

<http://www.zenit.org/article-16334?l=german>

ZG08110409 - 04.11.2008

Permalink: <http://www.zenit.org/article-16334?l=german>

## **ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM MENSCHEN AM LEBENSENDE**

### **Vortrag von Bischof Klaus Küng vor Mitgliedern der Österreichischen Ethikkommission**

ROM, 4. November 2008 ([ZENIT.org](http://www.zenit.org)).- Wir veröffentlichen den Vortrag, den Bischof DDr. Klaus Küng am 17. Oktober vor den Mitgliedern der Österreichischen Ethikkommission gehalten hat.

Im Rahmen einer Fortbildungstagung über Ethik in der Medizin stellte der Bischof in der niederösterreichischen Landeshauptstadt Sankt Pölten ethische Überlegungen zum Menschen am Lebensende an. Auf lebensverlängernde Maßnahmen ging er dabei ebenso ein wie auf die Frage nach einer Therapiebegrenzung beziehungsweise eines Therapieabbruchs.

Bischof Klaus Küng ist im Rahmen der Österreichischen Bischofskonferenz für Ehe und Familie, Bioethik und Fragen des umfassenden Lebensschutzes zuständig. Er ist Mitglied der Klerus-Kongregation und Konsultor des Päpstlichen Rates für die Familie.

\* \* \*

Die Einstellung zum Tod hat sich in den letzten Jahrzehnten bei vielen Menschen in gewisser Hinsicht verändert. Das hängt mit der Entwicklung der Medizin, mit dem Ansteigen der Lebenserwartung und der Zahl der Pflegefälle zusammen, aber wahrscheinlich zumindest teilweise auch mit dem Verlust einer tieferen Lebenssicht.

In früheren Zeiten war die größte Sorge, unvorbereitet, überraschend zu sterben. Auch heute ist es ein Schock, wenn jemand plötzlich aus dem Leben gerissen wird. Der Tod ist und bleibt für den Menschen ein Geheimnis; Kein Lebender hat je dieses Tor durchschritten. Heute überwiegt aber bei vielen die Angst vor einem lange dauernden Leiden, die Angst, ein Pflegefall zu werden, der für die eigene Familie und die ganze Gesellschaft eine Belastung darstellt und sinnlos scheint.

Der Arzt steht oft vor schwierigen Entscheidungen. Er soll dem Patienten – solange dieser zurechnungsfähig ist, beratend und helfend zur Seite stehen. Wenn der Patient nicht mehr kann, wird er sich mit den nächsten Angehörigen besprechen, welche Therapien zu wählen, welche lebensverlängernden Maßnahmen im Falle einer fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Krankheit zu ergreifen sind, oder ab welchem Zeitpunkt eine bestimmte oder überhaupt eine weitere Therapie keinen Sinn mehr macht, weil dies nur eine unnötige Verlängerung des Leidens mit sich brächte.

Bei der Wahl der Therapie und der Vorgangsweise ist eine Entscheidung notwendig, die eine Reihe von Aspekten zu berücksichtigen hat. Der Schlüsselbegriff für die ärztliche Entscheidung ist die Verhältnismäßigkeit. Die Folge hier einer Darstellung dieses Zusammenhangs von Prof. Prat (Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik).

### **Die Verhältnismäßigkeit**

Die Verhältnismäßigkeit – so erklärt Prat - ist kein medizinischer, sondern ein ethischer Maßstab, der eine Entscheidung durch die Qualifizierung einer Handlung als sinnvoll erkennen lässt. Sie berücksichtigt neben Prinzipien der medizinischen Wissenschaft Dimensionen wie Würde der Person, Selbstbestimmungsrecht, Gemeinwohl,

Verteilungsgerechtigkeit, Individualität und dgl.

