Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 42 (2016)
Heft: 2

Artikel: Vom Tabu zum Muss? : Das Thema "Lebensende" in der Psychiatrie
Autor: Reiter-Theil, Stella
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800335

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Vom Tabu zum Muss? Das Thema «Lebensende» in der Psychiatrie

Darf man bei psychisch kranken PatientInnen vom Ende der Therapiemöglichkeiten oder von «Endstadium» sprechen oder bedeutet diese Sicht einen Tabubruch? Soll man diese Themen aktiv aufgreifen? Auf Basis von Erfahrungen aus der Ethikkonsultation wird argumentiert, dass und wann diese Themen mit PatientInnen auch in der Psychiatrie zu besprechen sind. Ansatzpunkte einer Vorsorgeplanung am Lebensende lassen sich auch in der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erkennen und nützen.

Stella Reiter-Theil
Prof. Dr., Dipl.-Psych., Leitung, Abteilung Klinische Ethik, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Wilhelm Klein-Str. 27, CH-4012 Basel, Schweiz, +41 (0)61 325 58 50, Stella.Reiter-Theil@upkbs.ch

Schlagwörter: Psychiatrie | Therapie | Ethik | Werte | Sterben | Tod |

Einschränkung aus Tradition?

Es ist erst wenige Jahrzehnte her, dass man in der somatischen Medizin bei der Betreuung schwerstkranker Menschen am Lebensende noch die Lehre vertrat, dass man den Betroffenen nicht wahrheitsgemäss Auskunft darüber geben dürfe, wie es um sie steht. Die ärztlich-ethische Tradition verpflichtete Ärzte und Ärztinnen, einer kranken Person niemals die Hoffnung zu nehmen und ihr daher auch nicht mitzuteilen, wenn man das Ende der Behandlungsmöglichkeiten erreichte und ihr Lebensende näher rückte; dies ist noch heute spürbar. So sprechen Behandelnde PatientInnen im Endstadium eines Tumorleidens erst nach einigem Zögern auf das nahende Lebensende an,[1] statt sie frühzeitig auf eine palliative Orientierung mit dem Fokus Lebensqualität statt Lebensverlängerung vorzubereiten. Dabei ist die realistische Einschätzung der Lage doch eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Kranke ihre letzten Dinge regeln können. Aus der Geriatrie werden als Gründe für ein Vermeiden des Themas Sterben und Tod äussere Hindernisse wie Mangel an Zeit und Raum, aber auch innere Hemmungen berichtet, die es den Behandelnden schwer machten, ein Gespräch mit betagten PatientInnen über Sterben und Tod zu initiieren.[2] Ein wichtiger Grund, Entscheidungen zur «palliativen Therapiezieländerung» (von einem kurativen hin zum palliativen Ziel) und zur Beendigung lebenserhaltender Massnahmen nicht (oder nicht rechtzeitig) zu treffen, wurde in der Intensivmedizin identifiziert: Die Sorge, man könne etwas Verbotenes tun, wenn man die Kranken zu früh «aufgebe», vermischt sich mit irrtümlichen Annahmen über den rechtlichen und ethischen Spielraum beim Behandlungsabbruch. So hegten befragte MedizinerInnen beispielsweise die Sorge, die Beendigung einer begonnenen lebenserhaltenden Massnahme sei gleichbedeutend mit der – verbotenen – Tötung des Patienten.[3] Es deutet demnach einiges darauf hin, dass das Thema in der somatischen Medizin lange tabuisiert wurde. Inzwischen haben sich aber Wissen und Akzeptanz verbreitet, dass eine palliative Therapiezieländerung, einschliesslich der Entscheidungen für Therapieverzicht oder -beendigung, unter bestimmten Bedingungen richtig und sogar geboten sein kann.[4]

