

Günter Virt u. a.

## Entscheidungshilfen zum Problem der Therapiebegrenzung

*Der folgende Text wurde vom Arbeitskreis „Ethik im Krankenhaus“ im Österreichischen Pastoralinstitut erstellt\* und richtet sich an Personen, die in Heilberufen tätig sind, SeelsorgerInnen, öffentliche EntscheidungsträgerInnen und an alle, die sich mit diesem Thema befassen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß hier nur ein sehr kleiner Teil der komplexen Problematik zur Sprache gebracht wird, die mit dem Sterben im Krankenhaus verbunden ist. Der hier vorliegende Text möchte Orientierungshilfen für die Gewissensbildung geben, damit alle Betroffenen den schwierigen Entscheidungsprozeß einer Therapiebegrenzung bzw. eines Behandlungsabbruches bewußter gestalten können.*

### 1. Ausgangspunkt der Überlegungen

Bis vor gar nicht langer Zeit konnte man davon ausgehen, daß die meisten Menschen nach heutiger Sicht in relativ jungen Jahren früh sterben. Es konnte daher als selbstverständliche sittliche Pflicht gelten, daß die Medizin alle ihre Mittel einsetzt, um Menschenleben zu verlängern. Durch die großen Fortschritte der modernen naturwissenschaftlich geprägten Medizin sind viele bislang ungeahnte Möglichkeiten Wirklichkeit geworden, Möglichkeiten, die zum ersten Mal die Frage aufwerfen: Darf und muß die Medizin alles tun, was sie kann – in jeder menschlichen Situation? Kann nicht das Ziel, menschliches Leben zu erhalten, sich in eine Form des Gegenteils verkehren, wenn nämlich das Weiterleben der Kranken nur mehr unter unmenschlichen Bedingungen erreicht wird? Was ist der Sinn der Intensivmedizin? Lebensbedrohliche Funktionsausfälle des Organismus zu überbrücken, bis dieser selbst wieder imstande ist, sie wahrzunehmen, oder in der Sterbephase oft qualvolles Leiden zu verlängern?

Immer häufiger äußern PatientInnen bzw.

alte Menschen den Wunsch, in Ruhe sterben zu dürfen, wenn es so weit sei, ohne daß als Hilfe gedachte Maßnahmen ergriffen würden, die ein etwaiges Sterben nur leidvoll hinauszögern.

Neben der zunehmenden physischen und psychischen – also menschlichen! – Überforderung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern, deren Ursache hauptsächlich im Mangel an Pflegepersonen und in strukturellen Problemen des Arbeitsplatzes zu finden ist, kommt in zunehmendem Maß die psychische Belastung durch das Erleben von Maßnahmen hinzu, die mitunter eine Leidensverlängerung zu bewirken scheinen.

Der Arzt/die Ärztin trifft die Entscheidung, welche medizinische Behandlung notwendig und angebracht ist. Er/sie trägt vor dem Gesetz auch die Verantwortung. Aber werden die ÄrztInnen mit ihrer Verantwortung nicht oft allein gelassen?

In diesem Spannungsfeld steht die Frage, ob eine Behandlungsbegrenzung oder gar ein Behandlungsabbruch ethisch zu rechtfertigen ist. Und sie stellt sich mit zunehmender Dringlichkeit, ungeachtet der Tatsache, daß die direkte und aktive Euthanasie eine Grenze darstellt, die unter keinen Umständen überschritten werden darf. Gerade mit den Überlegungen dieses Textes baut man der Euthanasiebewegung vor, die vielfach aus der Angst vor sinnlosen Maßnahmen gespeist wird, die das Sterben nur leidvoll „verlängern“.

Das Problem der Therapiebegrenzung betrifft den Menschen in all seinen Lebensbezügen. Deshalb sind neben den medizinischen auch rechtliche, gesellschaftliche, menschliche, ethische und religiöse Aspekte zu berücksichtigen. Daher soll eine Entscheidung das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses sein, in den sich PatientIn, Arzt/Ärztin, Pflegepersonal, Angehörige und SeelsorgerIn verantwortlich einbringen. Nur so besteht die Chance, alle Aspekte zu berücksichtigen und dem Patienten gerecht zu werden.

### 2. Menschliche Aspekte

Wenn Schwerkranke den Wunsch äußern, auf jede weitere lebensverlängernde Behandlung zu verzichten, um in Ruhe sterben zu können, wird das oft von den sie umgebenden Menschen erschreckt abgewehrt.

\* Günter Virt ist der Leiter dieses Arbeitskreises. Anstoß für die Erstellung dieses Textes, dem auch die Pastorkommission Österreichs im wesentlichen zugestimmt hat, war ein vom Österreichischen Pastoralinstitut veranstaltetes Symposium zum selben Thema.



