

# Schwierige medizinische Entscheidungen aus einer jüdischen Perspektive – Teil IV – Parascha Mischpatim

30. Januar 2022 – 28 Shevat 5782



□□□□

## Parascha Mischpatim

Die Parscha spricht von der Pflicht, medizinische Hilfe zu leisten, zu suchen und zu empfangen. Heutzutage gibt es auch in jüdischen Kreisen viele sehr schwierige medizinische Fragen, die halachische Probleme verursachen.

### **Palliative Behandlung: Definitionen und Entscheidungen**

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die medizinischen Aspekte der Palliativbehandlung in der Praxis. Diese medizinischen Daten sind äußerst wichtig, um halachische Entscheidungen und Schlussfolgerungen zu treffen (siehe Ende dieses Kapitels).

### **Gesamte Schmerz-Betrachtung**

Viele Menschen denken, dass Palliativmedizin gleichbedeutend mit Schmerztherapie ist. Dies ist falsch. Die Schmerzbehandlung ist in der Tat ein wichtiger Bestandteil der

Palliativmedizin. In der Palliativmedizin wird jedoch die "gesamte Schmerz-Betrachtung" verfolgt. Das bedeutet, dass nicht nur das körperliche Leiden berücksichtigt wird, sondern auch andere Formen des Leidens.

### **Spirituelles Leiden**

Spirituelles Leid ist eine Folge des nagenden Gewissens. Viele Fragen nach dem Sinn drängen sich auf: Warum sollte die Menschheit leiden? Was war der Sinn meines Lebens? Wie kann ich meine Fehler wieder gutmachen? Was ist der tiefere Sinn des Lebens? Warum widerfährt dieses Elend nur mir? Wenn Gefühle von Angst oder Hilflosigkeit auftreten, handelt es sich um psychisches Leiden. Der Verlust von Status oder Arbeit kann zu sozialem Leid führen. Je nach Art und Ausmaß dieser Probleme kommt es zu einem Schmerzempfinden.

### **Schmerzempfinden sehr subjektiv**

Jeder Mensch erlebt Schmerz auf seine eigene Art und Weise. Was der eine als starken Schmerz empfindet, findet der andere erträglich. Die Schmerzerfahrung hängt auch von vielen anderen Faktoren ab, sowohl von zufälligen als auch von strukturellen: In einem Moment kann man mehr fühlen als in einem anderen. Kulturelle oder religiöse Überzeugungen, Stimmung und Gemütsverfassung sowie andere Schmerzerfahrungen spielen hierbei eine wichtige Rolle. All diese Aspekte werden bei der Behandlung berücksichtigt.

### **Medizinische Literatur**

Praktisch alle Schmerzen sind nach der Literatur behandelbar. Neuropathische Schmerzen (verursacht durch Nerveneinklemmungen) reagieren jedoch weniger empfindlich auf die üblichen Schmerzmittel. Tabletten sind die wichtigsten Schmerzmittel. Bei der Behandlung von Schmerzen lassen sich drei Phasen unterscheiden:

-bei leichten Schmerzen beginnt man mit Paracetamol oder

entzündungshemmenden Mitteln. Wenn diese nicht funktionieren, dann

-werden die entzündungshemmenden Mittel durch schwache Opioide ergänzt.

-Später werden stärkere Opioide eingesetzt.

Diese Medikamente können durch normale menschliche Zuwendung, Massagen, Entspannungsübungen, Operationen, Nervenblockaden, psychologische Unterstützung oder Physiotherapie ergänzt werden. Diese so genannten komplementären Pflegeformen sind oft eine wichtige Ergänzung zu den Medikamenten. Letztlich geht es um das allgemeine Wohlbefinden des Patienten, was eine sehr subjektive Erfahrung sein kann, für die keine allgemeinen Regeln gelten.

### **Medizinisch unterstütztes Sterben: ein konzeptioneller Rahmen**

Es lassen sich drei Kategorien des "medizinisch unterstützten Sterbens" unterscheiden, und zwar

1) Eine Situation, in der Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, ob eine kurative oder lebensverlängernde Behandlung eingeleitet oder fortgesetzt werden soll.

2) Symptomkontrolle: Die Behandlung zielt darauf ab, die Lebensqualität und den Komfort des Patienten zu maximieren.

3) Aktive Beendigung des Lebens.