Zur Situation in der Psychiatrie und bei Abhängigkeitserkrankungen

Die Thematik Lebensende und «Palliative Care» stellt sich im Kontext der psychiatrischen Patientenversorgung etwas anders als in der somatischen Medizin dar; zudem bereitet sie spezifische Schwierigkeiten. Bei körperlichen Erkrankungen, die zum Tode führen, ist es leichter nachvollziehbar, wenn die Behandlungsmöglichkeiten eine Grenze erreichen, da bei deren Überschreitung zusätzliche Therapieversuche nur Belastungen, aber keine Verbesserung der Lage mehr bedeuten. Hier setzt die palliative Betreuung ein, die vor allem die Lebensqualität verbessern soll, indem auf körperliche und psychosoziale sowie spirituelle Bedürfnisse der PatientInnen und Angehörigen eingegangen wird. Menschen, die an psychischen Störungen leiden, haben keine im eigentlichen Sinne zum Tode führende Krankheit, auch wenn ihr Suizidrisiko unter Umständen erhöht ist. Auftretende Hoffnungslosigkeit bei PatientInnen, Kooperationsprobleme in der Therapie oder Rückfälle gehören – gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – zum Spektrum der Herausforderungen, mit denen man professionell-therapeutisch umzugehen hat. Ein «Aufgeben» von Behandlungsoptionen, auch wenn diese bereits mehrfach nicht gefruchtet haben und von der Patientin oder dem Patienten abgelehnt werden, erscheint aus ärztlicher Sicht zunächst als unannehmbar. Diese weit verbreitete Auffassung wurde erkennbar, als die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eine Empfehlung zu «Palliative Care» diskutierte, die die Begleitung von Kranken am Lebensende stärken sollte: Auf psychiatrischer Seite kamen Zweifel auf, ob «Palliative Care» in der Psychiatrie überhaupt angebracht wäre. Die Fragen, ob man bei psychisch kranken PatientInnen überhaupt vom Ende der (psychiatrischen) Therapiemöglichkeiten oder einem «Endstadium» sprechen darf oder ob das ein Tabubruch wäre, den man vermeiden müsse, bleiben also zunächst offen. Ebenfalls offen ist damit die Antwort auf die Frage: Soll man das Tabu überwinden und diese Themen aktiv aufgreifen?

Mögliche Antworten

Ein Blick auf die ethischen und rechtlichen Grundlagen der PatientInnenversorgung kann weiterhelfen. Heute wird unter Medizinethik oft vor allem die «Autonomie» thematisiert. Diese ist zwar keinesfalls die einzige Richtschnur, aber ein wichtiges Prinzip.[5] Vollständig heisst es «Respekt vor der Autonomie» – hier: des Patienten oder der Patientin. Demnach sollen Behandelnde den Patienten oder die Patientin informativ aufklären und auf dieser Basis deren Einwilligung für Massnahmen (z.B. Diagnostik, Therapie, Rehabilitation usw.) einholen. Urteilsfähige PatientInnen haben somit das gesetzlich verankerte Recht auf informierte Zustimmung (oder Ablehnung) und darauf, die für die anstehende Entscheidung erforderlichen Auskünfte von den therapeutischen Fachleuten zu erhalten. Aber auch Menschen mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit sollen in Entscheidungen einbezogen werden und haben gewisse Möglichkeiten, Massnahmen zu verweigern. Somit gilt die paternalistische, d.h. über den Kopf von Kranken hinweg entscheidende Medizin als abgelöst. Behandelnde sind verpflichtet, ein «Nein» von urteilsfähigen PatientInnen zu respektieren. Nur mit sehr guten Gründen wie Selbst- oder Fremdgefährdung darf ihr Wille übergangen werden. Dies gilt allgemein, und gerade auch bei Entscheidungen am Lebensende.