Denn sie brechen damit ein nach wie vor häufig anzutreffendes gesellschaftliches und religiöses Tabu.

Es ist wichtig, den Schrecken, an die eigene Endlichkeit erinnert zu werden, zu überwinden und genau hinzuhören, in welchem Lebenskontext dieser Wunsch steht.

– Es kann sein, daß ein Mensch im Frieden mit sich selbst, mit seinen Nächsten und mit Gott sein Sterben annimmt. Er möchte noch seine letzten Dinge ordnen und möglichst in der ihm vertrauten Umgebung und mit den ihm vertrauten Menschen sein Leben zu Ende leben. Diese Wünsche sollen respektiert und nach Möglichkeit erfüllt werden.

– Der Wunsch, sterben zu können, kann aber auch aus einem anderen Lebenskontext kommen: Die Erfahrungen von ÄrztInnen, Schwestern/Pflegern, SeelsorgerInnen und PsychologInnen in der Begleitung schwerkranker Menschen haben gezeigt, daß der Wunsch zu sterben oft dann geäußert wird, wenn die physische, psychische und soziale Situation die Kräfte des Kranken übersteigt. Isolation, Schmerzen, Nicht-zurecht-Kommen mit der Krankheit oder andere massive Probleme lassen ein Weiterleben unerträglich erscheinen.

– Es kann auch sein, daß es dem Kranken schwerfällt, Hilfe anzunehmen, von anderen abhängig zu sein, sich den Angehörigen zuzumuten.

Viele Familien/Angehörige sind mit der Pflege und Begleitung Schwerkranker überfordert, vor allem, wenn sich deren Leidensweg über längere Zeit hinzieht. Sie fühlen sich aufgrund der beruflichen Situation, der Wohnverhältnisse oder einfach menschlich dieser Aufgabe nicht gewachsen.

Hier wird deutlich, wie notwendig ein offenes Gespräch zwischen allen Beteiligten ist, damit eine für alle lebbar Entscheidung getroffen werden kann, und welche unterstützenden Hilfen (z. B. Hauskrankenpflege, Hospizteam, Begleitung – auch der Angehörigen) hilfreich sein können. Bei der Entscheidung, ob und wann eine Behandlung abgebrochen werden soll, ist auch die Sicht der Angehörigen bzw. Bezugspersonen mitzuberücksichtigen. Dabei muß diese Entscheidung einzig und allein an den wohlverstandenen Interessen des Sterbenden orientiert werden.

### 3. Juridische Aspekte

Der Schutz des Menschenlebens ist gesetzlich gewährleistet.

Das Verlangen nach Abbruch einer Behandlung kann sich auf folgende (österreichische) gesetzliche Bestimmungen berufen:

– Es ist verboten, einen Menschen ohne dessen Einwilligung zu behandeln (§ 110 StGB, „Eigenmächtige Heilbehandlung“).

– § 8 Abs 3 des Krankenanstaltengesetzes (Grundsatzbestimmung) besagt: „Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Pflingling nur mit dessen Zustimmung, wenn aber der Pflingling das 18. Lebensjahr noch nicht zurückgelegt hat oder mangels geistiger Reife oder Gesundheit die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht beurteilen kann, nur mit Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung des Pflinglings oder seines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre.“

– Unmittelbar anwendbares Recht sind Landesgesetzevorschriften, welche die eben erwähnte grundsatzgesetzliche Bestimmung ausführen.

Daraus ergibt sich indirekt das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben, weil sinnlose lebensverlängernde Maßnahmen vom Betroffenen abgelehnt oder ausgeschlossen werden können.

Die Frage, ob eine einmal gegebene Zustimmung zur Behandlung widerrufen werden kann, ist im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt, doch verlangt § 110 StGB, daß die Einwilligung während der ganzen Dauer der Behandlung vorhanden sein muß. Daraus ergibt sich, daß der (voll handlungsfähige und zurechnungsfähige) Patient seine Einwilligung widerrufen kann. Die Behandlung ist daraufhin abzubrechen. Wenn der/die PatientIn während der Behandlung seine Zurechnungsfähigkeit verliert, ist ein Widerruf seiner/ihrer Zustimmung nicht wirksam.

Zur Beratung in diesen Fragen gibt es in manchen Institutionen bereits Patientenanwälte. Zudem gibt es Bemühungen, die Patientenrechte gesetzlich zu regeln.



#### 4. Medizinische Aspekte

Bei der Entscheidung zur Durchführung oder für den Abbruch medizinischer Behandlungen sind

- der Patientenwunsch und
- die Beurteilung des Krankheitszustandes die wichtigsten ärztlichen Orientierungsgrundlagen.

