

Ethische Entscheidungen am Lebensende
(aus ärztlicher Sicht)

12. Juni 2007, Kreuzkirche München
Dr. Jürgen Bickhardt

1954 erlitt mein bis dahin rüstiger Großvater im Alter von 78 Jahren einen großen Schlaganfall mit Halbseitenlähmung. Er hatte vergnügt in einem kirchlichen Altenheim gelebt, das - wie damals üblich – über keinerlei Pflegemöglichkeiten verfügte.

Eine Krankenhauseinweisung war zunächst nicht möglich gewesen, sodass er von meiner Mutter - Arzhelferin in der Praxis meines Vaters - am Tage und von mir, 17 jähriger Schüler - in der Nacht gepflegt wurde. Nach rund 14 Tagen gelang dank der Beziehungen meines Vaters die Einweisung in ein Krankenhaus, wo die Pflege in gleicher Weise fortgesetzt wurde: Körperpflege einschließlich Mundpflege, Abwischen von Schweiß, Anlegen der Bettflasche bei Bedarf, Hilfestellung beim Trinken von Apfelsaft. Das war alles. Keine Infusionen, keine Antibiotika.

Anfangs war die Verständigung mit meinem Großvater gut - er hatte nur leichte motorische Sprachstörungen, später trübte er langsam ein und rund 4 Wochen nach dem Schlaganfallereignis starb er – erwartungsgemäß. Man hatte alles damals medizinisch Mögliche getan. Ethische Entscheidungsprobleme gab es offenbar nicht.

Ganz anders heute: Verdacht auf Schlaganfall bedeutet: Notarzteinsatz, Einlieferung in ein Akutkrankenhaus, idealerweise in eine stroke unit, Computertomogramm und Entscheidung über den Einsatz so genannter invasiver Gerinnsel auflösender Verfahren, Therapie und Überwachung unter intensivmedizinischen Bedingungen; in schwerwiegenden Situationen eventuell Beatmung...

Dann Frührehabilitation, d.h. Krankengymnastik, eventuell logopädische Behandlung schon im Krankenhaus; Anlegen einer PEG (Magensonde) bei Schluckstörungen oder Bewusstlosigkeit. Je nach Gesamtsituation nach 7-10 Tagen Verlegung in eine Reha-Einrichtung oder sofort in ein Pflegeheim.

Ein ansehnlicher Teil der Betroffenen profitiert von diesem medizinischen Aufwand enorm hinsichtlich Lebenserwartung und auch hinsichtlich Lebensqualität. Vielleicht hätte mein Großvater dazugehört?

Andere bleiben dauerhaft tief bewusstlos und voll pflegebedürftig. Sie bleiben dank künstlicher Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, gute Pflege vorausgesetzt, am Leben, nicht unbedingt im Leben: Für Wochen, Monate, mitunter Jahre. Vielleicht hätte mein Großvater zu dieser Gruppe gehört?

Heute wie damals vor über 50 Jahren wird alles medizinisch Mögliche getan. Doch die Situation hat sich grundlegend geändert. Bei vielen Entscheidungsschritten ergeben sich im Einzelfall heute ethische Fragestellungen im Hinblick auf „richtiges“ Handeln.

- **Dürfen wir medizinisch wirklich alles anwenden, was möglich ist?**
- **Entspricht unser Handeln den Wünschen und Vorstellungen des Betroffenen, zumal dann, wenn er sich nicht dazu äußern kann?**
- **Wäre weniger an Medizin nicht manchmal mehr?**
- **Ist die Grenze zwischen Lebensverlängerung und Sterbensverlängerung schon erreicht oder überschritten?**
- **Ist Lassen, Loslassen, Geschehen lassen angesagt? Anstelle von Tun und Aktionismus?**

Zur Formulierung des Titels meines Vortrags vier Vorbemerkungen:

1. Meine Überlegungen beziehen sich auf das Lebensende von erwachsen gewordenen Menschen, mit denen ich während meines Berufslebens ausschließlich zu tun hatte.
2. Naturgemäß kann ich nur aus der Sicht meiner Erfahrungen, also aus der Sicht des klinisch tätigen Internisten, Kardiologen, Intensivmediziners und Palliativmediziners reden. Das meiste davon lässt sich aber wohl auch auf den Erfahrungshorizont von anderen „Helfern“ übertragen.
3. Ethische Entscheidungen sind im Zusammenhang mit der gültigen Rechtslage und dem Stand der medizinischen Entwicklung zu sehen. Beide bilden den Rahmen, innerhalb dessen ethische Überlegungen nötig werden können. Die Rechtslage und die standesrechtlichen Regeln spiegeln auch den moralischen Konsens unserer Gesellschaft wider. Und neue medizinische Entwicklungen bedürfen häufig neuer ethischer Reflexion, die in Einzelfällen zu einer Veränderung der Rechtslage oder standesrechtlicher Grundsätze führen kann.
Trotz dieser Zusammenhänge ist es wichtig, ethische Fragestellungen nicht mit juristischen oder medizinischen Problemen zu verwechseln. Ich erlebe es immer wieder, dass in schwierigen Krankheitssituationen Fragen der medizinischen Indikation zum ethischen Problem hochstilisiert werden oder dass man in problematischen Fällen nach mehr oder weniger „privaten“ ethischen Kriterien entscheidet, ohne die Rechtslage zu beachten.
4. Ärztliches Handeln orientiert sich an der medizinischen Indikation, den persönlichen Fertigkeiten, Erfahrungen und ethischen Vorstellungen des einzelnen Arztes, an der Rechtslage, den standesrechtlichen Regeln und an medizinethischen Leitwerten

Die wichtigsten dieser medizinethischen Leitwerte sollen das Gerüst für meine weiteren Ausführungen sein:

1. Anmerkungen zum Willen des Patienten
2. Anmerkungen zum Fürsorgegebot der Helfer
3. Anmerkungen zur Gewichtung von Selbstbestimmung und Fürsorge
4. Anmerkungen zum Problem der Gerechtigkeit

Folie: Medizinethische Leitwerte

1. Anmerkungen zum Willen des Patienten

a. der aktuell erklärte Patientenwille:

Jeder Eingriff in die körperliche Integrität eines Menschen bedarf der Einwilligung durch den Betroffenen. Voraussetzung dafür ist eine angemessene Aufklärung über die geplante Maßnahme und Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen. Ohne diese Einwilligung erfüllt ein solcher Eingriff den strafbaren Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung. Das gilt für ärztliche, pflegerische, krankengymnastische und andere Maßnahmen (z.B. Handeln des Friseurs).

Rechtsgrundlage dafür sind Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes. Sie garantieren die Unantastbarkeit der Menschenwürde, das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und das Recht auf körperliche Unversehrtheit, auch das Recht auf Leben (nicht Pflicht zum Leben!).

Fragen im klinischen Alltag ergeben sich dann, wenn ein Patient Maßnahmen ablehnt, die ihm das Leben retten könnten oder Entscheidungen trifft, die anderen als unsinnig erscheinen. Oder wenn Schwerstkranke nicht mehr die Kraft haben, ihren Willen gegen eine Koalition aus Ärzten und wohlmeinenden Angehörigen durchzusetzen.

Meine Erfahrung ist die: Auch entscheidungsfähige Patienten werden im Klinikalltag häufig entmündigt; und in den Heimen vermutlich auch. Das kann im Einzelfall ethisch begründet sein, es kann aber auch aus Bequemlichkeit oder aus Zeitknappheit geschehen. Trotzdem bleibt es strafbare Körperverletzung. Denn schon 1984 hat der Bundesgerichtshof festgestellt, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch Entscheidungen schützt, die aus medizinischen Gründen unvertretbar erscheinen. Jeder hat also das Recht, medizinische Eingriffe abzulehnen, selbst wenn der Eingriff ihm sein Leben retten würde.

b. Der vorausverfügte Patientenwille:

Die meisten Menschen haben Angst vor Krankheitssituationen, in denen eigene Entscheidungen nicht mehr getroffen werden können und in denen die Gefahr von Fremdbestimmung und Entmündigung groß ist. Viele von ihnen wollen mitentscheiden dürfen über Beginn oder Nichtbeginn, über Fortsetzung oder Beendigung medizinischer Maßnahmen. Und sie möchten Vorsorge dafür treffen. Eine solche Vorsorge ist möglich. Als Instrumente stehen dafür Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zur Verfügung.