1) Wenn ein Patient im Endstadium zu sein scheint, stehen Arzt und Patient vor einer Reihe von schwierigen Entscheidungen. Man kann in zwei Richtungen gehen. Entweder man entscheidet sich, eine bestimmte Behandlung abzubrechen oder aufzugeben, weil sie nicht mehr als nützlich oder wirksam angesehen wird. Oder man entscheidet sich dafür, eine bestimmte Behandlung fortzusetzen oder zu beginnen, um das Leben zu heilen oder zu verlängern.

Es ist wichtig zu erkennen, dass die Entscheidung, nicht zu behandeln, oft nichts mit der Verkürzung (oder Nicht-Verlängerung) des Lebens zu tun hat. In solchen Fällen handelt es sich um Behandlungen, die nicht mehr wirksam sind und nicht zur gewünschten Heilung oder Lebensverlängerung führen.

Nach niederländischem Recht muss die Entscheidung eines Patienten, seine Zustimmung zu einer Behandlung zu verweigern oder zu widerrufen, respektiert werden, auch wenn dies unweigerlich zu einem frühen Tod führt. Dies kann manchmal im Widerspruch zur jüdischen Sichtweise stehen.

2) Wenn die Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht den erhofften Erfolg bringt und man vermutet, dass das Ende naht, ist das Wohlbefinden des Patienten und seiner Familie das wichtigste Anliegen. Ziel ist es, die bestmögliche Kontrolle der Symptome und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen.

Bei der Kontrolle der Symptome wird der Schmerzkontrolle große Aufmerksamkeit gewidmet. Der Gedanke der Verhältnismäßigkeit (Verabreichung der notwendigen Medikamente und Dosierungen) ist ein zentrales Element der Definition von Schmerzkontrolle. Eine Schmerzlinderung, die auch unter Beachtung der gebotenen Verhältnismäßigkeit erfolgt, wirkt sich nur in Ausnahmefällen lebensverkürzend aus. Im Gegenteil, oft wird eine lebensverlängernde Wirkung vermutet!

Wenn es sich als unmöglich erweist, bestimmte Symptome mit Medikamenten, die den Patienten bei vollem Bewusstsein lassen, angemessen zu kontrollieren, kann auf palliative Pflege zurückgegriffen werden. Die palliative Sedierung hat, wenn sie richtig angewendet wird, nur in Ausnahmefällen eine lebensverkürzende Wirkung. Dennoch gibt es halachische Einwände gegen die palliative Sedierung (siehe unten).

3) Sterbehilfe ist eine Form der aktiven Lebensbeendigung. Der Abbruch oder das Unterlassen einer lebensverlängernden

Behandlung gilt nicht als Sterbehilfe, da die Sterbehilfe einen aktiven Eingriff (Verabreichung eines tödlichen Medikaments) voraussetzt, der den Tod herbeiführt. Aus jüdischer Sicht fällt die passive Sterbehilfe jedoch fast immer unter das Sterbehilfe-Verbot.

### **Palliative Sedierung**

Palliative, terminale oder kontrollierte Sedierung ist die Versetzung eines (terminalen) Patienten in einen tiefen Schlaf. Das Ziel ist die Linderung von Leiden. Das Senken des Bewusstseins ist ein Mittel, um dies zu erreichen. In der Regel erfolgt die Sedierung kontinuierlich bis zum Tod, aber in einigen Fällen kann die Sedierung auch für einen kurzen Zeitraum oder mit Unterbrechungen erfolgen. Auch die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr wird in der Regel aufgegeben, da sie nicht mehr sinnvoll ist und bei sedierten Patienten sogar gefährlich sein kann. Der Ausgangspunkt ist, dass die palliative Sedierung eine Form der normalen medizinischen Behandlung ist.

### **Unterschiede zwischen palliativer Sedierung und Sterbehilfe**

Die palliative Sedierung unterscheidet sich von der Sterbehilfe dadurch, dass sie nicht darauf abzielt, das Leben zu verkürzen/beenden. Es gibt keine Beweise dafür, dass eine korrekt verabreichte palliative Sedierung das Leben verkürzt. Die Verwendung einer adäquaten Dosis von Benzodiazepinen, die üblicherweise in der palliativen Sedierung eingesetzt werden, führt nicht zum Tod eines Patienten. *Bei sorgfältiger Verabreichung kann die Sedierung die Belastung für den Patienten verringern und so den Sterbeprozess verlangsamen, anstatt ihn zu beschleunigen.* Das bedeutet, dass sich palliative Sedierung und Sterbehilfe deutlich voneinander unterscheiden. Die palliative Sedierung wird gewählt, wenn der Patient nicht mehr leiden, aber auch nicht sein Leben beenden will.