Die Zustimmung zu einer Behandlung ist selbstverständliche Voraussetzung jeder Therapiemaßnahme und dient der Wahrung der Autonomie des Patienten/der Patientin. Voraussetzungen dafür sind:

- eine möglichst genaue Aufklärung des Patienten/der Patientin über seine/ihre Erkrankung,
- eine Mitteilung über Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Therapie und
- die Besprechung anderer Möglichkeiten zur Behandlung.

Wird eine Behandlungsbegrenzung in Erwägung gezogen, so sind folgende Kriterien zu berücksichtigen – wobei ausdrücklich betont werden muß, daß diese nur in ihrer Summe und im Gesamtzusammenhang des Entscheidungsprozesses als hilfreich zu sehen sind. (Keineswegs können diese Kriterien in dem Sinn verstanden werden, als würden sie grundsätzlich Überlegungen darüber anstellen, ob ein Leben „lebenswert“ ist oder nicht.):

- Der Krankheitsprozeß ist – nach aktuellem medizinischen Wissensstand – nicht mehr rückgängig zu machen (irreversibel) und führt erfahrungsgemäß in absehbarer Zeit zum Tod. Bei einer diesbezüglichen Prognose darf der Lebenswille des Patienten/der Patientin nicht übersehen werden.
- Zur Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen wären grundsätzlich Maßnahmen erforderlich, die die üblichen Behandlungsmaßnahmen übersteigen.
- Mittels der Behandlung könnte nur ein Weiterleben unter äußerst belastenden Bedingungen erreicht werden, ohne aber den auslösenden Krankheitsprozeß kausal zu beeinflussen.
- Unter Berücksichtigung der Würde des Menschen würde die Lebensqualität des Patienten/der Patientin wesentlich beeinträchtigt.

Im fortgeschrittenen Verlauf ihrer Krankheit sind Patienten häufig nicht mehr imstande, eine Zustimmung oder Ablehnung zu

einer geplanten Behandlung zu äußern. Der verantwortliche Arzt sollte, wo dies möglich ist, früh genug mit dem Patienten/der Patientin das Vorgehen in Spätstadien besprechen. Besonders wichtig ist die Meinung der Patienten zu eventuellen Wiederbelebungsmaßnahmen. Eine taktvolle Erörterung möglicher Krankheitsverläufe und Behandlungsmaßnahmen/Therapieabbrüche werden vom Patienten meist keineswegs als unzumutbare Belastung empfunden. Die Möglichkeit, eine Vertrauensperson zu benennen, die die Interessen des Patienten/der Patientin im Falle seiner/ihrer Bewußtlosigkeit vertritt, sollte bedacht werden.

Es ist für den Arzt/die Ärztin notwendig, den Kranken in seinen gesamten Lebensbezügen zu sehen, um ethisch verantwortlich beraten und entscheiden zu können.

#### 5. Religiöse Aspekte

In religiöser Hinsicht ist Menschenleben ein fortwährender Dialog mit Gott – es ist Gabe und Aufgabe, es ist Ruf und Antwort, es verwirklicht sich in der Entfaltung und Gestaltung von Beziehungen: zu sich selbst, zu den Mitmenschen, zur Welt und zu Gott.

Der Sinn der letzten Lebensphase eines Menschen liegt darin, sein bisheriges Leben in seiner Ganzheit zu sehen: mit seinem Glück, mit dem, was gelungen ist, mit dem, was fragmentarisch geblieben ist, mit den Brüchen, mit dem, worin der Mensch schuldig geworden ist.

Die Aufgabe dieser Lebensphase ist es, Stellung zu beziehen, das Leben anzunehmen, wie es war, es zu bejahen, um es dann loslassen zu können im Vertrauen auf die Verheißung, daß Gott uns annimmt, wie wir sind, und das vollendet, was uns fehlt.

Aufgabe der Seelsorge ist es, Menschen in dieser Situation geistliche Begleitung anzubieten und sie bei der Suche nach persönlicher Deutung und Sinnfindung zu unterstützen.

Auch medizinische und pflegerische Maßnahmen können diese Akte der geistig-seelischen Reifung fördern (oder behindern):

- Schmerzlinderungen und Leidverminderung,
- Erhaltung von Bewußtsein und Beziehungsfähigkeit,
- Schaffung von räumlichen und organisa-



torischen Voraussetzungen für soziale Geborgenheit.