Warum sollte diese Verpflichtung nicht auch bei psychiatrischen Problemen gelten, etwa dann, wenn sich PatientInnen nach den Erfahrungen mit ihrer Abhängigkeitserkrankung und bestimmten Therapieverfahren therapeutischen Empfehlungen zunehmend verschliessen oder die Kooperation ganz einstellen? Ein «Weiter so», mag ihnen sinnlos erscheinen; sie mögen den Konsum von Drogen auf der Strasse einem institutionalisierten Dasein mit strikten Regeln vorziehen, den «goldenen Schuss» herbeisehnen. Ob man ein solches «Nein» auch bei psychiatrischen PatientInnen zu respektieren hat, hängt davon ab, ob die betreffende Person zu einer Willensbildung und zur Auswertung von relevanter Information in der Lage ist – streng genommen: ob sie urteilsfähig ist oder vor sich selbst geschützt werden müsste. Dies zu beurteilen, fällt oft schwer, obwohl es Instrumente zur Feststellung der Urteils(un)fähigkeit gibt.[6] In diese Beurteilung greifen subjektive Wertvorstellungen und Vorurteile auf Seiten der Behandelnden ein,[7] wie ein Leben sinnvoll zu leben sei, welche Art zu sterben annehmbar wäre und wie viel Anpassung oder Disziplin von einem Menschen erwartet werden kann. An dieser Stelle wird die Verpflichtung für Behandelnde wirksam zu überprüfen sein, ob man ehrlich bemüht ist, die Autonomie des Patienten, der Patientin zu respektieren, ob man versucht, das Wohl – und auch die Risiken – aus der Sicht der Betroffenen zu verstehen, oder ob man vielleicht doch (paternalistisch) in Versuchung ist, eigene Vorstellungen umzusetzen.

Vollständig umfassen die vier Prinzipien nach dem Ansatz der renommierten, nordamerikanischen Bioethiker Tom Beauchamp und James Childress[8] neben dem Respekt vor der Autonomie auch die Pflicht, Hilfe zu leisten, Schaden zu vermeiden und Gerechtigkeit walten zu lassen.[9] Letzteres Prinzip bezieht sich beispielsweise auf die Pflicht, benachteiligte Menschen nicht zu diskriminieren. Dazu gehört u.a., dass man psychiatrischen PatientInnen, die «unvernünftige» Wünsche verfolgen, nicht automatisch die Urteilsfähigkeit absprechen oder Fremd- bzw. Selbstgefährdung zuschreiben darf.

Illustration anhand von Fallbeispielen aus der Ethikkonsultation[10]

Frau Willnicht

Eine Patientin mit lange bestehendem Alkohol- und Drogenmissbrauch befindet sich zum Entzug auf einer therapeutischen Station. Ihre Kooperation lässt zu wünschen übrig; sie hält getrof-

fene Vereinbarungen nicht ein und provoziert ihre Entlassung. Im Team wird kontrovers diskutiert, wie viel man hinnehmen solle, ob/wann man Grenzen setzen dürfe, bei deren Überschreitung sie tatsächlich entlassen würde. Oder soll man ihre Regelverstösse – Patientin konsumiert z.B. entgegen den Regeln, verhält sich aggressiv – tolerieren, damit sie nicht auf der Strasse landet? Darf man sie mit den Risiken ihres Verhaltens konfrontieren und Druck aufsetzen, um ihre Einsicht zu steigern?

Grundsätzlich folgt aus der Pflicht zum Respekt vor der Autonomie, dass man auch PatientInnen, welche vorübergehend oder auf Dauer nicht vollständig fähig sind, ihre Autonomie zu leben, also Probleme haben, rationale Erwägungen oder vernünftige Entscheidungen zu treffen und sich danach zu verhalten, immer wieder auf diesem Weg unterstützt und auch durch Talsohlen begleitet; damit folgt man zugleich den Prinzipien der Hilfeleistung und der Schadensvermeidung. Das Erleben von Erfolglosigkeit einerseits oder die Evidenz, dass die Patientin wirklich etwas anderes will, können die Motivation eines Teams, diesen Weg zu gehen, jedoch erschöpfen. In der Ethik ist es wichtig, die Frage zu stellen, ob ein als richtig erkanntes Ziel auch erreichbar ist: «Sollen impliziert Können», d.h. es kann moralisch nicht gefordert werden, ein unerreichbares Ziel zu erreichen. Diese Erkenntnis kann Entlastung bringen – allerdings mit folgender Einschränkung: Nur dann, wenn zumutbare Anstrengungen auch unternommen worden sind, kann man geltend machen, das Ziel sei «nicht erreichbar». Diese Regel rechtfertigt also kein zu frühes Resignieren.