Zunächst gilt: Wo es eine klare medizinische Indikation für eine lebensbewahrende (heilende oder Lebensqualität erhaltende) Behandlung gibt, gebietet das ärztliche Ethos, die Behandlung anzustreben. Der unermessliche Wert des Lebens bringt mit sich, dass prinzipiell jede lebenserhaltende und verfügbare Maßnahme verhältnismäßig ist. In der Praxis ist die Situation aber oft nicht so eindeutig: die Indikation ist oft nicht so klar, der Nutzen einer zu erwartende Therapie nicht gewiss. Außerdem ist davon auszugehen, dass die Ressourcen nicht ausreichen um auf jeden noch irgendwie möglichen, wenn auch aussichtslosen Therapieversuch einzugehen.

### **Wirksamkeit, Effektivität und Relevanz**

Die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit setzt die Abschätzung des qualitativen Nutzens voraus, dh die Abschätzung der Wirksamkeit und die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen. Medizinisch muss belegt sein, dass die Maßnahmen in Hinblick auf das angestrebte Ziel eine nützliche Wirkung haben kann.

Dabei ist zu bedenken, dass es oft auch zu Nebenwirkungen kommt. Die Verhältnismäßigkeitsbeurteilung erfordert die Abwägung der positiven und der negativen Aspekte, d.h. man muss abschätzen, ob der Nutzen größer ist als der mögliche Schaden.

Die drei Kriterien – Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Effektivität – sind medizinischer Natur und können nur vom Experten, dh vom Arzt, richtig angewandt werden. Sie reichen aber zur Beurteilung nicht aus, ob eine medizinische Maßnahme bei einem konkreten Patienten sinnvoller Weise angewendet werden soll. Es müssen auch die persönlichen Umstände einbezogen werden.

### **Die individuellen Faktoren der Verhältnismäßigkeit**

Damit sind jene Merkmale gemeint, die den konkreten Fall charakterisieren. Eine sinnvolle Maßnahme kann von diesen Faktoren nicht absehen.

Die individuellen Faktoren kann man in objektive und subjektive unterteilen: objektive individuelle Faktoren der Verhältnismäßigkeit sind zB: Alter, Bewusstseinslage, die Lebenserwartung, menschliches (soziales) Umfeld und sonstige persönliche Daten. Sie sind insofern objektiv, weil sie unabhängig vom Willen des Subjekts auch für Dritte feststehen. Subjektive Faktoren der Verhältnismäßigkeit sind Wertvorstellungen, die persönliche Situation (jemand, der noch eine wichtige Aufgabe zu erfüllen hat, zB die Regelung der Verlassenschaft), Zielvorstellungen.

Letztlich ist eine Therapie nur dann sinnvoll, wenn sie dem Patienten in seiner Gesamtheit nützt, wenn also das Machbare im Verhältnis zum praktisch Vernünftigen gesetzt wird. Wenn gleich bei dieser Entscheidung der mündige Patient immer das letzte Wort hat, besteht die Kunst des Arztes gerade darin, dem Patienten nach der Abwägung einer Vielzahl von unterschiedlichen und zum Teil divergierenden Komponenten einen auf ihn zugeschnittenen, vernünftigen Rat zu erteilen. Hier wird vom Arzt ein hohes Maß an Klugheit gefordert, die als Kardinaltugend auch der ärztlichen Kunst bezeichnet werden kann. In den meisten Fällen kann der Patient nämlich nicht wirklich abschätzen, was auf ihn zukommt, wenn ihm eine bestimmte Therapie vorgeschlagen bzw. angeraten wird. Es kommt also sehr auf die Dringlichkeit an, mit der eine Therapieempfehlung ausgesprochen wird, ob sich der Patient dann dafür oder dagegen entscheidet (Ableitungen bezüglich Qualitätssicherung aus der Tugendlehre finden sich bei M. Rhonheimer, „Die sittlichen Tugenden, anthropologische und praktisch kognitive Dimension“).

### **Alter und Lebenserwartung**

Die Würde eines alten Menschen ist an sich ebenso unermesslich groß wie die eines jungen. Das Alter kann kein Legitimationsgrund für einen Behandlungsabbruch sein. Das Alter ist aber doch ein Merkmal, das zusammen mit anderen Faktoren darüber Auskunft

gibt, in wie weit der Lebensprozess dem Ende zu geht. Mit dem Alter, dem Fortschreiten des Lebens, sinkt die Lebenserwartung und es nähert sich immer mehr der Sterbeprozess.