Solange die Hoffnung besteht, daß Menschen zu diesen Akten persönlicher Selbstverfügung (Annehmen und Bejahen, Loslassen und Sich-lösen) fähig sind, soll eine entsprechende Behandlung fortgesetzt werden. Wo die organischen Voraussetzungen dafür irreversibel fehlen, ist eine Begrenzung der therapeutischen Maßnahmen angezeigt. Die Basispflege und schmerzstillende Maßnahmen dürfen auch einem Sterbenden nicht verweigert werden.

Aus Ehrfurcht vor dem Sterbenden und aus Rücksicht auf jene, die sich bis zuletzt um ihn bemüht haben, soll der äußere Ablauf von der Therapiebegrenzung bis zum Behandlungsabbruch und dem Eintritt des Todes – womöglich sogar noch darüber hinaus – so gestaltet werden, daß Angehörige, Pflegepersonen und ÄrztInnen die Zeit und die Möglichkeit zur Verabschiedung und zur emotionalen Bewältigung dieses Prozesses haben.

Dem Gebet mit dem Sterbenden und für ihn kommt hier eine besondere Bedeutung zu, nicht nur für ihn, sondern auch für alle Beteiligten. Es verliert auch dann nicht seinen Sinn, wenn der Sterbende selbst nicht mehr die Kraft dazu aufbringt. Dieses Gebet bringt vieles zum Ausdruck: Annahme des Unbegreiflichen, Hoffnung auf Gott, Sehnsucht nach Erlösung und Frieden, sich der Hand Gottes anvertrauen.

Alle Bemühungen der Angehörigen, ÄrztInnen, Pflegepersonen, SeelsorgerInnen sind letztlich davon bestimmt, für den Kranken einzutreten und seine Sache zu vertreten. In dieser menschlichen Solidarität wird Gottes Zuwendung zu dem Kranken spürbar, die auch durch das Kreuz und den Tod hindurch bestehen bleibt.

## **Volker Keller**

### **Leben und Tod in den Religionen**

Gedanken zur Sterbebegleitung von Menschen anderen Glaubens

*In einer multikultureller werdenden Gesellschaft sind zunehmend auch solche Menschen im Sterben zu begleiten, die einer an-*

*deren als der christlichen Religion angehören. Dabei wird es immer wieder auch Situationen geben, bei denen ein christlicher Seelsorger, Pfleger oder ein anderer „Sterbebegleiter“ seinen Beistand anbieten wird. Um dies tun zu können, ist es notwendig, wenigstens Grundzüge und -vorstellungen von Gott oder Göttlichem, von Sterben, Tod und „Jenseits“ u. ä. zu kennen. red*

#### *1. Zum Gespräch mit Andersgläubigen*

Jeder muß heute damit rechnen, einem Andersgläubigen zu begegnen. Multikulturelle Gesellschaft bedeutet, bereit zu sein, sich durch Fremdes, durch Fremde berühren zu lassen. Menschen eines anderen Kulturkreises sind aber nicht ohne Offenheit für ihre Religion zu verstehen – nicht am Arbeitsplatz, nicht in der Familie, wenn die Tochter einen Moslem liebt, nicht als Hospizhelfer am Bett eines Sterbenden. Das Gespräch mit einem Fremden, das aus Angst vor Verunsicherung an der Gottesfrage vorbei gelenkt oder in nur missionarischer Absicht geführt wird, kann nicht zu einer tiefen Erfahrung werden.

Was für das Gespräch des Hospizbegleiters mit dem Sterbenden im allgemeinen gilt, das gilt für die Begegnung mit einem sterbenden Juden, Hindu, Buddhisten oder Moslem im besonderen: Ich habe ihn unvoreingenommen und bedingungslos anzunehmen mit all dem, was ihm wichtig ist. „Nehmt einander an, wie Christus euch angenommen hat . . .“, heißt es im Römerbrief. Der Sterbende ist ein mündiger, freier Mensch, der für sich weiß, wer sein Gott ist und was er diesem Gott verdankt. Am Sterbebett geht es nicht um Bekehrung, sondern um Begegnung und Hilfe; es geht um die Bedürfnisse des sterbenden Menschen; es geht darum, *ihn* zu hören, sich auf *ihn* einzulassen, sich in *ihn* hineinzudenken und bei *ihm* zu bleiben. Der barmherzige Samariter will den schwer Verwundeten nicht bekehren, er verbindet ihm seine Wunden . . . (Lk 10).

Was heißt das? Muß ich als Christ dem Moslem nach seinem Munde reden? Nein. Ein Sterbebegleiter, der Christ ist, muß sich nicht verstellen um des Kranken willen; er kann aber seinen Glauben zurückstellen und sich für die Religion des anderen interessieren. Er kann sich erzählen lassen von fremden Göttern und ihrer Macht und Größe; er