

Behandlungsabbruch und Therapiezieländerung

IMABE Infos

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli

Stand: März 2020

1. Von der kurativen zur palliativen Medizin

Von alters her hat die Medizin ihren Auftrag nie bloß in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und in der Tröstung gesehen.¹ Darin besteht die Herausforderung für die Medizin: rechtzeitig eine sinnlos gewordene Therapie zu beenden, um sich ausschließlich der symptomorientierten Leidenslinderung und der Tröstung zuzuwenden, d. h. der Sterbehilfe im ursprünglichen Sinn als Sterbebeistand und Sterbebegleitung.² Insofern kommt für Ärzte ein Behandlungsabbruch im strengen Sinn ohnehin nicht in Frage, weshalb man heute richtigerweise von Therapiezieländerung spricht.

Grundsätzlich lässt sich aus medizinischer Sicht sagen, dass die Beendigung oder der Verzicht auf eine Heilbehandlung unter fünf Bedingungen gerechtfertigt bzw. zu fordern ist,

1. wenn eine Therapie eher schadet als nützt,
2. wenn die Behandlung unwirksam ist: das heißt, dass durch sie weder eine echte Chance auf Heilung noch auf Lebensverlängerung besteht,
3. wenn der Aufwand in keinem Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht (Prinzip der Verhältnismäßigkeit),
4. wenn der Patient im Sterben liegt und
5. wenn der Patient die Therapie ablehnt.

Unter diesen Bedingungen gibt es auch aus rechtlicher Sicht keine Behandlungspflicht mit kurativem Ansatz mehr. Das Therapieziel ist nicht mehr

Heilung, sondern Symptomlinderung.

2. Kriterien zum Abbruch einer kurativen Behandlung

Anfangs wurden schon fünf Bedingungen aufgezählt, unter denen es für den Arzt ethisch und rechtlich erlaubt ist, eine kurative Therapie zu beenden oder gar nicht zu beginnen, sondern sich auf eine palliative Sterbebegleitung zu verlegen. In der klassischen Terminologie würde es sich um die Bedingungen einer legitimen indirekten Sterbehilfe handeln.

Zu Punkt 1: Wenn eine Therapie mehr schadet als nützt

Gemeint ist z. B. eine aggressive Chemotherapie mit schwerwiegenden Nebenwirkungen bei einem Patienten mit weit fortgeschrittenem Krebsleiden. Auch wenn der Patient oder die Patientin rein statistisch vielleicht die Chance auf eine Lebensverlängerung um einige Wochen hat, aber diesen „Gewinn“ mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität in den letzten Tagen seines (ihres) Lebens erkaufen muss, so wäre ein Verzicht auf derart heroische Maßnahmen ethisch durchaus vertretbar und vom Arzt seinen Patienten auch anzuraten.

Überhaupt sollte man als behandelnder Arzt die statistischen Daten von diversen Studienergebnissen nicht nur auf ihre Signifikanz, sondern auch kritisch auf deren Relevanz überprüfen. Beispielsweise sind sog. Remissionsraten (Verkleinerungen) von Tumoren, die zu keiner Lebensverlängerung und keiner Verbesserung der Lebensqualität führen, Scheinerfolge und letztlich nur eine Belastung für die Patienten, auf die jedenfalls verzichtet werden sollte.

Weiters wäre zu prüfen, ob eine ins Auge gefasste Therapie bei dem jeweiligen Patienten überhaupt noch zum Tragen kommen kann, oder ob die Lebenserwartung des Patienten infolge seines hohen Alters deutlich geringer ist als der zu erwartende Nutzen einer Therapie. Ein typisches Beispiel ist das Prostatakarzinom, bei dem die Therapieentscheidung ganz wesentlich vom Alter des Patienten abhängt. Aber auch auf eine Cholesterinsenkende Therapie wird man bei einem Patienten im vorgerückten Alter leicht verzichten können, wenn er sie schlecht verträgt.

