

Studientag 7: Palliative Versorgung, ethische Fragen am Lebensende

7.11 Einstellungen zu Sterben und Tod im Wandel der Geschichte

In der Einstellung zum Tod hat sich im Vergleich zu früheren Jahrhunderten ein deutlicher Wandel vollzogen. Schon der Philosophie im antiken Griechenland (Plato, Sokrates, Seneca) waren die Auseinandersetzung mit dem Thema Tod sowie ein bewusstes Sterben wichtig. Im Christentum wurde es schon in früher Zeit üblich, sich mit dem eigenen Sterben zu befassen, sich beispielsweise auf dem Sterbebett noch taufen zu lassen oder seine Sünden zu bekennen. Im Spätmittelalter wurden mehrere Schriften über die Vorbereitung auf das Sterben verfasst. Die sogenannte *Ars Moriendi*, die Kunst des (rechten) Sterbens, sollte dazu dienen, dass die Menschen sich um das Heil ihrer Seele bemühten, solange noch Zeit dazu war. Später schrieb Michel de Montaigne „Philosophieren heißt Sterben lernen“ und in älteren Kirchenliedern heißt es: „Bewahre uns vor bösem, schnellen Tod“. Mit dem sogenannten Viaticum (Beichte, Eucharistie und Krankensalbung) bereitet man sich darauf vor, vor den Richterstuhl Christi treten zu können, während heute der Gedanke an ein göttliches Gericht kaum noch eine Rolle spielt und auch für Christen aus guten Gründen seinen Schrecken verloren hat. Der plötzliche Herzstillstand oder der tödliche Schlaganfall scheinen heute der „gute Tod“ zu sein.

Im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels von einer paternalistischen Gesellschaft zu unseren heutigen Gesellschaftsformen haben sich sowohl das Menschenbild als auch die Einstellung zu Sterben und Tod verändert. Ein Blick in die Werbung zeigt, was heute in der Gesellschaft zählt, nämlich der gesunde, leistungsfähige, möglichst autark lebende und sich selbst verwirklichende Mensch, für den ein göttlicher Richterspruch nach dem Tod kein Thema ist und das Leben nicht mehr als unantastbare Gabe Gottes verstanden wird. Gedanken an Tod und Leiden werden vielfach ausgeblendet, bis dahin, dass beispielsweise Krankenhäuser nicht mehr Krankenhäuser heißen, sondern Gesundheitszentren. Krankenkassen sich in Gesundheitskassen umbenennen und viele schwerkranke Menschen spüren, dass man einen Bogen um sie macht, um nicht mit Leid und Sterben konfrontiert zu werden.

Mit den rasanten Fortschritten in der Medizin im letzten Jahrhundert ging eine Tabuisierung des Todes einher. Der Tod wurde, weil die Kindersterblichkeit massiv zurückging und die Menschen immer älter wurden und vorwiegend im Krankenhaus starben, nicht mehr erlebt und damit aus dem Leben der Menschen verdrängt. Ärzte sahen ihn vielfach als Feind und das Sterben als Niederlage und Versagen ihrer ärztlichen Kunst an, hofften sie doch auf Grund der Fortschritte, die die Medizin in den letzten Jahrzehnten gemacht hatte, den Tod immer weiter hinausschieben und möglichst ganz beseitigen zu können. Sterbende wurden deshalb oft allein gelassen und in Krankenhäusern in Badzimmer oder Abstellkammern abgeschoben und die Leichen möglichst unauffällig abtransportiert. Der Hospizbewegung und der immer wichtiger werdenden Palliativmedizin ist es zu verdanken, dass sich hier in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Wandel vollzogen hat.

Tod und Sterben sind zwar gesellschaftlich relevante Themen geworden, wie man an den vielen Filmen, Reportagen und Büchern zu diesem Themenkomplex deutlich sieht. Trotzdem bedeutet das meines Erachtens noch nicht eine Enttabuisierung des Todes, denn sowie Sterben und Tod den Einzelnen persönlich betreffen, wird das Thema immer noch verdrängt und totgeschwiegen. Nach wie vor fällt es vielen Menschen schwer, über ihr eignes Sterben oder das ihrer liebsten Menschen zu reden und sich mit dem eigenen Lebensende zu befassen.

Dabei ist eine gesellschaftliche Veränderung sehr deutlich: Nicht mehr paternalistische Strukturen, sondern die Freiheit des einzelnen und seine individuellen Entscheidungsmöglichkeiten stehen im Mittelpunkt allen Denkens und Handelns. Das hat Auswirkungen auch auf die ethischen Entscheidungen am Lebensende. Denn heute haben der Wille des mündigen Bürgers und seine Entscheidungen deutlich Vorrang. Nicht mehr das Wohl des Menschen (und das, was wohlmeinende andere dafür halten), sondern die eigene Entscheidung des Einzelnen sind handlungsleitend. Eine Garantenpflicht durch Ärzte gilt nicht mehr, wenn es sich um entscheidungsfähige Erwachsene handelt, das heißt dann beispielsweise auch, wenn die betroffene Person in der Lage ist, das Für und Wider eines Eingriffs bzw. auch die Konsequenz bei einer Unterlassung zu erkennen, und diesen ablehnt, darf kein Arzt sie trotzdem behandeln.