Eine Patientenverfügung ist als vorausverfügter Wille zu beachten. Sie ist im Anwendungsfall verbindlich, wenn die eingetretene Krankheitssituation der vorausverfügten entspricht und wenn sich keine Anhaltspunkte für eine Meinungsänderung des Betroffenen seit Abfassung der Patientenverfügung finden lassen.

Fragen können sich dann ergeben, wenn die Patientenverfügung missverständlich formuliert ist, sodass unterschiedliche Interpretationen möglich sind oder wenn die eingetretene Situation nicht genau derjenigen entspricht, die in der Patientenverfügung angesprochen wurde. Gelegentlich ergibt sich die Frage, ob der Betroffene zum Zeitpunkt der Abfassung seiner Verfügung die Tragweite seiner Entscheidungen wirklich noch einschätzen konnte oder ob Druck auf ihn bei der Abfassung der Verfügung ausgeübt wurde.

Deshalb sollten Patientenverfügungen sowohl bei ihrer Erstellung als auch bei ihrer Anwendung in Gespräche eingebettet sein. Bei der Erstellung ist neben einem Beratungsgespräch das Gespräch des Betroffenen mit seinen Angehörigen bzw. Bevollmächtigten und dem Hausarzt anzuraten. Im Anwendungsfall muss der Arzt mit Bevollmächtigtem oder Betreuer sprechen, im Zweifelsfall aber auch mit weiteren wichtigen Bezugspersonen des Betroffenen.

Meine Erfahrung ist die: Patientenverfügungen werden häufig gar nicht zur Kenntnis genommen oder – ohne Gespräch – einseitig interpretiert. Dahinter verbirgt sich die Angst von uns Ärzten vor der eigenen Endlichkeit, aber auch vor strafrechtlichen Konsequenzen sowie die erschreckende Unkenntnis der Ärzte hinsichtlich der gültigen Rechtslage.

Da auch bei Vormundschaftsrichtern diese Unkenntnis der Rechtslage bei rund 60 % liegt, ergehen mitunter Urteile, die unsere gesamte Gesellschaft zutiefst verunsichern. Das ist auch der Grund, weshalb eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung seitens der Politik angestrebt wird, obwohl die gültige Rechtslage gut ist.

c. Der mutmaßliche Patientenwille/Das subjektive Patientenwohl:

Liegt bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten keine Patientenverfügung vor oder ist die vorliegende Patientenverfügung in der konkreten Situation nicht anwendbar oder gibt es Streit über die Auslegung der Patientenverfügung, dann ist der mutmaßliche Patientenwille zu ermitteln. Dann muss gefragt werden: Wie würde der Betroffene in der aktuellen Situation entscheiden, wenn man ihn fragen könnte. Es gibt zahlreiche Urteile des Bundesverfassungsgerichts, in denen dem mutmaßlichen Patientenwillen bei Entscheidungen Dritter große Bedeutung beigemessen wird. In einem wegweisenden Urteil von 1994 wurde festgelegt, dass die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens mit großer Sorgfalt erfolgen müsse. Auch die Bundesärztekammer hat sich hierzu eindeutig geäußert. So müssen bei dieser Ermittlung beachtet werden: Die Lebenserwartung; das Ausmaß von Schmerz und anderen leidvollen Symptomen sowie die Einstellung des Betroffenen dazu; frühere mündliche Willensäußerungen; persönliche Lebens- und Wertvorstellungen sowie religiöse Überzeugungen. Eine solche Ermittlung ist dementsprechend aufwändig und bedeutet intensive Biographiearbeit, an der alle wichtigen Bezugspersonen des Patienten beteiligt werden sollten. Letztlich geht es um die Ermittlung des subjektiven Wohls des Betroffenen. Im Bürgerlichen Gesetzbuch ist festgelegt, dass das Wohl des Patienten Maßstab für das Handeln des Stellvertreters sein muss, wobei die Gestaltung des Lebens nach den Vorstellungen und Wünschen des Betroffenen zu beachten sind. Der Bundesgerichtshof hat dies 2003 bekräftigt: „Das Wohl des Patienten ist vorrangig subjektiv zu verstehen.“

