

Ethische Aspekte der Alterspsychiatrie

1 . ALLGEMEINE GESICHTSPUNKTE

1.1 Förderung der Patientenwohls

Die wichtigste Aufgabe des Arztes besteht darin, das gesundheitliche Wohl des Patienten zu fördern. Dieses Ziel lässt sich vor allem durch Bekämpfung von Krankheitssymptomen, Linderung krankheitsbedingter Leidenszustände, Wiedereingliederung des Patienten in sein gewohntes Umfeld und Rückfallverhütung erreichen. Eine vollkommene Wiederherstellung der Gesundheit ist aber bei seelischen Alterserkrankungen nicht immer möglich. Die Medizin muss sich daher mehr und mehr auf unvollständige Heilungen, residuale Behinderungen, chronische oder rezidivierende Krankheiten und auf Langzeitbehandlungen einstellen.

Gegenüber den lebensrettend-kurativen Maßnahmen gewinnen damit rehabilitative, und palliative Aspekte der Therapie an Bedeutung. Die sittliche Einstellung, die einem solchen Perspektivenwandel zugrunde liegt, ist eine Ethik der Fürsorge, bzw. eine „Beziehungsethik“. Ihr Leitgedanke besteht darin, dem Erkrankten eine Atmosphäre von Toleranz, Geborgenheit und Zuwendung zu verschaffen, in der er in seiner veränderten Existenz angenommen, bestätigt und begleitet wird, mitmenschliche Beziehungen gepflegt werden und seine Wünsche und Bedürfnisse Beachtung finden. Namentlich im Endstadium progredienter Demenzprozesse sollte sich die Behandlung auf mitmenschlichen Beistand und auf palliative Maßnahmen konzentrieren, wie sie den Leitgedanken der Hospizbewegung entsprechen. Es geht dann um die Aufrechterhaltung menschlicher Würde. Diese ist keine akzidentelle Qualität, die an die personalen Voraussetzungen von Rationalität, Selbstbestimmung oder Bewusstsein gebunden wäre. Sie ist ein Anspruch, der von jedem Menschenleben ausgeht, auch wenn er von seinem Träger nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden kann. Die Sichtbarmachung und Erfüllung dieses Anspruchs ist ein interaktionelles Phänomen und stellt eine Anerkennungshandlung dar, die uns von anderen gewährt oder vorenthalten werden kann.

1.2 Respekt vor der Autonomie des Erkrankten

Die Achtung vor der Freiheit des Denkens, Entscheidens und Handelns von Patienten ist ein grundlegendes Gebot ärztlicher Ethik. Gerade durch sein Wissen um die freiheitliche Selbstbestimmung des Erkrankten und durch den erkennbaren Respekt vor dessen Autonomie trägt der Arzt zu einer Atmosphäre bei, in der eine vertrauensvolle Beziehung entsteht und der Patient aufgrund medizinischer Informationen und Empfehlungen sowie eigener Einsichten und Überzeugungen zu vernünftigen Entscheidungen und eventuell zu einer längeren Zusammenarbeit mit dem Arzt bereit ist. Weder eine Demenz noch eine andere geistige oder seelische Erkrankung hebt die individuelle Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Betroffenen vollständig auf. In der Regel tritt vielmehr lediglich eine Kompetenzbeeinträchtigung hinsichtlich einzelner konkreter Sachverhalte ein, während der Patient in anderen Bereichen seines Urteilens, Entscheidens und Handelns noch durchaus autonom ist. Für den Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Personen ist also die Wahrnehmung erhaltener Kompetenzbereiche eine wichtige ethische Forderung. Die Außerachtlassung dieses Prinzips kann leicht dazu führen, dass eine Fülle von Alltagsentscheidungen aber auch von Maßnahmen, die in folgenschwerer Weise in die persönliche Freiheit des jeweiligen Kranken eingreifen, über seinen Kopf hinweg gefällt werden und sich an dessen vermeintlichem Wohl oder

an dem Wunsch nach Verringerung des Betreuungsaufwands orientieren, den Patientenwillen aber nicht berücksichtigen. Die Enteignung der Individualität ist ein sicherer Weg, um die Achtung vor der Würde des Mitmenschen zu verlieren und ihn von der eigenen, bewusst oder unbewusst ausgeübten Macht abhängig zu machen.

