

VON DEN GRENZEN ÄRZTLICHEN HANDELNS

(Prof.Dr.Eike Uhlich, Hofheim)

Zwei Vorbemerkungen zunächst:

1. Auf den **ersten** Blick ist das Wort „Grenzen“ eher negativ belegt:

Grenzen engen ein und behindern;
Uns ist unwohl zumute, wenn wir Grenzen überschreiten;
Grenzen sind zu achten, und: sie haben oft etwas Bedrohliches an sich.

Andererseits stellen wir erstaunt fest:

Ohne Grenzen und Grenzflächen ist Leben nicht möglich;
Wenn sich Grenzen in der Biologie, z.B. solche von Zellen oder Organen, auflösen, erstirbt das Leben;
Grenzwälle gewähren Schutz und vermitteln Sicherheit; Grenzen sind etwas Gutes!

Und **schließlich**:

Grenzen sind kaum je statisch und entgültig,
sie werden festgelegt oder bei Bedarf verändert;
Grenzen sind gottgegeben oder vom Menschen gemacht, natürlich oder willkürlich;
Sie sind ehern und deutlich, manchmal vage, verschwommen und kaum erkennbar.

Ein Wort mit sehr vielschichtigen Inhalten also, dieser Begriff „Grenze“.

Und wenn wir „von den Grenzen ärztlichen Handelns“ reden, werden wir all jenen ebengenannten Facetten des Begriffes „Grenze“ wieder begegnen.

Unter „ärztliches Handeln“ verstehe ich übrigens den professionellen (und damit auch partnerschaftlichen) Umgang des Arztes mit einem Kranken. Wobei diese Tätigkeit (in den zwei wesentlichen Schwerpunkten, nämlich der Diagnostik einer Krankheit und der Therapie des kranken Menschen), wobei also diese Tätigkeit reichen kann vom geduldigen Zuhören auf die Klagen eines Kranken bis zum gezielten Einsatz apparativer Hochleistungsmedizin. Oder praktisch: von der Herz-Lungen-Mehrgorgantransplantation bis hin zum stillen, scheinbar tatenlosen Dabeisitzen und Dasein beim Sterben eines Menschen.

2. **Zweite** Vorbemerkung:

Grenzerfahrungen werden in der Medizin tagtäglich erlebt; in allen Bereichen und in jedem Fachgebiet, bei Patienten und Angehörigen, Pflegenden und Helfenden, Ärzten und Pfarrern.

- Wir kennen alle die Grenzen **am Beginn des Lebens** (Stichworte: Klonen, Gen- und Fertilisationstechniken, vorgeburtliche Diagnostik usw.); davon wird heute nicht gesprochen.

- Wir nehmen Grenzen in besonderen Krankheits- und Krisensituationen **in der Mitte des Lebens** wahr (Stichworte: Organtransplantation, Experimente am Menschen, Aufklärung usw.).
- Und wir begegnen Grenzen **am Ende unseres Lebens** (Stichwort: Euthanasie, Hirntoddefinition, Patiententestament, Therapieabbruch usw.)

Im Folgenden werde ich *nicht nur*, aber doch *vorwiegend* Gedanken aus dem **letztgenannten** Themenkreis näher ausführen. Eine durch den Arbeitsschwerpunkt dieses Auditoriums sinnvolle „Eingrenzung“.

Ich ergänze also mein Thema so:

„Von den Grenzen ärztlichen Handelns besonders am Ende des Lebens“.

Die Themenvielfalt ist dennoch sehr groß. Es kann sich also nur um eine Art Rundflug mit einem kurzen Blick über den Horizont einer höchst komplexen medizinethischen Landschaft handeln.

Dabei werde ich mit Ihnen durch Gewitterfronten fliegen und Sie durch „störende Unterbrechungen“ kräftig durchschütteln.

Damit Sie sich inhaltlich und zeitlich ein wenig orientieren können, habe ich eine Art Flugplan ausgeteilt.

In etwa 55 Minuten werden wir hier wieder landen.
Dann haben Sie alles überstanden.

Doch starten wir nun endlich und fragen ganz direkt:

Was könnte ärztliches Handeln begrenzen?

Grundsätzlich! Und besonders am Ende des Lebens!

Geld vielleicht?

Reden wir also vom Geld!

Alle reden vom Geld!