Fragen können sich dann ergeben, wenn Angehörige ganz unterschiedliche Auffassungen vertreten oder eigene Moralvorstellungen höher bewerten als die Einstellung des Betroffenen.

Meine Erfahrung ist die: Obwohl höchstens 5% aller nicht entscheidungsfähigen Patienten eine brauchbare Patientenverfügung haben, wird bei den restlichen 95% der mutmaßliche Wille so gut wie nie ermittelt. Hier scheint die Angst vor dem juristischen Glatteis noch größer zu sein als beim Vorliegen von Patientenverfügungen. Außerdem ist der Zeitaufwand enorm hoch.

Persönlich habe ich in zahlreichen solcher Ermittlungsgespräche fast nur gute Erfahrungen gemacht: In den meisten Fällen konnte – selbst mit unter sich zerstrittenen Angehörigen – im Konsens der mutmaßliche Wille ermittelt werden. Folgender Fragenkatalog zu Lebenseinstellungen, Wertvorstellungen und religiösen Anschauungen haben sich bei derartigen Gesprächen als roter Faden bewährt:

d. Das objektive Patientenwohl:

Liegt bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten keine Patientenverfügung vor und lässt sich der mutmaßliche Wille nicht ermitteln, dann ist für Entscheidungen das objektive Patientenwohl maßgeblich.

In dieser Situation muss zunächst abgewogen werden, ob Nutzen oder Schaden der geplanten medizinischen Maßnahme überwiegen. Im Zweifel gilt: In dubio pro vita (im Zweifelsfall hat der Lebensschutz Vorrang). So kann beispielsweise beim langjährigen Wachkoma nicht sicher entschieden werden, ob die Fortsetzung einer künstlichen Ernährung dem Betroffenen mehr schadet oder nutzt, während im Endstadium der Demenz der Nutzen einer solchen Maßnahme geringer ist als der Schaden.

| |
|--|
| Folie: Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens |
|--|

2. Anmerkungen zum Fürsorgegebot der Helfer

Alle Menschen sind im Laufe ihres Lebens auf Fürsorge anderer angewiesen. Das gilt immer für den Beginn des Lebens und häufig für das Ende des Lebens. Ärztliche Fürsorge wurde über Jahrhunderte „paternalistisch“ praktiziert: So wie ein treu sorgender Vater wusste der Arzt, was für die ihm anvertrauten Patienten das Beste sei. Insbesondere in Situationen, in denen der Patient hilflos und hilfsbedürftig ist oder gar einwilligungsunfähig. Und dementsprechend wurde gehandelt. Heute streben wir eher ein „partnerschaftliches“ Arzt-Patienten-Verhältnis an, in dem Fürsorge selbstverständlich ihren Platz haben muss.

Voraussetzung für eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient ist eine Beziehungsmedizin, die vom dialogischen Miteinander geprägt ist. Das setzt viel Raum für Kommunikation voraus, der im Zeitalter der Fallpauschalen und der Zeitreglementierung medizinisch-pflegerischer Tätigkeiten nicht automatisch gegeben ist.