Das Team muss daher die Unterscheidung treffen, ob es sich bereits genügend für die Patientin eingesetzt hat und ob diese den empfohlenen Weg einfach nicht gehen will oder ob es noch nicht ausgeschöpfte Optionen gibt, ihr zu helfen. Einen erfolgreichen Entzug gegen den Willen der Patientin wird man kaum als erreichbares Ziel ansehen können. Ohne eine Bereitschaft der Patientin zur Mitarbeit müsste man sich eher mit dem Vorrang von Schadensbegrenzung – der Linderung von Leiden – befassen und darauf verzichten, sie vom Wert der Abstinenz oder der Therapie überhaupt zu überzeugen. Dies wäre eine Art «Palliative Care». An dieser Stelle wird deutlich, dass die Begrifflichkeit der palliativen Orientierung in jedem therapeutischen Bereich eigenständig interpretiert werden muss und nicht einfach aus anderen Gebieten, etwa der Tumormedizin, übernommen werden kann.

Herr Hand

Wenn ein polytoxikomaner Patient, der in der Ambulanz regelmässig seine Substanzen bezieht, sich gegen ärztlichen Rat weigert, die Abszesse an seinen Extremitäten medizinisch versorgen zu lassen aus Angst, man könne – wie bereits geschehen – gegen seinen Willen eine Gliedmasse amputieren, stehen die Behandelnden vor einem Problem: Die Pflicht, Schaden (z.B. durch eine Blutvergiftung) zu verhüten, lässt sich nicht ohne Weiteres vereinbaren mit dem Respekt vor seiner Entscheidung, seinem «Nein». Eine Möglichkeit, bei diesem Patienten Vertrauen aufzubauen, dass «nichts gegen seinen Willen gemacht» werde, liegt in der Abfassung einer Patientenverfügung (PV). Hier kann der Patient festlegen, welchen Massnahmen er zustimmt und welche er ablehnt, falls er sich einmal aktuell nicht äussern oder nicht entscheidungsfähig sein könnte. Für die Geltung der PV ist die Urteilsfähigkeit des Patienten erforderlich.

Eine erhebliche Schwierigkeit bestand jedoch darin, im Team Akzeptanz dafür zu entwickeln, dass der Patient mittels PV über sein Leben oder Sterben entscheiden darf: Gesteht man ihm zu, selbst zu wählen, ob es ihm lieber wäre, an einer Sepsis zu versterben oder eine Gliedmasse durch Amputation zu verlieren?

Aufgrund der festgestellten Urteilsfähigkeit des Patienten, insbesondere der Beurteilung, dass er den Sachverhalt und die möglichen Folgen seiner Entscheidung durchaus verstand, konnte Konsens erzielt werden. Gegenüber dem Patienten war das Thematisieren seines Risikos, ohne medizinische Versorgung zu versterben und die Anerkennung, dass er selbst entscheiden und mittels PV vorbestimmen dürfe, ob er lebenserhaltenden Massnahmen zustimme, entscheidend dafür, seine Kooperation zu gewinnen. Der Oberarzt der Ambulanz konnte wesentlich dazu beitragen, die Rechte des Patienten zu stärken, indem er bescheinigte, dass der Patient bei Abfassen der PV urteilsfähig war. So konnte der betroffene Patient seine lang bestehende Verweigerung medizinischer Behandlung überwinden und durch rechtzeitige Behandlung die befürchtete Amputation vermeiden.