1.3. Verhüten von Schädigungen

Es gehört zu den ethischen Verpflichtungen gerontopsychiatrisch Tätiger, Schädigungen wahrzunehmen und soweit als möglich abzuwenden, die durch Mängel der medizinischen und pflegerischen Versorgung alterskranker Personen entstehen können. Hierzu gehören Missstände in Alten- und Pflegeheimen, wie z. B. zu wenig oder mangelhaft qualifiziertes Personal, schlechte Arbeitsbedingungen, unzureichende Kommunikation und psychosoziale Betreuung, fehlende Zeit und zu geringe Intensität der Pflege für den einzelnen Patienten. Dringend erforderlich ist auch die Förderung und Verbesserung der ambulanten Versorgung von Schwerkranken, Dementen und Sterbenden, die verbindliche Einbeziehung palliativmedizinischer Prinzipien in die ärztliche und pflegerische Betreuung und der weitere Ausbau von Sterbebegleitung und Hospizdiensten.

1.4. Wahrung der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Leistungen

Einige ethische Theorien halten eine Altersrationierung gesundheitlicher Leistungen im Falle der Verknappung öffentlicher Mittel für vertretbar. Dagegen ist jedoch einzuwenden, dass jedes Mitglied der Gesellschaft unabhängig vom Alter einen unverletzlichen Anspruch auf gleichen Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen haben muss und dass dieses Recht auf Solidarität nicht durch das Wohl eines anderen Menschen außer Kraft gesetzt werden kann. Bei zunehmender Ressourcenverknappung sollte sogar denjenigen Gesundheits- und Sozialleistungen eine hohe Priorität eingeräumt werden, die eine menschenwürdige Pflege chronisch Kranker und Behinderter gewährleisten und damit der häufigen Unterversorgung und Benachteiligung alterskranker Personen entgegenwirken.

2. SPEZIELLE PROBLEMBEREICHE

2.1 Aufklärung

Es gehört zu den rechtlichen und ethischen Verpflichtungen des Arztes, den Patienten über dessen Erkrankung sowie ihre Ursachen und voraussichtlichen Folgen aufzuklären und ihn hinsichtlich der Notwendigkeit weiterer diagnostischer Verfahren sowie über Nutzen und Risiken der Behandlungsoptionen zu informieren. Dies ist auch im Falle einer ungünstigen Prognose unerlässlich, da die Kenntnis der Diagnose den Patienten in die Lage setzt, mithilfe seiner Angehörigen ausreichende Vorkehrungen in Bezug auf die weitere Lebensgestaltung zu treffen. Die Aufklärung sollte allerdings in schonender Form erfolgen. Dabei ist die Tatsache zu bedenken, dass ältere Menschen oft dazu neigen, sich in schwierigen Entscheidungssituationen sehr stark auf fachliche Kompetenz und persönliche Glaubwürdigkeit des Arztes zu verlassen und ihrem Informationsbedürfnis keine gleichrangige Bedeutung beizumessen. Meist empfiehlt es sich, das Aufklärungsgespräch im Beisein eines nahestehenden Familienmitglieds zu führen, sofern dies vom Patienten nicht anders gewünscht wird und keine schwerwiegenden Bedenken dagegen sprechen. Ein solches Vorgehen ist deshalb ratsam, weil seelische Erkrankungen im höheren Lebensalter - namentlich fortschreitende Demenzprozesse - mit erhebli-

chen Belastungen für die Angehörigen einhergehen, die daher von vorneherein in die ärztliche Beratung und Behandlung einzubeziehen sind.