Beim Versuch, gemeinsam mit dem Patienten partnerschaftliche Entscheidungen zu treffen, müssen wir uns dessen bewusst sein, dass unsere Wirklichkeit und die des Patienten in vielerlei Hinsicht unterschiedlich ist und dass diese Wirklichkeiten von einer ausgeprägten Asymmetrie gekennzeichnet sind: Auf der einen Seite Ohnmacht, Unwissen, Ausgeliefertsein, Angst ...und auf der anderen Seite Macht, Wissen, Kontrolle, Zuversicht.

Es muss also darum gehen, ein Stück gemeinsamer Wirklichkeit herzustellen, ein Stück gemeinsamer, wenn auch kurzer Geschichte, ein Stück gemeinsamen Weges.

Für den Arzt bedeutet Fürsorge zunächst einmal: Vorbeugen, Heilen, Lindern, Begleiten und Trösten; auch beim Sterben. Heilung im Sinne von „Wegmachen“ gelingt heute eher selten. Denn bei der Mehrzahl der Patienten, den chronisch Kranken ist eine solche Heilung nicht möglich. Bei diesen Patienten geht es darum, ihnen dabei zu helfen, mit der Krankheit (und nicht gegen sie) leben zu lernen und wenn es zum Ende kommt das ihnen gemäße Sterben zu ermöglichen. Das erfordert viel Empathie, Achtsamkeit und Behutsamkeit. Der moderne Medizinbetrieb hat diese fürsorgliche Aufgabe sträflich vernachlässigt. Sicher ein Grund für die Entwicklung der Notwendigen Hospizbewegung und Palliativmedizin.

Deren Erfahrungen und Erfolge in den klinischen und pflegerischen Alltag zu integrieren, ist eine dringliche Aufgabe, die das Diakonische Werk in Bayern in vorbildlicher Weise nicht nur begriffen hat, sondern auch praktisch umzusetzen versucht.

Ein wichtiges Instrument ärztlicher Fürsorge ist die Aufklärung, richtiger: sind Aufklärungsgespräche, weil es mit einem Gespräch in der Regel nicht getan ist. „Einmal Aufklärung ist keine Aufklärung“.

Aufklärung beispielsweise über das Wie, Warum und das Wozu geplanten medizinischen Handelns, Aufklärung über Krankheit und Prognose, über Heilungsaussichten, Vorteile und Nachteile riskanter Therapieverfahren.

Solche Gespräche sollten im Klima der Wahrhaftigkeit erfolgen; sie sollten in einem „geschützten“ Raum stattfinden, in dem Bedenken, Gefühle und Ängste der Betroffenen Platz haben. Zeit zum Überdenken und Gesprächswiederholungen sollten selbstverständlich sein.

Fragen für die Aufklärenden ergeben sich in erster Linie, wenn nicht genügend Zeit für derartige Gespräche erübrigt werden kann; wenn der Patient oder seine Angehörigen misstrauisch sind oder wenn keine gemeinsame Sprachebene gefunden werden kann. Fragen für die Betroffenen ergeben sich dann, wenn Fachchinesisch gesprochen wird, wenn sie zugeredet werden, wenn sie keine Möglichkeit für Nachfragen haben oder wenn sich der Aufklärende um die Wahrheit drückt, die der Betroffene schon längst erahnt hat.

Meine Erfahrung ist die: Viele meiner Kollegen reagieren beleidigt, wenn kritische Fragen gestellt werden oder wenn der Wunsch nach Einholung einer Zweitmeinung geäußert wird. Auch Pflegende reagieren immer wieder sauer, wenn sie von Patienten gefragt werden, wofür diese Tablette sei oder warum eine neuerliche Blutentnahme nötig sei.

Persönlich habe ich erfahren dürfen, dass einfühlsame und geduldige Gespräche mit Patienten und ihren Angehörigen großes Vertrauen schaffen. Vor allem dann, wenn ich in ausweglosen Situationen aus meiner Ratlosigkeit kein Hehl gemacht habe und versucht habe, gemeinsam mit dem Patienten einen Weg zu suchen und zu gehen. Angesichts bösartiger Erkrankungen mit schlechter Prognose konnten Gespräche unter Einbeziehung von Angehörigen dazu beitragen, die Sprachbarrieren zwischen den Partnern oder in der Familie zu überwinden.