Der jüngere Patient hat prinzipiell eine höhere Lebenserwartung und kann daher im Falle einer Heilung – so unwahrscheinlich sie auch immer sein mag – noch viele Jahre leben. Es ist deshalb ein Gebot der Verhältnismäßigkeit: je jünger der Patient und je größer seine natürliche Lebenserwartung ist desto größer wird die Bereitschaft sein, auch wirkungsungewisse Maßnahmen zu versuchen und mehr zu wagen, auch einen höheren Aufwand zu betreiben. Bei gleichem Aufwand ist im Falle einer Heilung die Effektivität für einen jungen Menschen wegen der längeren Lebenserwartung wesentlich größer als bei alten.

### **Die Zumutbarkeit**

In vielen Fällen wird die eigentliche Frage der Verhältnismäßigkeit darin bestehen, ob aus der Sicht des gegebenen Zeitpunkts, im Angesicht der jeweils aktuellen Lage und der Erfolgsaussichten die Behandlung und ihr Ergebnis überhaupt zumutbar ist.

Absehbarer unvermeidlich tödlicher Ausgang, schwerste irreversible neurologische und sonstige Schädigung sind Entscheidungskriterien für ein vorzeitiges Beenden der verfügbaren Therapiemaßnahmen.

Der Begriff Zumutbarkeit kann problematisch sein. Es gibt relativ viel Literatur bezüglich „Zumutbarkeit“ insbesondere im Zusammenhang mit Neonatologie, Behinderungen. Da geht es oft darum, ob zukünftiges Leid, Behinderung dem Betroffenen, der Familie, der Gesellschaft zumutbar sei. Das menschliche Leben ist ein Gut, das eine unermessliche Würde besitzt und daher nicht gegen andere Güter abgewogen werden darf. Was im Zusammenhang mit Therapiebegrenzung, Therapieabbruch mit dem Begriff der Zumutbarkeit ethisch vertretbar gemeint sein kann, ist zB, dass niemand verpflichtet ist, sein schon dem Ende zu gehendes Leben mit unzumutbaren Mitteln zu verlängern und dass niemand berechtigt ist, ein leidvolles terminales Leben von Bewusstlosen eigenmächtig zu verlängern. Die terminale Situation des Patienten und die therapeutische Ausweglosigkeit müssen allerdings als medizinisches Faktum feststehen, bevor „die Zumutbarkeit“ in der Entscheidung berücksichtigt wird. Der Abbruch einer medizinisch sinnvollen Maßnahme würde sonst in den Bereich der Sterbehilfe fallen und ethisch eine ganz andere Qualität erhalten.

Schließlich dürfen auch die ökonomischen Faktoren nicht unerwähnt bleiben. Beckmann meint zwar, nur ökonomische Aspekte dürften nie für ärztliche Entscheidungen ausschlaggebend sein. Prinzipiell ist diese Aussage sicher richtig, denn das Leben eines Menschen ist ein in gewisser Hinsicht unendlicher Wert. Dennoch kommt dem ökonomischen Aspekt auch im ärztlichen Handeln schon eine Bedeutung zu. Anzustreben ist, dass möglichst allen Menschen die bestmögliche Versorgung zuteil wird. Gerade das setzt aber voraus, dass die vorhandenen Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden.

### **Die ökonomischen Faktoren**

Die Ressourcenknappheit zwingt die immer aufwendigere Medizin zu einer gerechten Verteilung der begrenzten Mittel. Das subjektive Wohl des einzelnen Patienten kann nicht ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl verwirklicht werden. Man wird nicht von der Allgemeinheit bzw. der Gesellschaft Ressourcen für einen einzelnen Patienten einfordern können, die nicht in einem gewissen Verhältnis zu dem stehen, was dieser Gesellschaft ökonomisch zumutbar ist. Es gibt aber auch eine soziale Zumutbarkeit, die die Gesellschaft – insbesondere die Wohlstandsgesellschaft – zu tragen hat.