2.2 Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten in Bezug auf eine medizinische Maßnahme setzt voraus, dass er die diesbezügliche ärztliche Information verstehen, in ihrer Bedeutung erfassen und in ihrer persönlichen Tragweite bewerten kann; außerdem muss er in der Lage sein, sich ein beständiges Urteil zu bilden und dieses zum Ausdruck zu bringen. Die Schwelle der Kompetenzeinbuße, oberhalb derer der Arzt vom Vorliegen einer Einwilligungsfähigkeit hinsichtlich eines spezifischen Sachverhalts ausgeht, sollte von Schwierigkeit und Komplexität der jeweiligen Entscheidung, vom Zustimmungs- bzw. Ablehnungsverhalten des Patienten und von dem Nutzen-Risiko-Verhältnis der in Aussicht genommenen Intervention abhängig gemacht werden. Stimmt also der Patient einem risikoarmen, für ihn vorteilhaften Eingriff zu oder lehnt er eine gefährliche Maßnahme mit zweifelhaftem Nutzen ab, so kann die Schwelle für die Annahme der Einwilligungsfähigkeit niedrig liegen; sie muss aber hoch sein, wenn einer risikoreichen Maßnahme zugestimmt oder ein medizinisch vorteilhafter, notwendiger und ungefährlicher Eingriff abgelehnt wird. Die Festlegung derartiger Schwellendifferenzen bei der Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ist ethisch bedeutsam, weil hierdurch der größtmögliche Respekt vor der Autonomie und Entscheidungsfreiheit des Patienten mit dem größtmöglichen Schutz des Erkrankten gegenüber irrationalen Entscheidungen verbunden wird.

2.3 Vorausverfügte Willenserklärungen

In einer Patientenverfügung kann eine entscheidungsfähige Person ihren Willen bezüglich einer ärztlichen Behandlung für den Fall eines krankheitsbedingten Verlusts eigenverantwortlicher Willensbildung im Voraus schriftlich festlegen. Damit ist gewährleistet, dass den persönlichen Wünschen eines schwer Erkrankten in Bezug auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen auch dann entsprochen wird, wenn er zu selbständigen Entscheidungen nicht mehr in der Lage ist. Die Patientenverfügung gilt als eine Festlegung, deren Wirksamkeit nicht von einer vorausgehenden ärztlichen Beratung abhängt und an die der Arzt gebunden ist, sofern sie sich auf die eingetretene Behandlungssituation bezieht und keine Umstände für eine Sinnesänderung des Patienten vorhanden sind. In ihrer Beziehung auf eine konkrete Situation bedürfen Patientenverfügungen in der Regel der Auslegung. Es ist ratsam, dass diejenigen, die an der Anwendung einer solchen Verfügung auf eine gegebene medizinische Situation beteiligt sind - vor allem Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige, Bevollmächtigte oder gesetzliche Vertreter - hierzu das Gespräch miteinander suchen. Sofern bei einem schwer Demenzkranken Anzeichen von Lebenswillen vorhanden sind, wird hierdurch die Bindungswirkung einer behandlungsablehnenden Patientenverfügung außer Kraft gesetzt. Strittig ist, ob sich die in einer Patientenverfügung festgelegte Abwehr lebenserhaltender Maßnahmen auch auf Situationen erstrecken kann, bei denen das Grundleiden des Erkrankten keinen tödlichen Verlauf erwarten lässt. Hinsichtlich der Gültigkeit, Verbindlichkeit, Reichweite und Durchsetzung von Patientenverfügung besteht derzeit noch ein gesetzlicher Regelungsbedarf; die notwendigen Klarstellungen werden demnächst durch eine Ergänzung des Betreuungsrechts erfolgen.

Eine vorausverfügte Selbstbestimmung kann auch dadurch ausgeübt werden, dass mittels einer Vorsorgevollmacht eine Person des Vertrauens als Bevollmächtigte für Behandlungsentscheidungen eingesetzt wird; eine solche Vollmacht, die anstelle einer Pa-

tientenverfügung oder als deren Ergänzung erteilt wird, hat den Vorteil, dass die Vertrauensperson im Falle einer krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit des Vollmachtgebers selbständige Entscheidungen über Art und Umfang der medizinischen Behandlung treffen kann, die sowohl auf vorab geäußerten Wünschen und Vorstellungen des Kranken als auch auf einer medizinischen Aufklärung über den mittlerweile eingetretenen Krankheitszustand beruhen.