Ausdruck ärztlicher Fürsorge sind übrigens auch Beratungsgespräche zur Patientenverfügung oder Gesprächsrunden zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens.

Dass – abgesehen von eiligen Notfallsituationen – Entscheidungen am Lebensende nie ohne fürsorgliche und partnerschaftliche Gespräche getroffen werden sollten, zeigt folgendes Entscheidungsdiagramm aus Großhadern:

| |
|--|
| Folien: Entscheidungsdiagramm nach Borasio 1/2 |
|--|

3. Anmerkungen zur Gewichtung von Selbstbestimmung und Fürsorge

Die Menschenwürde gilt in Deutschland als das höchste von der Verfassung geschützte Gut. Darüber sind sich alle einig. Jedem Menschenleben ist Würde zuzusprechen; und sei es noch so hilflos und geschunden. Darüber gehen die Meinungen schon auseinander. Viele reden ja gern vom würdelosem Dahinvegetieren von Pflegeheimbewohnern. Ich meine dagegen: Unwürdiges menschliches Leben gibt es nicht. Unser Umgang mit den Schwachen, den Hilflosen, den Außenseitern aber kann unwürdig sein.

Darüber, was Menschenwürde letztlich ausmacht, wird heftig gestritten. So werden im gegenwärtigen gesellschaftlichen Diskurs die beiden medizinethischen Prinzipien Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgegebot gern gegeneinander ausgespielt: Für die einen ist Selbstbestimmung der Kern der Menschenwürde. Sie übersehen dabei, dass auch solchen Menschen, die nicht mehr zur Selbstbestimmung fähig sind oder es nie waren, selbstverständlich Menschenwürde zukommt. Umgekehrt fordern andere eine Unterordnung des Selbstbestimmungsrechts unter das Fürsorgegebot in Situationen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. Einige von ihnen gehen so weit zu behaupten, dass Patientenverfügungen als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts die Fürsorge des Arztes untergraben würden und deshalb abzulehnen seien.

Beide Positionen sind so nicht haltbar: Denn zum Kern der Menschenwürde gehören sowohl seine Freiheit, Entscheidungen für und über sich zu treffen, als auch seine Bedürftigkeit und sein Angewiesensein auf die Fürsorge anderer. Fürsorge, die sich nicht vorrangig am Willen und subjektiven Wohl des Patienten orientiert, verfehlt ihren Zweck. Umgekehrt wird Selbstbestimmung häufig erst durch Fürsorge möglich. Diese Aussage möchte ich mit drei kurzen Zitaten unterstreichen: „Fürsorge im Respekt vor der Freiheit des anderen“ hat Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung als Leitmotiv für die Hospizarbeit gewählt. Ähnlich wurde im EKD-Text 80 „Sterben hat seine Zeit“ formuliert: „Der Respekt vor der Selbstbestimmung ist...eine Implikation der Fürsorge.“ Und im Arbeitsbericht der Kommission des Bundesjustizministeriums „Patientenautonomie am Lebensende“ von 2004 heißt es: „Die flächendeckende Bereitstellung von Palliativmedizin und hospizlicher Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für die wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende.“

4. Anmerkungen zum Problem der Gerechtigkeit:

Dieser medizinethische Leitwert spielte in unserem Gesundheitssystem früher eine untergeordnete Rolle. Ich erinnere mich an viele diesbezügliche Ethiktagungen, auf denen dieses Problem ausgeklammert wurde. Das hat sich in den vergangenen Jahren drastisch geändert. Früher wurde in diesem Zusammenhang auf die zutiefst ungerechten Unterschiede in der medizinischen Versorgung bei uns und in der so genannten Dritten Welt verwiesen. Wenn wir bereit sind, auch nur in Europa ein wenig über den Tellerrand unseres überaus reichen Gesundheitswesens zu schauen – etwa nach Osteuropa - ,dann wird sofort deutlich, wie eminent wichtig und ungelöst dieses Problem ist. Inzwischen gewinnt dieser Leitwert aber auch hier zunehmende Bedeutung. Denken Sie nur an das Stichwort „Zweiklassenmedizin“.