Frau Hunger

In der inneren Medizin wird eine psychotische Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand behandelt. Sie ist auf Grund fehlender Krankheitseinsicht nicht bereit, Medikamente einzunehmen und will aus Angst, vergiftet zu werden, nichts essen. Die Ärzte der beteiligten Disziplinen sehen akut die Notwendigkeit, sie durch Anlegen einer perkutanen Gastrostomie (PEG) «künstlich zu ernähren». Es besteht Hoffnung, dass sie mittels so zugeführter Antipsychotika ihre Urteilsfähigkeit wieder erlangt und dann entscheiden kann, ob und welche Behandlungen sie zulassen will. Vor diesem Hintergrund wird unter Einbeziehung des Beistands die Behandlung als richtig und notwendig angesehen und durchgeführt. In einer solchen Situation kann eine lebenserhaltende Massnahme auch ohne die Zustimmung – oder sogar gegen die aktuell geäusserten Wünsche – einer Patientin gerechtfertigt sein, deren Autonomie stellvertretend vom Beistand wahrgenommen wird. Die übergeordnete Zielsetzung ist dabei jedoch nicht, das Sterben der Patientin um jeden Preis zu verhindern, sondern, ihr die Möglichkeit zu erschliessen, wieder selbst zu entscheiden. Wie im zweiten Beispiel gehört auch hier die Bereitschaft der Behandelnden dazu, eine allfällige spätere Entscheidung der Patientin – bei Urteilsfähigkeit – auch dann zu respektieren, wenn sie lebenserhaltende Massnahmen ablehnen sollte.

Analog gilt diese Botschaft auch für Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankungen, welche akute medizinische Hilfe benötigen, aber vorübergehend nicht einwilligungsfähig sind. Sofern keine eindeutigen Willensäusserungen, etwa in einer PV oder durch eine autorisierte Stellvertretung (z.B. Partnerin) vorliegen, ist ein Therapieverzicht, welcher den Tod des Patienten oder der Patientin zur Folge hätte, schwer zu rechtfertigen, es sei denn, die Prognose ist infaust und Behandlungsversuche würden nur den Sterbeprozess hinauszögern.

Weitere Beispiele

Zu den grössten Herausforderungen für die Bezugspersonen gehören Situationen, in denen sich Patientinnen selbst in Lebensgefahr bringen, sei es durch Substanzmissbrauch, durch Fasten oder explizite Suizidhandlungen. Auch hier gilt, dass die ethischen Prinzipien des Respekts vor der Autonomie, die Verpflichtung zur Hilfeleistung und zur Schadensvermeidung zu beachten sind und gegeneinander abgewogen werden müssen. Nach den SAMW-Empfehlungen soll auch psychiatrischen PatientInnen ein palliativer Ansatz zur Verfügung stehen, der «nicht in erster Linie das Bekämpfen der Krankheit zum Ziel hat, sondern den bestmöglichen Umgang mit der Symptomatik oder Behinderung».[11] Im Vordergrund steht dabei die Zielsetzung, die Lebensqualität entscheidend zu verbessern und das Leiden zu lindern.

Fazit – Vorschläge

Auch in der Psychiatrie kann es richtig sein, Themen wie Sterben und Tod – das Ende der kurativen Behandlungsmöglichkeiten – mit PatientInnen zu besprechen. Damit dies gut gelingen kann, ist es zunächst erforderlich, den Diskurs über Fragen zu Sterben und Tod in der Psychiatrie interdisziplinär zu führen. Dazu gehört