Auf der einen Seite verlangt die Solidarität, dass jeder Patient eine sinnvolle medizinische Behandlung bekommt. Die Gerechtigkeit allerdings fordert eine richtige Verteilung der Mittel mit einer Abwägung von Kosten und Nutzen, sodass an keinem Patienten kostspielige Mittel verwendet werden, die bei ihm mit sehr großer

Wahrscheinlichkeit keinen Nutzen bringen würden, dann aber zur Behandlung von sicher heilbaren Patienten fehlen würden (Beispiel Erythrozytenkonserven € 100,-- - Thrombozytenkonserven € 600,--). Dieses Prinzip muss auch bei der Zuteilung von Ressourcen eine Rolle spielen. In den meisten Industrienationen (auch in Österreich) ist das Gesundheitswesen so organisiert, dass jeder Bürger unabhängig von seinem Einkommen, prinzipiell Zugang zu jenen vorhandenen medizinischen Ressourcen hat, die er zur Erhaltung seines Lebens benötigt. Bis jetzt ist man davon ausgegangen, dass für die Krankenversorgung alle Ressourcen (Personal, Einrichtungen, Medikamente und Behandlungsmethoden) zur Verfügung stehen. In ärmeren Ländern ist das anders. Dort stellt sich die Frage, ob sich der Patient, seine Familie oder die übergeordnete Gemeinschaft eine bestimmte vorhandene Behandlung leisten kann oder nicht. Ist es für eine Familie oder Gemeinschaft vertretbar oder gar verpflichtend, große Schulden auf sich zu nehmen, damit ein Mitglied eine lebensrettende Behandlung in Anspruch nehmen kann? Wo liegen die Grenzen dieser Pflicht?

Aber auch in den europäischen Ländern wird unter dem Druck der Kostensteigerung im Gesundheitswesen bereits konkret die Frage aufgeworfen, ob eine Lebensverlängerung immer und in jedem Fall jeden finanziellen Aufwand rechtfertigt (1 Tag ICU zwischen € 2.000,-- und € 4.000,--).

Verteilungsentscheidungen über Ressourcen für das Gesundheitswesen müssen getroffen werden.

Zur Messung der ökonomischen Dimension der Verhältnismäßigkeit hat die Ökonomie verschiedene Instrumente ausgearbeitet wie Kosten – Effektivitätsanalysen, Kosten – Nutzwertanalysen und Kosten – Nutzenanalysen (Lenzhofer, Prat). Alle diese Analysen liefern Indikatoren, sind aber keine eigentlichen Messinstrumente für die Verhältnismäßigkeit.

### **Zusammenfassend zu diesen allgemeinen Erwägungen**

Die Abwägung der Verhältnismäßigkeit ist eine Klugheitsentscheidung. Sie wird nicht durch eine mathematische Formel determiniert, und auch nicht nach einer logisch stringenten Ableitung getroffen. Klugheit als Tugend zielt immer auf das Bestmögliche ab. Die Klugheit verlangt, dass man sich mit einer Sachlage ernsthaft beschäftigt, die Probleme in allen ihren Aspekten beleuchtet und analysiert und gegebenenfalls um Rat fragt, weil in den meisten komplexen Fragen nicht jeder ein Experte sein kann. Die Beratung wird so zur Erkenntnis dessen führen, was zu tun ist und welche Mittel dafür eingesetzt werden sollen.

Nun noch einiges zur Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten:

Ich möchte mich darauf beschränken, einige Grundprinzipien aus ethischer Sicht zur Therapiereduktion und zur künstlichen Ernährung und Wasserversorgung zu nennen, in dem ich das Ergebnis einer Projektgruppe, die sich im Auftrag von IMABE mit diesen Fragen befasst hat, wiedergebe (vgl. Studie Watze, Janata, Voller, Kristoferitsch, Wagner). Es entspricht in etwa den Kriterien, die Jan Beckmann in Lexikon für Bioethik angibt.