Alle schimpfen über die Gesundheitsreform.

Alle reden vom Sparen. Vom Sparen bei den anderen natürlich.

„*Weil du arm bist, mußt du eher sterben*“, sagt man.

Ist das so, bei uns in Deutschland?

Müssen Arme eher sterben, weil ihnen etwas vorenthalten wird?

Um es gleich vorweg zu sagen: *Es ist nicht so!*

Aber bringen wir doch zunächst etwas Ordnung, etwas Transparenz in das Finanzierungssystem unseres Gesundheitsapparates.

Und stellen wir fest:

Die Regierung (mehrheitlich gewählt von uns!) legt fest, wieviel Geld für die Gesundheit ausgegeben werden darf!

Es ist eine unerhört große Summe, nämlich etwa 16% des sog. Bruttosozialproduktes.

Und dieses Geld nun, 500 Milliarden, also fast ½ Billion DM, wird verteilt und ausgegeben.

Beispielsweise:

für die Krankenhäuser, die Ärzte, Medikamente, Krankengeld und Kuren,
für die medizinische Forschung und Vorsorgeuntersuchungen,
für Gebisse und Krücken, Brillen und Perücken,
für die Befruchtung einer Eizelle im Reagenzglas,
für den Austausch eines versagenden Herzens gegen ein neues,
für den Learjet, der ein Unfallopfer aus Südafrika nachhause bringt,
für das Planschen im Schwimmbad mit Delphinen in Nürnberg, beispielsweise, und
für das Spaziergehen an der Ostsee oder Moorpackungen in Baden-Baden,
für die Verkleinerung des Busens oder die Vergrößerung des Penis.

Es gibt nahezu nichts, was man sich nicht zumindest teilfinanzieren lassen kann durch die Krankenkassen, eine hinreichend starke Hartnäckigkeit des Bittstellers sowie eine käufliche Bescheinigung durch den Arzt vorausgesetzt.

Das entscheidende Problem hierbei ist **nicht** so sehr, daß dieses **Budget**, wie man den ganzen Haufen Geld nennt, „gedeckt“ ist, daß also die Gesamtsumme unter keinen Umständen erhöht und aufgestockt werden kann.

Sondern das **Entscheidende** ist, **wer** denn nun eigentlich **bestimmt**, wohin das ganze Geld fließt, in welche Kanäle es geleitet werden soll, wer es verbrauchen darf.

Wir sind umgeben von einer brüllenden Schar von Bedürftigen, die an die Fleischtöpfe wollen.

Man nennt diese Balgerei um das Geld „Verteilungskampf im Gesundheitswesen“.

Wer also soll entscheiden?

Sollen diejenigen, die es betrifft, also die Patienten, bestimmen?

Schwierig! Denn jeder ist sich selbst der Nächste, jeder würde für sich das meiste herausholen wollen aus dem Topf und jeder würde meinen, daß er am dringlichsten versorgt werden müsse. Subjektive Bedürfnisse statt objektiver Kriterien!

Sollen die Ärzte entscheiden?

Noch schwieriger: Denn jeder meint, daß er und sein Fachgebiet und seine Klinik und seine Methode diejenige wäre, die den armen Patienten besonders gut helfen würde und daher ganz fraglos der umfassenden Unterstützung bedürfe!

Sollen es die Krankenkassen anordnen?

Die auch untereinander zerstritten sind und um „Kunden“ werben? Vertreten sie wirklich immer nur die Interessen ihrer Versicherten? Oder sind sie profitorientierte Finanzjongleure mit dem Geld ihrer Klientel? Sind die Krankenkassen wirklich objektive Fürsprecher allein ihrer Versicherten?

Oder sollen doch wieder die Politiker alles festlegen?

Aber sind die wirklich die richtigen? Sind unsere Politiker nicht meist ohne jede Sachkenntnis und gar nicht so selten eher am eigenen Fortkommen interessiert? Und war da nicht gerade von Bestechlichkeit und Untreue die Rede?

Ratlosigkeit macht sich breit im Kampfgetümmel um das Geld und die Entscheidungskompetenz. Bisher muß man oft den Eindruck haben, daß derjenige, der am lautesten schreit und sich womöglich am elegantesten in der Fernsehshow darstellt, und vielleicht noch die besten Beziehungen zur Politik hat, daß so einer am ehesten das Geld bekommt!