Bei allen ethischen Entscheidungen in der Medizin gelten heute drei Grundprinzipien, die handlungsleitend sein sollen, nämlich sie sollen dem Patienten wohl tun, auf keinen Fall schaden. Sie sollen mit

Studientag 7: Palliative Versorgung, ethische Fragen am Lebensende

Respekt vor der Patientenautonomie erfolgen, und fachgerecht durchgeführt werden. Das heißt:

- Die medizinische oder pflegerische Maßnahme muss einen Nutzen beziehungsweise insgesamt mehr Nutzen als Schaden für den Patienten erwarten lassen.
- Der Patient muss nach entsprechender Aufklärung in die Durchführung der Maßnahme eingewilligt haben (von den Ausnahmen wie Notfallbehandlung bewusstloser Patienten oder Zwangseinweisung in die Psychiatrie) abgesehen.
- Die Maßnahme muss mit einer hohen Qualität, das heißt nach den aktuellen Behandlungs- und Pflegestandards durch dazu ausgebildete Ärzte durchgeführt werden.

Unter diesen Aspekten ist auch klar, wann eine lebensverlängernde Maßnahme abgebrochen werden soll oder gar nicht erst begonnen werden darf, nämlich immer dann, wenn zumindest eine der ersten beiden Voraussetzungen nicht erfüllt ist, wenn also eine Maßnahme mehr Schaden als Nutzen für den Patienten erwarten lässt oder wenn der Patient eine (Weiter)-Behandlung ablehnt.

In der Praxis ist es jedoch oft nicht eindeutig zu sagen (beziehungsweise es wird von den Medizinern unterschiedlich beurteilt), ob die Maßnahme das Leben des Patienten wirklich verlängert und ob der Patient von einer weiteren Lebensverlängerung noch einen Nutzen hat.

In vielen Fällen kann der Patient sich selbst nicht mehr äußern, sodass unklar bleibt, welche Vorgehensweise seinem Willen entspricht.

Darüber hinaus kann es Konflikte geben zwischen der Selbstbestimmung und dem Wohl des Patienten, wenn der Patient eine nach ärztlichem Ermessen nützliche Maßnahme ablehnt oder auf einer Maßnahme beharrt, die nach ärztlicher Einschätzung dem Patienten keinen Nutzen oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen bringt.

Nach unserer Rechtsprechung hat der Patientenwille Vorrang vor seinem Wohl. Das heißt: Grundsätzlich hat jeder Patient das Recht, auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten, selbst wenn Ärzte sie als sinnvoll und lebenserhaltend einschätzen, und der Verzicht darauf bedeutet, dass der Patient stirbt. Behandelt der Arzt ohne die Einwilligung der Patienten zu haben, ist das Körperverletzung, die entsprechend bestraft wird (wenn es zur Anzeige kommt). Im Strafgesetzbuch heißt es dazu: „Jeder ärztliche Heileingriff, aber auch jede pflegerische Maßnahme am Patienten bedarf der Einwilligung des einwilligungsfähigen Menschen. Eine wirksame Einwilligung kann nur erteilt werden, wenn die nötige Einsichtsfähigkeit des Patienten vorliegt, d. h. die betroffene Person in der Lage ist, das Für und Wider eines Eingriffs bzw. auch die Konsequenz bei einer Unterlassung zu erkennen.“ Wenn gegen den erklärten Willen eines Menschen eine Maßnahme erfolgt, so erfüllt das den Tatbestand einer vorsätzlichen Körperverletzung gem. § 223 StGB und verstößt auch gegen § 630 d BGB.¹

Es muss also vor jedem medizinischen Eingriff der Patient umfassend über Chancen und Risiken aller möglichen Therapiemaßnahmen aufgeklärt werden, damit der Patient entscheiden kann. Die Therapiezielbestimmung muss sich immer an den Wertvorstellungen und individuellen Präferenzen der Patienten orientieren. Sollten diese nicht mehr selbst sagen können, was sie möchten, wird man sich nach ihrer Patientenverfügung richten und, wenn es keine gibt, den mutmaßlichen Willen bei Bevollmächtigten oder Angehörigen erfragen.

Wenn der Patient oder die Patientin eine weitere Behandlung verlangt, die nach den medizinischen Standards nicht oder nicht mehr sinnvoll ist, müsste der Arzt diese verweigern. Allerdings ist es in der Praxis sehr schwierig, hier eindeutige Festlegungen zu treffen, denn es werden Menschen und nicht Maschinen behandelt, und Abweichungen von den Standards sind immer möglich. Außerdem fällt es vielen Ärzten sehr viel leichter, schnell noch eine weitere Chemotherapie zu verordnen, als dem Patienten sagen zu müssen, dass für ihn nur noch eine palliative Versorgung infrage kommt und er in absehbarer Zeit sterben wird.

¹ (1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.
(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.
(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.