Zu Punkt 2: Wenn eine Behandlung unwirksam bzw. sinnlos ist

Auf den ersten Blick erscheint dieser Punkt eine Selbstverständlichkeit. Tatsächlich wirft er aber einige Fragen auf.

Zunächst muss vielleicht erwähnt werden, dass vom Standpunkt der Ethik kein Unterschied besteht, ob man eine voraussehbar unwirksame Therapie gar nicht beginnt oder ob eine bereits begonnene Therapie wegen Unwirksamkeit beendet wird. In der Praxis ist dies freilich gar nicht so selbstverständlich, und dies hat wohl in erster Linie psychologische Gründe. So tut man sich z. B. relativ leicht, nach bestimmten Kriterien der ärztlichen Kunst (*lege artis*) eine künstliche Beatmung nicht zu beginnen. Wenn allerdings diese Kriterien bei einem bereits beatmeten Patienten eintreten, haben viele Ärzte und auch das Pflegepersonal Hemmungen, die Beatmung zu beenden, obwohl sie diese beim selben Patienten nicht beginnen würden. Wenn eine Therapie einmal begonnen wurde, meinen sie, darf man diese nicht mehr unterbrechen, weil dies mit dem Tod endet und dann einer direkten Tötung gleichkäme! Man muss daher nochmals festhalten (s. o.), dass in einer Situation, in der es sittlich erlaubt ist, auf eine Behandlung zu verzichten, es auch legitim ist, diese abubrechen, auch wenn dieses Abbrechen eine physische Handlung (ein Tun) erfordert. Ethisch handelt es sich um keine direkte Tötung, sondern um eine legitime aktive Handlung, bei der der Tod indirekt in Kauf genommen wird. Da man nämlich der Überzeugung ist, dass jede weitere Therapie sinnlos und der Tod nicht mehr aufzuhalten ist, beendet man die Therapie und überlässt den Patienten seinem Schicksal.⁵

Aber auch aus der Perspektive des Patienten, bei dem eine sinnlose, unwirksame Therapie bei einer todbringenden Krankheit abgebrochen werden soll, um auf eine rein palliative Alternative umzusteigen, ist dies höchst problematisch. Zunächst einmal alleine schon deshalb, weil kaum ein Patient diese schmerzhafteste Wahrheit ohne eine schwere persönliche Krise verkraften kann. Dem Arzt stellt sich daher die schwierige Frage, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, in einem solchen Fall die unwirksame Therapie zu beenden oder ob es nicht klüger wäre, die Therapie wenigstens in „homöopathischer“ Dosierung, im Sinne einer Placebobehandlung, stillschweigend weiterzuführen, um dem Patienten wenigstens einen Funken von Hoffnung zu belassen.⁶ Andernfalls kommt es immer wieder vor, dass sich solche Patienten (und auch deren Angehörige) in ihrer Verzweiflung einer Quacksalberei zuwenden, die mit ihren falschen Versprechungen den Patienten nicht nur in die Irre führen, sondern auch finanziell ruinieren können. Hier handelt es sich um eine Gewissensentscheidung, die so oder so ausfallen kann.

Zu erwähnen wäre noch, dass es auch die Situation geben kann, dass der Patient (oder seine Angehörigen) eine sinnlose Therapie einfordert oder deren Fortführung verlangt. Natürlich ist die Autonomie des Patienten wichtig. Dennoch ist der Arzt nicht lediglich ein Ausführungsorgan des Patientenwillens. Er ist zwar verpflichtet, seinen Beruf *lege artis* auszuführen, aber er braucht keine medizinisch nutzlosen Eingriffe vorzunehmen, auch wenn dies ein Patient verlangen sollte.