In den meisten gerichtlichen Entscheidungen der letzten Jahre, die über das Für und Wider im Hinblick auf Nichtbeginn oder Einstellung von lebensverlängernden Maßnahmen bei Schwerkranken und Sterbenden getroffen wurden, ging es um die Beendigung einer künstlichen Ernährung. Dies aber ist ausschließlich ein Problem der reichen Industrienationen dieser Welt! Und das erst seit rund 25 Jahren! Das sollte man sich unter dem Gerechtigkeitsaspekt vor Augen halten, bevor man leichtfertig sagt: „Wir dürfen doch niemanden qualvoll verhungern lassen. Im Zusammenhang mit dem traurigen Schicksal von Terri Schiavo war in der Osterzeit 2005 in unseren Medien häufig dieser Satz zu hören, auch von Vertretern der Kirchen. In einem bissigen Kommentar zu diesen Äußerungen hat Evelyn Roll in der SZ damals Folgendes geschrieben: „Und was hätten die medienhörigen Kirchenoberen aller Konfessionen zu Ostern schon predigen sollen, wenn nicht gerade Terri Schiavo und die Patientenverfügung auf der Agenda stünden? Zum Beispiel gegen den Trend und noch einmal über Abertausende von Kindern, die auch an diesem Osterfest wieder elend verhungert und verdurstet sind, ganz ohne Rechtsstreit, Kamerabegleitung und Empörung der Weltöffentlichkeit. “Ehrlich gesagt: Mir hat dieser Kommentar damals gut getan. Angesichts folgender Zahlen können Sie das vielleicht nachvollziehen:

Folie: WHO-Statistik

Zurück in unser reiches Gesundheitssystem. Auf der so genannten Makroebene werden viele Entscheidungen und Festlegungen getroffen, die mit dem Leitwert der „Gerechtigkeit“ nicht zu vereinbaren sind. Dazu nur wenige Beispiele:

- **In einigen Bundesländern wurde vor einigen Jahren den Ärzten untersagt, chronische Erkrankungen von Asylbewerbern zu behandeln. Die Ärzte haben sich zum Glück vielerorts darüber hinweggesetzt.**
- **Die Gesundheitskosten pro Jahr liegen in Deutschland bei rund 250 Milliarden € etwa die Hälfte davon wird im letzten Lebensjahr aller Patienten benötigt. Demgegenüber wird die Palliative Care Versorgung mit rund 1 Promille dieses Budgets finanziert.**
- **Durch die Fallpauschalen (DRG's) wird die Behandlung chronisch Kranker und die Palliativversorgung an Krankenhäusern stark benachteiligt.**
- **Die ohnehin in Deutschland stellenweise immer noch unterentwickelte Schmerztherapie wird bei Hochbetagten und Demenzen besonders vernachlässigt.**
- **Gibt es nicht tatsächlich eine „Zweiklassenmedizin des Sterbens“; auf der einen Seite auf der seligen Insel von Hospizen und Palliativstationen, auf der anderen Seite im anonymen Betrieb des Akutkrankenhauses?**

Auf der so genannten Mikroebene, also im einzelnen Krankenhaus oder Pflegeheim, gibt es ähnliche Probleme. Und ebenso auf der ganz persönlichen Ebene des einzelnen Helfers. Die belastendsten Probleme sind wohl das der gerechten Zeiteinteilung angesichts viel zu knapper Stellenpläne und das der gerechten Geld- bzw. Mittelverteilung. Auch dazu wenige Beispiele, die aber verdeutlichen, welche große Rolle dieses Gerechtigkeitsprinzip inzwischen in unserem Alltag spielt:

- **Wieviel Zeit benötigen wir zum mühsamen Füttern, wie viel für die künstliche Ernährung?**
- **Wieviel Zeit nehmen wird uns für Wiederbelebungsversuche (auch bei über 90-Jährigen, deren Meinung dazu vorher nicht abgefragt wurde) und wie viel Zeit, um am Sterbebett zu sitzen und gemeinsam mit dem Sterbenden auf seinen Tod zu warten?**
- **Wieviel Zeit nehmen wird uns für Fortbildung und Literaturstudium, wie viel Zeit für Gespräche?**
- **Wieviel überflüssige Untersuchungen werden bei Privatpatienten durchaus nicht immer zu deren Vorteil vorgenommen? Und wieviel unsinnige Untersuchungen werden bei Schwerstkranken und Sterbenden durchgeführt, für deren Begleitung keine Zeit bleibt?**

Für gute Antworten auf derartige Fragen benötigen wir Wissen, Teambereitschaft, Mut und Kreativität:

Wissen über die Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliative Care.

Wissen darüber, dass gute Kommunikation viel Zeit sparen hilft.

Bereitschaft zur vernetzten Teamarbeit, die sich über Berufs- und Hierarchiegrenzen hinwegsetzt und die Angehörige und freiwillige ehrenamtliche Helfer nicht als Störfaktor, sondern als wichtige Mitstreiter ansieht.

Mut, sich gelegentlich über Bestimmungen hinwegzusetzen oder dafür zu kämpfen, dass sie abgeschafft werden.

Und bei all dem ist viel Kreativität erforderlich.

Auch dazu zwei Beispiele:

-Auf meiner allgemeininternistischen Station habe ich vor circa 10 Jahren im Vergleich zu meinen Kollegen auf vergleichbaren internistischen Stationen jährlich Geld in der Höhe eines reichlichen Assistenzarztgehaltes einsparen können: Durch weniger Untersuchungen und weniger Medikamente. Wie ging das?

Die meisten Untersuchungen, die unabhängig vom Ergebnis keinerlei Konsequenzen für den Patienten gehabt hätten, sind unterblieben und die Medikation wurde auf ein rationales, letztlich sachgerechtes Minimum beschränkt. Man kann es auch anders formulieren: Ich habe auf vermeintliche Sicherheitsmedizin verzichtet.

Der Präsident der Bayerischen Ärztekammer hat einmal öffentlich bekundet, dass in der von ihm geleiteten Krankenhausabteilung 30 % der Ausgaben ausschließlich aus juristischen Gründen zur Absicherung resultierten. Diesen Anteil habe ich damals auf meiner Station deutlich reduzieren können.

-Mit einem ausführlichen Aufnahmegespräch, das die gemeinsame Festlegung von Therapiezielen einschließt, können viele Untersuchungen, aber auch teure Therapieverfahren eingespart werden, mitunter aber auch Auseinandersetzungen mit ungedulden Angehörigen.

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch ein Schema als wichtiges Handwerkszeug für komplizierte ethische Entscheidungen vorstellen. Die Arbeit mit diesem Schema macht nur Sinn im Rahmen einer Diskursethik, also im Rahmen gemeinsamer Entscheidungsfindung., etwa in einer Ethikkommission:

| |
|--|
| Folien: Ethisch begründetes Handeln |
|--|

Schlussbemerkung

Ethische Entscheidungen bei Schwerstkranken und Sterbenden sind nicht nur Entscheidungen über den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Es geht auch um die vielen kleinen täglichen Entscheidungen, die von uns allen viel Aufmerksamkeit, Empathie und Respekt vor dem anderen erfordern, ebenso aber gemeinsame Reflexion im Team. Die Implementierung des Hospizgedankens und der Hospizpraxis in den stationären und ambulanten Einrichtungen der Diakonie in Bayern wird für die Betroffenen und für die Helfer eine große Bereicherung auf dem Weg zu guten ethischen Entscheidungen im Kleinen und Großen sein. Für diesen Weg wünsche ich Ihnen und uns Gottes Segen.