die Diskussion, inwieweit man PatientInnen wirklich das Recht einräumt, die Grenzen von zumutbarer Behandlung und damit verbundenen Belastungen selbst oder wenigstens mitzubestimmen. Ebenfalls gehört dazu die Beschäftigung mit der schwierigen Frage, wie man im Einzelfall erkennen soll, ob man eventuell zu früh oder zu spät nachzugeben bereit ist. Zur Beantwortung von Fragen dieser Art kann es wohl kaum allgemeine, starre Regen geben. Sie müssen in der jeweiligen Situation unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven beraten und gelöst werden. Wie dies gelingen und gefördert werden kann, lässt sich anhand von Beispielen aus der klinischen Ethikkonsultation stellvertretend zeigen. Eine stärkere Verbreitung von Angeboten zur ethischen Unterstützung in der Psychiatrie (einschliesslich der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen) wäre hilfreich. Zusätzlich sollten sich die Berufsgruppen in der Psychiatrie darauf vorbereiten, Ansatzpunkte einer Vorsorgeplanung («Advanced Care») für die PatientInnen proaktiv wahrzunehmen und aufzugreifen. Angesichts der wachsenden Herausforderungen, die mit der Zunahme an älteren und kränkeren PatientInnen verbunden sein werden, dürfte es sinnvoll sein, entsprechende Kenntnisse in die Weiterbildung zu integrieren.●

Literatur

Beauchamp, T.L./Childress, J.F. (2013): Principles of biomedical ethics. 7th edn. New York: Oxford University Press.

Beck, S./van de Loo, A./Reiter-Theil, S. (2008): A «little bit illegal»: Withholding and Withdrawing of Mechanical Ventilation in the Eyes of German Intensive Care Physicians. Medicine, Health Care and Philosophy 11(1): 7-16.

Dittmann, V. (2008): Urteilsfähigkeit als Voraussetzung für Aufklärung und Einwilligung. Therapeutische Umschau 65(7): 367-370.

Hermann, H./Trachsel, M./Mitchell, C./Biller-Andorno, N. (2014): Medical decision-making capacity: knowledge, attitudes, and assessment practices of physicians in Switzerland. Swiss Medical Weekly 144: w14039.

Jox, R.J./Krebs, M./Fegg, M./Reiter-Theil, S. et al.(2010): Limiting life-sustaining treatment in German intensive care: A multiprofessional survey. Journal of Critical Care 25: 413-419.

Lenherr, G./Meyer-Zehnder, B./Kressig, R.W./Reiter-Theil, S. (2012): To speak, or not to speak. Do clinicians speak about dying and death with terminally ill geriatric patients at the end of life? Swiss Medical Weekly 142: w13563.

Pfeil, T.A./Laryionava, K./Reiter-Theil, S. et al. (2014): What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key. The Oncologist 20(1): 56-61.

Reiter-Theil, S. (2005): Klinische Ethikkonsultation - eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. Schweizerische Ärztezeitung 86(6): 346-352.

Reiter-Theil, S./Schürmann, J./Schmeck, K. (2014): Klinische Ethik in der Psychiatrie. State of the Art: Psychiatrische Praxis 41(7): 355-363.

Reiter-Theil, S./Schürmann, J. (2016): Unterstützung bei ethischen Fragen – eine methodische Orientierung zur Ethikberatung in der Palliativversorgung. S. 35-47 in: A. Wienke et al. (Hrsg.), Aktuelle Rechtsfragen der Palliativversorgung. MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Springer Verlag.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2006): Palliative Care. http://tinyurl.com/naue4rd, Zugriff 08.03.2016.

Endnoten

1 Vgl. Pfeil et al. 2014.
2 Vgl. Lenherr et al. 2012.
3 Vgl. Beck et al. 2008; Jox et al. 2010.
4 Vgl. Reiter-Theil/Schürmann 2016 im Druck.
5 Vgl. Beauchamp/Childress 2013.
6 Vgl. Dittmann 2008.
7 Vgl. Hermann et al. 2014.
8 Kennedy Center of Ethics, Georgetown University.
9 Vgl. Reiter-Theil 2005.
10 Alle Fallbeispiele sind anonymisiert.
11 SAMW 2006: 15.