Zu Punkt 3: Wenn der Einsatz einer Therapie im Vergleich zum erwartbaren Erfolg unverhältnismäßig ist

Die Verhältnismäßigkeit ist ein Beurteilungskriterium, wo man sich Rechenschaft darüber gibt, ob die vorgesehenen medizinischen Maßnahmen in einem rechten Verhältnis zum erzielten Ergebnis stehen. Im weitesten Sinn fallen die Punkte 1. und 2. auch unter diese Kategorie. Im eigentlichen Sinn aber ist gemeint, ob der Aufwand der Mittel im Verhältnis zum erwartbaren Erfolg zu rechtfertigen ist. Wenn man von der Knappheit der Ressourcen ausgeht, so ist klar, dass für eine Lebensverlängerung nur um Stunden oder wenige Tage kein extrem hoher finanzieller und personeller Aufwand zu rechtfertigen ist.

Verteilungsentscheidungen über Ressourcen für das Gesundheitswesen werden zwar auf der Makroebene von der Politik getroffen. Trotzdem trifft auch den Arzt als Entscheidungsträger vor Ort eine hohe Verantwortung, mit den vorhandenen Mitteln behutsam und sparsam umzugehen.⁷

Ein weiteres Kriterium zur Beurteilung für oder gegen einen Behandlungsbeginn, ist die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit einer Therapie. Wenn der Erfolg einer aufwändigen Therapie ungewiss ist und mit einem hohen Risiko verbunden ist, unmittelbar daran zu sterben (z. B. ein riskanter operativer Eingriff), so ist es legitim, dem Patienten von der Operation abzuraten, denn bei Ungewissheit ist man nicht unbedingt zum Handeln verpflichtet.

Wesentlich zur Beurteilung der Verhältnismäßigkeit einer ins Auge gefassten Therapie ist der Gesundheitszustand eines Patienten. Bei einem hochbetagten, multimorbiden Patienten wird man auf eine nicht unbedingt notwendige Operation viel eher verzichten, als bei einem jungen, sonst gesunden Patienten, weil bei ersterem vielleicht mit einem langwierigen Verlauf und unangenehmen Komplikationen zu rechnen ist, ohne dass der Patient entscheidend profitiert.

Entscheidend ist auch die Bewusstseinslage eines Patienten. Es wäre offensichtlich unverhältnismäßig, würde man bei einem Patienten in einem

persistierenden vegetativen Stadium eine Herz- oder Nierentransplantation vornehmen, da es höchst fraglich ist, ob man einem solchen Patienten wirklich hilft bzw. seinen Zustand verbessert.

Situationen sind jedoch meistens nicht so einfach wie in diesen hier plakativ gewählten Beispielen, sondern die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit verlangt vom Arzt einerseits eine große Erfahrung und andererseits eine sensible Gewissensbildung.

Mit ins Kalkül der Verhältnismäßigkeit müssen auch die Persönlichkeit des Patienten und dessen Lebensumstände genommen werden. Auch wenn der Arzt, wie gesagt, nicht der Erfüllungsgehilfe von Patientenwünschen ist, hat der Wille des Patienten bei jeder ärztlichen Entscheidung doch ein maßgebliches Gewicht, überhaupt dann, wenn es um die Beendigung einer Therapie geht und damit verbunden um das Lebensende überhaupt. Es kann vorkommen, dass es mitunter sinnvoll und auch vertretbar ist, ein Leben nur um ein paar Tage zu verlängern, damit der Patient z. B. wichtige familiäre Angelegenheiten oder andere Anliegen noch regeln kann.

Zu Punkt 4: Wenn der Patient im Sterben liegt

Wenn die Lebensfunktionen langsam erlöschen und der Tod unmittelbar und unausweichlich bevorsteht, bedeutet jede medizinische Lebensverlängerung eine Verlängerung des Sterbeprozesses. Sterbensverlängerung ist jedenfalls nicht Auftrag der Medizin und sollte ohne triftigen Grund nicht durchgeführt werden. Die technisch-apparative und/oder medikamentöse Möglichkeit, das Leben eines Moribunden künstlich zu verlängern, begründet weder ethisch noch rechtlich eine Pflicht, dies auch zu tun!⁸