## **Flüssigkeitszufuhr, Ernährung und Basismedikation**

Ein Arzt kann beschließen, mit einer tiefen Sedierung bis zum Tod zu beginnen, wenn dieser in angemessener Zeit (innerhalb von ein bis zwei Wochen) zu erwarten ist.

Da eine Sedierung nicht lebensverkürzend sein sollte, verlangt das Judentum, dass weiterhin Flüssigkeit und/oder Nahrung und/oder Basismedikamente verabreicht werden, da ein sedierter Patient, der keine Flüssigkeit usw. erhält, schneller an Dehydrierung stirbt, als es sonst der Fall gewesen wäre.

## **Intermittierende palliative Sedierung**

Wenn der Patient *unbehandelbare Krankheitssymptome* (refraktäre Symptome) hat, aber der Tod nicht innerhalb von ein bis zwei Wochen zu erwarten ist, kann eine kurzzeitige oder intermittierende palliative Sedierung durchgeführt werden. Eine kurzzeitige oder intermittierende Sedierung bietet in manchen Situationen die Möglichkeit, festzustellen, ob ein Symptom dauerhaft unbehandelbar ist.

In der (niederländischen) Regelung, in der eine tiefe und kontinuierliche Sedierung bis zum Tod erfolgt, werden keine (künstlichen) Flüssigkeiten verabreicht. Im Prinzip werden Flüssigkeiten zur kurzzeitigen oder intermittierenden Sedierung verabreicht. Die überwiegende Mehrheit der Patienten, die für eine palliative Sedierung in Frage kommen, isst und trinkt zum Zeitpunkt der Einleitung der palliativen Sedierung kaum und stirbt in der Regel innerhalb weniger Tage nach der Einleitung.

Die Sedierung an sich hat keine lebensverkürzende Wirkung, aber das ist oft der Fall, wenn keine Flüssigkeit verabreicht wird, wenn die verbleibende Lebenserwartung mehr als eine Woche beträgt. Eine Infusion kann das Leben verlängern, dient aber weder einem therapeutischen noch einem palliativen Zweck, wenn das Bewusstsein dauerhaft ausgeschaltet ist.

## **Es ist verpflichtend, die Verweigerung von Flüssigkeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu besprechen**

Ist der Patient *noch in der Lage, Flüssigkeit zu sich zu nehmen*, muss der Arzt vor der Entscheidung für eine kontinuierliche Sedierung mit dem Patienten und den nächsten Angehörigen besprechen, welche Folgen es hat, wenn er aufgrund der tiefen Sedierung keine Flüssigkeit mehr zu sich nehmen kann. Mit der kontinuierlichen Sedierung kann erst begonnen werden, wenn der Patient beschließt, die Flüssigkeitszufuhr zu stoppen. Wenn der Patient den Wunsch äußert, weiterhin Flüssigkeit zu sich zu nehmen, ist eine oberflächliche, kurze oder intermittierende palliative Sedierung eine Option.

## **Risiken der künstlichen Flüssigkeitszufuhr**

Bei Patienten, *die nicht mehr in der Lage sind, Flüssigkeit zu sich zu nehmen*, ist die Verabreichung von Flüssigkeit medizinisch nutzlos. Die künstliche Verabreichung von Flüssigkeit kann das Leiden verlängern oder sogar verschlimmern, indem sie Ödeme, Schmerzen, Bronchialsekretion, erhöhte Urinproduktion und Inkontinenz verstärkt. Umgekehrt kann es kein "zusätzliches" Leiden geben, wenn die künstliche Flüssigkeitszufuhr eingestellt wird. Das Leiden wird durch die tiefe und kontinuierliche Sedierung beseitigt.

**Obwohl die palliative Sedierung nicht (unmittelbar) tödlich ist, wird die Grenze des halachisch Zulässigen dennoch überschritten, wenn beschlossen wird, die Verabreichung von Flüssigkeit und/oder Nahrung und/oder Basismedikamenten zu stoppen, die den Tod beschleunigen oder beschleunigen können.**