Wenn der Arzt bei einem Patienten im Terminalstadium von weiteren lebensverlängernden Maßnahmen absieht, weil diese seiner Meinung nach keinen Sinn mehr haben, entscheidet er sich keineswegs für den Tod des Patienten, sondern sieht ein, dass er den Sterbeprozess nicht wirksam unterbrechen und den Tod nicht mehr abwenden kann. Diese Entscheidung ist ethisch einwandfrei. Das Problem liegt darin, dass die Grenze zwischen gebotener und abzulehnender Therapie nicht immer als klares Entweder Oder verläuft.

Eine ethisch vertretbare Therapiereduktion beruht auf drei Fakten, deren Beurteilung in die Kompetenz des Arztes fallen:

- a) Der Krankheitsprozess ist weit fortgeschritten.
- b) Es existiert keine erprobte therapeutische Maßnahme, die noch eine wissenschaftlich halbwegs gesicherte Aussicht auf Erfolg hat.
- c) Es sind unerwünschte gefährliche Nebenwirkungen zu erwarten.

Die Abwägung dieser drei Fakten erfolgt vor dem Hintergrund der Verpflichtung des Arztes, das Leben zu schützen und zu erhalten. Daraus resultiert ein Urteil, das für den Arzt eine sehr ernste Gewissensentscheidung darstellt, von der das Überleben eines Menschen weitgehend abhängt. Zur Erstellung dieses Urteils muss er sein medizinisches Wissen, sein allgemeines und berufliches Ethos und sein partikuläres Wissen über die Patienten ins Spiel bringen.

Eine wichtige Frage der medizinischen Ethik ist, wie weit die Verpflichtung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Terminalpatienten geht und ob es diesbezüglich einen ethisch relevanten Unterschied zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gibt.

Die Kongregation für die Glaubenslehre hat im vergangenen Jahr auf zwei Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten in diesem Zusammenhang offiziell geantwortet.

Die erste Frage lautete:

„Ist die Ernährung und Wasserversorgung (ob auf natürlichen oder künstlichen Wegen) eines Patienten im „vegetativen Zustand“ moralisch verpflichtend, außer wenn Nahrung und Wasser vom Körper des Patienten nicht mehr aufgenommen oder ihm nicht verabreicht werden können, ohne erhebliches physisches Unbehagen zu verursachen?“

Die Antwort lautete: „Ja. Die Verabreichung von Nahrung und Wasser, auch auf künstlichen Wegen, ist prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung. Sie ist darum verpflichtend in dem Maß, in dem und solange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die in der Wasser- und Nahrungsversorgung des Patienten besteht. Auf diese Weise werden Leiden und Tod durch Verhungern und Verdursten verhindert.“

Zweite Frage:

„Falls ein Patient im anhaltenden vegetativen Zustand auf künstlichen Wegen mit Nahrung und Wasser versorgt wird, kann deren Verabreichung abgebrochen werden, wenn kompetente Ärzte mit moralischer Gewissheit erklären, dass der Patient das Bewusstsein nie mehr wiedererlangen wird?“ Antwort: „Nein. Ein Patient im anhaltenden vegetativen Zustand ist eine Person mit einer grundlegenden menschlichen Würde, der man deshalb die gewöhnliche und verhältnismäßige Pflege schuldet, welche prinzipiell die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch auf künstlichen Wegen, einschließt.“ (1. August 2007)

Die Ernährung gehört zur Natur des Menschen. Auf Grund des Wohlbefindlichkeits- und Selbsterhaltungstriebes hat der Mensch Hunger und Durst als Ausdruck eines vorvernünftigen, natürlichen Verlangens nach der für sein Überleben und sein Wohlbefinden notwendigen Nahrung und Flüssigkeit. Es besteht daher die moralische Verpflichtung sich zu ernähren oder ernähren zu lassen, bzw. einen dritten zu ernähren, der sich nicht selbst ernähren kann (zB ein Säugling). Bei der künstlich verabreichten Flüssigkeit und Nahrung wird eine Grundfunktion des Menschen technisch unterstützt. Ernährung ist also eine naturhafte Tätigkeit, und zwar unabhängig von einer allfälligen medizinischen Unterstützung.

