); 25(2): 113-121.

Prat E. H., *Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) – eine ethische Diskussion*, Imago Hominis (2018); 25(2): 123-136.

Weixler D., *Palliative Sedierungstherapie - Richtlinien und Grauzonen*, Imago Hominis (2018); 25(2): 105-112.

#### Impressum:

Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE

Redaktion: S. Kummer

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4

E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org)

Web: [www.imabe.org](http://www.imabe.org)

Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf unserer Homepage kostenlos abrufbar.