2.4 Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch

Der beständige Wunsch eines selbstbestimmungsfähigen und ausreichend aufgeklärten Patienten nach Unterlassung oder vorzeitiger Beendigung einer medizinischen Intervention ist auch dann unbedingt zu beachten, wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen deckt. Dem Erkrankten muss aber dabei geholfen werden, seine Entscheidung zu überdenken. Bei einwilligungsunfähigen Demenzkranken, die ihren Behandlungswillen nicht vorab durch eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht zum Ausdruck gebracht haben, tritt oft die Frage auf, ob lebenserhaltende Maßnahmen auch dann erfolgen sollen, wenn eine schwerwiegende körperliche Zweiterkrankung zu dem Grundleiden hinzutritt. Die Entscheidung hierüber hängt in erster Linie davon ab, ob die in Aussicht genommene ärztliche Intervention eine ausreichende Erfolgsaussicht bietet und aus palliativen Gründen erfolgen soll, um das Leiden des Betroffenen zu erleichtern oder ob der geplante Eingriff ausschließlich der Lebensverlängerung dient.

Besonders schwierig sind Entscheidungen über den Verzicht oder Abbruch künstlicher Ernährung in fortgeschrittenen Stadien eines Demenzprozesses. Das Anlegen einer Magensonde erfolgt häufig in der Absicht, den pflegerischen Aufwand zu verringern, der mit der Fütterung des Kranken verbunden ist. Eine solche missbräuchliche Anwendung der Sondenernährung ist ethisch nicht vertretbar; ihr muss daher von ärztlicher und pflegerischer Seite entgegengewirkt werden. Außerdem bestehen erhebliche Zweifel daran, ob das Anlegen einer Magensonde die Überlebensrate von Demenzkranken erhöht, ihre Lebensqualität verbessert oder die unerwünschten Folgen einer Mangelernährung beseitigt. Dem Wohl des Patienten ist daher meist besser gedient, wenn man den natürlichen Verlauf der Krankheit zulässt und sich auf eine optimale pflegerische Basisversorgung beschränkt. Sofern aber die persönlichen Wünsche des Patienten nicht bekannt sind, bedarf die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung einer sorgfältigen individuellen Abwägung, die von dem Behandlungsteam und dem Handlungsbevollmächtigten des Betroffenen unter Einbeziehung der Angehörigen vorgenommen werden muss. Beim Anlegen einer Magensonde ist zu bedenken, dass deren Entfernung zu einem späteren Zeitpunkt bei den hieran Beteiligten oft größere Konflikte hervorruft als der Entschluss, von vorneherein hierauf zu verzichten.

2.5 Ärztliche Maßnahmen am Lebensende

Ärztliche Maßnahmen am Lebensende setzen Entscheidungen voraus, die in der besonderen Situation unheilbar Kranker und Sterbender zu treffen sind. Hierfür sind grundlegende Werte und Normen maßgeblich, die in der Menschenwürde und den Menschenrechten verankert sind. Zu ihnen gehören vor allem der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, der Anspruch auf Selbstbestimmung und das Prinzip von Solidarität und Fürsorge. Ein Grundproblem der ethischen Bewertung von Entscheidungen und Handlungen am Lebensende besteht darin, dass diese im Grundsatz von allen ak-

zeptierten Prinzipien bei den unterschiedlichen Fallkonstellationen zueinander in Konflikt geraten können und kein Konsens darüber besteht, wie dann zwischen ihnen auszugleichen ist.