Beim Sterbenden wird der Lebenswille immer schwächer, Hunger- und Durstgefühl lassen nach. Das Essen wird oft gänzlich verweigert, und es ist sinnlos, den Patienten zum Essen zwingen zu wollen.⁹ Es überwiegen die allgemeinen Abbauvorgänge, und es kommt zu dem bekannten Phänomen der zunehmenden Schwäche, Gewichtsabnahme, Bettlägerigkeit, Schläfrigkeit, Bewusstseinstrübung. Die Umgebung wird immer weniger wahrgenommen, das Bewusstsein schwindet immer mehr bis zu einem komatösen Zustand. Die Lebenskraft geht immer mehr verloren, die Tendenz weiterzuleben schlägt allmählich in eine Tendenz um, das Leben loszulassen. Es kommt zu Verwirrtheit und zu einer eigenartigen Ruhelosigkeit. Sterbende verändern ihren Atemrhythmus, und es treten zunehmend Atempausen auf. Dadurch wird die Sauerstoffversorgung des Organismus immer schlechter. Die Durchblutung

insbesondere in der Peripherie wird gedrosselt, es kommt zu deutlichen Hautveränderungen wie Marmorierung im Körperbereich und zu eiskalten Händen und Füßen. Die Fingerspitzen werden bläulich verfärbt. Der Puls wird immer schneller, flacher und kann kaum mehr getastet werden. Die Gesichtszüge verändern sich zur sogenannten „Facies hippocratica“ mit spitzer Nase, eingefallenen Wangen und bläulichen Lippen. Man kann sagen, dass der Sterbeprozess in seiner letzten Phase begonnen hat. Versucht man, solchen Patienten das Essen gegen ihren Willen aufzudrängen, so wird dies von den meisten als Quälerei empfunden und zurückgewiesen. Allerdings sind die Sterbenden auch in diesem Zustand durchaus noch in der Lage zu hören, was gesprochen wird und zu spüren, wenn sie an der Hand genommen werden.

Durch den zunehmenden Energie- und Sauerstoffmangel kommt es langsam zu einem Funktionsverlust des Atemzentrums und des Herzens und letztlich zum Atem- und Herzstillstand.

Eine künstliche Ernährung mit einer Ernährungssonde in einer solchen Situation sowie jedwede medizinische Maßnahme, die auf Heilung einer möglichen Begleiterkrankung abzielt, sind als sinnlose und würdelose Sterbensverlängerung einzustufen.

Zu Punkt 5. Wenn der Patient eine Behandlung ablehnt

Der Vollständigkeit halber soll noch auf die Situation eingegangen werden, wenn ein Patient eine vorgeschlagene, aus der Perspektive des Arztes sinnvolle Therapie ablehnt oder die Beendigung einer begonnenen Therapie verlangt.

Grundsätzlich gilt, dass kein Patient gegen seinen Willen behandelt werden darf. Eine Therapie gegen den Willen und ohne die Zustimmung eines Patienten ist sowohl ethisch als auch rechtlich nicht erlaubt. Dieser Grundsatz ergibt sich aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und verbietet dem Arzt eine sog. eigenmächtige Heilbehandlung. Die Einwilligung des aufgeklärten Patienten (informed consent) ist zwingende Voraussetzung sowohl für den Beginn einer Behandlung als auch für deren Fortsetzung, wenn der Patient seine ursprünglich gegebene Einwilligung widerruft.

Wenngleich die Rechtslage ziemlich eindeutig ist, ergeben sich auf ethischer Ebene drei sehr differenzierte Szenarien:

1. Der Patient verweigert eine *wirksame* Therapie aus suizidaler Absicht. Grundsätzlich kann aber gesagt werden, dass der Arzt alles daransetzen wird, den

Patienten bzw. die Patientin von deren Entschluss abzubringen, wobei sowohl das Pflegepersonal, Freunde und Verwandte, Psychologen, als auch im gegebenen Fall ein Seelsorger mit einbezogen werden sollten. Der Todeswunsch eines Patienten ist in den allermeisten Fällen Ausdruck und Symptom einer schweren psychischen Krise und es ist die Aufgabe aller Beteiligten, ernsthafte Anstrengungen zu unternehmen, um dem Patienten über diese Krise hinwegzuhelfen.