Die Verpflichtung zur Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erlischt, wenn die Nahrung bzw. die Flüssigkeit ihre eigene Zielsetzung nicht mehr erreicht, nämlich dem Menschen Ernährung und Linderung der Leiden zu verschaffen. Daher widerspricht es wohl nicht demselben zitierten Dokument der Glaubenskongregation, wenn in der terminalen Phase einer Krankheit von Maßnahmen der Intensivmedizin abgesehen wird. Wenn alle

Befunde dafür sprechen, dass bei einem schwerstkranken Menschen nur mehr die Lebensverlängerung angestrebt werden kann, wenn alle anderen Therapieziele weggefallen sind, so ist die Reduktion und/oder Absetzung einer Therapie zu diskutieren. Unter die ärztlichen Handlungen fallen auch künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr beim schluckunfähigen Patienten.

Körperhygiene, Temperaturkontrolle, Schmerzlinderung, allgemeine Palliativpflege und menschliche Zuwendung sind für Ärzte und Pflegepersonen gleichwichtige Interessen und Verpflichtungen gegenüber den Patienten und haben bis zu dessen Tod ungeschmälerte Bedeutung. Es ist ein großes Liebeswerk des Arztes, sich mit dem ganzen Können, mit Einfühlungsvermögen und mit einem großen Verantwortungssinn in den Dienst der Menschen zu stellen, ohne sich je für Handlungen herzugeben, die mit dem Berufsethos des Arztes nicht vereinbar sind, das heißt, nie einen Menschen zu töten, was – wie Papst Johannes Paul II. es ausdrückte – „eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes ist, insofern es sich um eine vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person handelt, was sittlich nicht zu akzeptieren ist...“ „Eine solche Handlung setzt, je nach den Umständen, die Bosheit voraus, wie sie dem Selbstmord oder dem Mord eigen ist“ (EV 65).

Johannes Paul II. zitiert den hl. Augustinus, der mit überraschender Aktualität schon im 4. Jhd. geschrieben hat: „Es ist niemals erlaubt, einen anderen zu töten: auch wenn er es wollte, ja selbst, wenn er darum bitten würde, weil er, zwischen Leben und Tod schwebend, fleht, ihm zu helfen die Seele zu befreien, die gegen die Fesseln des Lebens kämpft und sich von ihm zu lösen sucht; es ist nicht einmal erlaubt, wenn ein Kranker nicht mehr zu leben imstande wäre“ (EV 66). Er fügt hinzu: Mitleid kann nicht ein Motiv sein, es wäre die Perversion des Mitleids.

Von der Euthanasie, die Johannes Paul II. als „eine Handlung oder Unterlassung definiert, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden“ (EV 65), unterscheidet er, die Entscheidung, auf „therapeutischen Übereifer“ zu verzichten, das heißt auf bestimmte ärztliche Eingriffe, die der tatsächlichen Situation der Kranken nicht mehr angemessen sind, weil sie in keinem Verhältnis zu den erhofften Ergebnissen stehen, oder auch, weil sie für ihn und seine Familie zu beschwerlich sind“ (EV 65).

So hoffe ich, Ihnen einen Einblick in die Zusammenhänge gegeben zu haben, die mit Therapiebegrenzung, Therapieabbruch und lebensverlängernden Maßnahmen in Bezug stehen.

*[Von der Diözese Sankt Pölten veröffentlichtes Original]*

© Innovative Media, Inc.

Die Weiterverwendung der ZENIT-Dienste ist nur mit ausdrücklicher Erlaubnis gestattet. Wenden Sie sich bitte an [info-autorenrechte@zenit.org](mailto:info-autorenrechte@zenit.org)