Unter dem Begriff der Sterbebegleitung versteht man Maßnahmen der Pflege und Betreuung von tödlich Erkrankten und Sterbenden. Hierzu zählen vor allem die körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühl sowie das Mindern von Schmerzen, Übelkeit, Atemnot und Angst. Dazu gehören ebenso menschliche Zuwendung sowie psychologischer und spiritueller Beistand, die dem Patienten und dessen Angehörigen gewährt werden.

Im Gegensatz zur Sterbebegleitung führen alle anderen ärztlichen Entscheidungen am Lebensende zur einer - ungewollten aber möglichen - oder zu einer - beabsichtigten und sicheren- Lebensverkürzung des Patienten. Sie können bei sterbenden Patienten angewandt werden oder bei noch nicht Sterbenden mit dem Ziel erfolgen, das Sterben in Gang zu setzen oder den Tod herbeizuführen. Von einer „Hilfe beim Sterben“ sollte man nur dann sprechen, wenn sich der Erkrankte in unmittelbarer Todesnähe befindet. Das Einsetzen des Sterbeprozesses kündigt sich entweder bereits durch das unwiderufliche Erlöschen einer oder mehrerer lebenswichtiger Organfunktionen an, oder das Eintreten des Todes ist als Folge einer unaufhaltsam fortschreitenden, irreversiblen Grundkrankheit nach ärztlichem Urteil in Kürze zu erwarten. Zu diesen Fallkonstellationen gehören das „Sterbenlassen“ und die „Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Folge palliativer Behandlungsverfahren“. Eine „Hilfe zum Tode“ betrifft dagegen Patienten, die keine Sterbenden sind, weil sich bei ihnen der tödliche Verlauf des Krankheitsprozesses durch lebenserhaltende Maßnahmen noch längere Zeit aufrechterhalten ließe. Hierzu gehören die Fallkonstellationen der „passiven Euthanasie“, der „aktiven Euthanasie“ und der „ärztlichen Suizidbeihilfe“.

Für die sittliche Bewertung dieser ärztlichen Maßnahmen ist neben der zeitlichen Nähe der Entscheidung zum Sterbeprozess die Absicht der handelnden (oder unterlassenden) Person und die voraussichtlichen Folgen des Handelns oder Unterlassens bedeutsam. Eine weitere ethische Dimension ist die Einwilligung des Patienten; sieht man von der Suizidbeihilfe ab, welche definitionsgemäß eine Einwilligung des Betroffenen voraussetzt, so können die übrigen Interventionen auf freiwilliger, nichtfreiwilliger oder unfreiwilliger Grundlage erfolgen.

Vom „Sterbenlassen“ (= „passive Hilfe beim Sterben“) spricht man dann, wenn der Arzt bei einem Sterbenden auf weitere aktive Maßnahmen der Krankheitsbekämpfung verzichtet, um dem Sterbevorgang seinen natürlichen Lauf zu lassen. Die Absicht, die dem Behandlungsverzicht zugrunde liegt, besteht darin, dem ausdrücklichen Wunsch des Sterbenden zu entsprechen und ihm Belastungen zu ersparen, die mit der Einleitung oder Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen verbunden wären. Die Möglichkeit einer Beschleunigung des Todeseintritts wird zugunsten einer Leidenserleichterung in Kauf genommen. Eine solche Entscheidung ist ethisch nicht nur zulässig, sondern in der Mehrzahl der Fälle sogar geboten.

Wenn sich bei einem sterbenden Patienten palliative Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen, Angst- und Unruhezuständen oder anderen krankheitsbedingten Be-

schweren als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben, kann eine Behandlung mit hochdosierten analgetischen oder sedierenden Medikamenten erforderlich sein. Die Absicht des Arztes besteht darin, eine ausreichende Kontrolle belastender Symptome zu bewirken. Bei dem heutigen Stand der Palliativmedizin ist hierbei nicht mit einer Lebensverkürzung zu rechnen. Sollte die ausnahmsweise dennoch eintreten, so wäre sie aus ethischer Sicht als unbeabsichtigte Nebenfolge des palliativen Handlungsziels („indirekte Hilfe beim Sterben“) in Kauf zu nehmen.