Ähnlich ist der Fall gelagert, in der sich ein Patient mit suizidaler Absicht entscheidet auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten (FVNF). In der Regel hat er noch Appetit und Durst. Die Entscheidung zum Sterbefasten ist daher klar von jenen Patienten zu unterscheiden, die aufgrund einer fortgeschrittenen Krankheitssituationen die Lust am Essen und Trinken verlieren.¹² Sterbefasten ist moralisch und auch rechtlich gesehen Suizid d. h. Selbsttötung. Die formelle Mitwirkung bei Sterbefasten stellt daher eine Beihilfe zum Suizid dar. Ausschlaggebend dazu ist die Absicht, d. h. die freiwillige Entscheidung eines Menschen seinem eigenen Leben ein Ende zu setzen bzw. die Absicht eines Menschen einen anderen dabei zu unterstützen (Mitwirkung). Dass bei der FVNF der Tod durch Unterlassung herbeigeführt wird, ist ethisch irrelevant. Der Todeswunsch ist meist auf Ängsten vor unerträglichen Schmerzen, Verlust von Autonomie, dem Tod durch Ersticken oder auf der Angst basiert, anderen zur Last zu fallen. Aus Sicht der Psychiatrie sind derartige schwere Krankheitsbilder glücklicherweise gut behandelbar, sodass sich Betroffene oft schon nach kurzer Zeit erholen. Hier braucht es eine Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung sowie intensive ärztliche, pflegerische und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung.

2. Der Patient verweigert die Fortsetzung der begonnenen Therapie, weil er sie zu belastend bzw. unerträglich findet. In einem solchen Fall wird der Arzt die Entscheidung des Patienten nachvollziehen und respektieren können. Allerdings ist er verpflichtet, auf die möglichen nachteiligen Konsequenzen aufmerksam zu machen und eine wenn möglich alternative Behandlung anzubieten.

3. Es kommt gar nicht so selten vor, dass ein Patient eine notwendige, lebensrettende Therapie aus Unverständnis über den Ernst der Lage und vielleicht auch aus unbegründeter Angst vor den physischen und psychischen Belastungen, ablehnt. Erschwerend kommen dazu oft mehr oder weniger wohlmeinende Ratschläge von Verwandten und Freunden, denen es aber an entsprechender medizinischer Kompetenz fehlt. Da es sich in solchen Fällen meist um völlig irrationale, fehlgeleitete und grundlose Entschlüsse handelt, ist der Arzt ethisch verpflichtet, alles ihm Mögliche zu unternehmen, um den Patienten, notfalls auch unter Einbeziehung der Vertrauenspersonen, von seinem Entscheid abzubringen

bzw. ihn umzustimmen. In solchen Situationen erweist sich exemplarisch die Besonderheit des Arztberufes und das außergewöhnliche, weil asymmetrische Verhältnis von Arzt und Patient. Sie sind nicht Geschäftspartner im Sinne von Auftraggeber und Auftragnehmer, sondern der Heilauftrag des Arztes besteht darin, stets das Wohl seines Patienten vor Augen zu haben und dafür verantwortlich zu sein.

3. Kultur des Sterbens

Würdiges Sterben geschieht sicher nicht, wenn der leidende Mensch getötet wird, um das Leid zu lindern.¹⁰ Es geschieht aber ebenso wenig, wenn dem sterbenden Menschen die Möglichkeit genommen wird, die letzten Stunden und Minuten seines Lebens als bewusstes Geschehen zu erfahren, das auf einzigartige und geheimnisvolle Weise noch ein letztes Mal den innersten Kern des Menschen ergreift und erschüttert. Darin besteht auch die Gefahr der heute weit verbreiteten sog. palliativen Sedierung, wenn sie kritiklos angewendet wird.¹¹

Wenn der Patient einmal unwiderruflich im Sterben liegt, so sind weniger unsere technischen Fähigkeiten gefragt, als unser menschliches Einfühlungsvermögen, indem wir dem Patienten mit Wahrhaftigkeit begegnen und ihn nicht aus falschem Mitleid belügen, sondern ihm nicht aus dem Weg gehen, seine Fragen beantworten, auf seine Nöte und Wünsche eingehen und sie zu verstehen suchen. Ärzte, Pflegepersonen und die Verwandten sind dazu aufgerufen, dem Sterbenden die letzten Stunden so friedvoll wie nur immer möglich zu gestalten, indem wir für ausreichende Körperpflege sorgen, für ein ordentliches Bett und ein geordnetes Zimmer in einer würdigen respektvollen Atmosphäre, auch wenn der Patient davon vielleicht gar nichts mehr mitbekommt. Es ist auch unsere Pflicht, uns darum zu kümmern, dass der Patient seine Angelegenheiten und letzten Verfügungen noch regeln kann, und auch darum, dass er in Respektierung seines Glaubens noch rechtzeitig den nötigen geistlichen Beistand bekommt. Wenn der Patient in seinen letzten Tagen und Stunden nicht nur technische Machbarkeit und geschäftige Routine erfährt, sondern echte menschliche Wärme und Anteilnahme und wenn ihm bewusst wird, dass nicht er von uns, sondern wir von ihm beschenkt werden, dann wird er auch in einem leidvollen Leben sehr wohl noch einen Sinn erkennen, das Sterben in Würde annehmen und kaum den Wunsch äußern, aus Verzweiflung sein Leben zu beenden.

Referenzen

1 Torrello J. B., *Saluti et solatio aegrorum. Über die Tröstung des Kranken in der heutigen Medizin*, in: Bonelli J. (Hrsg.), *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin*, Springer Verlag, Wien - New York (1992), S. 229 ff.

2 Herranz G., *Euthanasie – Gebote und Verbote der Sterbehilfe*, in: Thomas H. (Hrsg.), *Menschlichkeit in der Medizin*, Verlag Busse Seewald GmbH, Herford (1993), S. 221 ff. (zitiert in: Bonelli J., *Grenzen des ärztlichen Heilungsauftrags. Überlegungen zum Handlungsverzicht*, *Imago Hominis* (1996); 3(2): 102-106).

3 Schreyer I., *Zu Hause sterben – ein Mythos?* *Imago Hominis* (2018); 25(3): 195-203; Kössler H., *Zu Hause Sterben – Herausforderungen für mobile Palliativteams*, *Imago Hominis* (2018); 25(3): 185-193.

4 Lukaseder W. (Hrsg.), *Leben in Fülle. Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge*, Österr. Bischofskonferenz, Wien (2006), S. 24; Roth G., *Juro, spondeo ac polliceor. Konstanz und Wandel der ärztlichen Eide und Gelöbnisse*, *Imago Hominis* (1995); 2(1): 9-16, hier S. 9 ff.

5 Prat E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, *Imago Hominis* (1999); 6(1): 11-31, hier S. 11; Thomas H., *Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert*, *Ethik Med.* (1993); 5: 70-80, zitiert in: Prat E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, *Imago Hominis* (1999); 6(1): 11-31, hier S. 11.

6 Auner N., *Placebogabe und ärztliches Ethos*, *Imago Hominis* (2006); 13(3): 229-235, hier S. 229 ff.

7 Prat E. H., siehe Ref. 5.

8 Memmer M., *Wann endet die Behandlungspflicht des Arztes? Unterlassung bzw. Abbruch einer Behandlung*, *Imago Hominis* (2002); 9(1): 51-59, hier S. 51 ff.

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

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

11 Sprung C. L., *Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. Emerging Issues From a Global Perspective*, Journal of Palliative Care (2018): doi.org/10.1177/0825859718777325.

12 Weixler D., *Palliative Sedierungstherapie. Richtlinien und Grenzen*, Imago Hominis (2018); 25(2): 105-112, hier S. 113 ff.