Als „passive Euthanasie“ („Hilfe zum Tode durch Unterlassung“) kann man ärztliche Maßnahmen bezeichnen, bei denen der Arzt die Absicht verfolgt, den Leidenszustand eines schwerkranken aber nichtsterbenden Patienten durch Unterlassung einer medizinisch indizierten lebenserhaltenden Behandlung zu beseitigen und den Tod an seiner Grundkrankheit herbeizuführen. Eine solche Entscheidung, die zum Beispiel durch eine fortgeschrittene Demenzerkrankung oder ein irreversibles Wachkoma veranlasst sein kann, ist ethisch gerechtfertigt und verpflichtend, wenn sie auf der Grundlage eines aktuell geäußerten, eindeutig vorausverfügten oder verlässlich erkundeten mutmaßlichen Willens des Betroffenen erfolgt. Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, so ist die Unterlassung oder der Abbruch einer lebenserhaltenden Intervention ethisch äußerst problematisch; der Arzt muss sich daher im Zweifelsfall zugunsten der Lebenserhaltung entscheiden.

Die Tötung auf Verlangen stellt einen grundsätzlich anderen Handlungstyp dar, als die bisher genannten Fallkonstellationen. Die Absicht des Arztes besteht nicht nur in der aktiven Herbeiführung des Todes; dieser wird vielmehr durch eine von außen treffende Schädigung hervorgerufen, bei der sich das ärztliche Handeln vom Krankheitsprozess abkoppelt und die restitutiven Funktionen des Organismus außer Kraft setzt. Wenn gleich eine solche ärztliche Intervention in einigen Staaten beim Vorliegen eines aussichtslosen und unerträglichen Leidenszustandes unter bestimmten einschränkenden Bedingungen von der Strafverfolgung ausgenommen ist, widerspricht sie nach überwiegender ethischer Auffassung der Achtung vor dem menschlichen Leben und ist mit dem Auftrag eines Arztes nicht vereinbar.

Bei der ärztlichen Beihilfe zum Suizid liegt die Tatherrschaft über die Finalhandlung bei dem Patienten selbst. Suizidabsichten beruhen aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht auf einem frei verantworteten und ernsthaften Entschluss, sondern auf einer krankheitswertigen depressiven Verstimmung oder einer vorübergehenden seelischen Krise. Daher steht die Bereitstellung von Mitteln, die den Suizid ermöglichen oder die direkte Beteiligung an einer derartigen Handlung nicht mit der Aufgabenstellung des Arztes in Einklang, der dazu aufgerufen ist, alle verfügbaren Möglichkeiten zur Bekämpfung schwerer körperlicher und seelischer Leidenszustände auszuschöpfen. Es mag allerdings extreme Ausnahmesituationen geben, in denen die Gewissensentscheidung des Arztes zu respektieren ist, sich über das standesethische Verdikt der Suizidbeihilfe hinwegzusetzen und dem beständig geäußerten Verlangen eines unheilbaren, in Todesnähe befindlichen Kranken zu entsprechen, sofern keine anderen palliativen Möglichkeiten zur Leidenslinderung bestehen. Dabei ist aber zu bedenken, dass derartige Ausnahmetatbestände leicht zu Präzedenzfällen werden, zu einer Ausweitung des Anwendungsbereichs bisheriger gesellschaftlicher Regeln führen und gravierenden gesellschaftlichen Fehlentwicklungen Vorschub leisten können. Wenn es mehr und mehr zur Einebnung

der rechtlichen und ethischen Schranken kommt, die dem assistierten Suizid und der ärztlichen Tötung auf Verlangen bisher entgegenstehen, so muss befürchtet werden, dass damit ein Druck auf ältere und kranke Personen ausgeübt wird, ihre Angehörigen und die soziale Gemeinschaft von den wirtschaftlichen und emotionalen Belastungen der eigenen Fortexistenz zu befreien.

© DGGPP e.V. 2007