Sie wollen ein Beispiel hören?

Ich unterbreche für eine tödliche Zwischenbilanz: Seit Beginn meines Referates soeben, vor wenigen Minuten, bis jetzt, sind in Afrika 300 Kinder verhungert oder an heilbaren Krankheiten gestorben.....

Zurück zu dem Beispiel, das Sie hören wollten, es ist eines von vielen:

Weltspitze ist Deutschland, was die **Versorgung von Herzinfarktpatienten** angeht. Allerorten sind Herzzentren aus dem Boden geschossen! Dafür gibt es Geld die Hülle und Fülle. Deutschland ist gepflastert mit derartigen cardiologischen prestigebeladenen Medizin-Hochburgen. Ein perfektes Klinikmanagement selbstredend eingeschlossen.

Es ist ja auch schick, und aufregend und begeisternd, wenn man das sieht:

- Wie da jemand während der aufreibenden Managertätigkeit ganz akut zusammenbricht und einen Herzinfarkt erleidet,
- Und dann in wenigen Minuten mit Sondersignal und Blaulicht die Klinik erreicht,
- sofort katheterisiert, angiographiert, dilatiert und –besonders in Mode- „gestentet“ wird,
- oder vielleicht später noch mit Bypässen versorgt
- und schließlich rehabilitiert, nach wenigen Wochen schon,
- sich mit einer Längsnarbe über dem Brustbein wieder zur Stelle meldet.
- und so weitermacht, als wäre nichts geschehen....

Eigentlich haben ja nur wirklich wichtige Leute einen Infarkt, meint man.

Hohe Anerkennung ist gewiß: **wie das alle Beteiligten, die Ärzte zumal und der Patient natürlich, so elegant und flott geschafft haben!**

Und: Man verdient ja auch bestens mit dieser Art von Medizin:

Einige der Herz-Zentren geben sogar **Aktien** ihres florierenden Marktes mit Herzkranken aus. Beispielsweise das Rhönklinikum in Bad Neustadt.

Und sie sollen sich ganz gut halten, an den Börsen, sagen die Experten.

Experten wie der Herz-Zentren-Aktien-Besitzer, unser Fußball-Kaiser Beckenbauer z. B.

Und so kommt es, daß man ganz unversehens so viele Zentren gebaut hatte, daß es nun selbst den Regierenden in Bayern (die sonst immer gern zu einer Einweihung kommen und sich vorwiegend selbst auf die Schulter klopfen) zu dumm wurde, und sie beispielsweise kürzlich einem soeben in Ingolstadt fertiggestellten funkelnagelneuen Superherzoperationszentrum seine Start- und Betriebsgenehmigung versagten, „weil es keinen Bedarf gebe....“

Ich fasse das bisher Gesagte zusammen und stelle fest:

1. Wir leben im Zeichen des Überflusses, hier in Deutschland, nicht im Zustand des Mangels!
2. Moderne Medizintechniken täuschen gelegentlich über die existentielle Bedrohung durch eine Krankheit hinweg.
3. Wir gewöhnen uns immer mehr an die Machbarkeit von noch kurz vorher Undenkbarem. Grenzen ärztlichen Handelns scheint es *hier* kaum zu geben!

Rasch noch **eine Anmerkung** in Klammern, zum Staunen:

Wir erkennen, daß oftmals ein hohes „**Sozialprestige**“, eine merkwürdige Werteskala bei den verschiedenen Krankheiten für die Verteilung von Geldern von Bedeutung zu sein scheint.

So bekommt man immer Geld für alles was mit „Herz“ zu tun hat, oder mit „Kindern“ und „Krebs“. „Knochenmarkspende“ ist so ein Zauberwort, das Mitleid weckt, eine Spendenflut auslösen kann und die Geldquellen munter sprudeln läßt: Hoher Stellenwert auf der Mitleids-Skala.

Merkwürdige Parallelen übrigens bei Greenpeace: Keine Geldsammelprobleme für Robbenbabies und Pandabären. Völlig aussichtslos dagegen, Geld beispielsweise für die ebenso bedrohten aber viel weniger possierlichen Gürteltiere zu bekommen.....

Ganz ähnlich geht es den armen Patienten, die einen *Dickdarmkrebs* haben! Keine Lobby! Wo ist das Hilfsprogramm für die Leute mit *Harnträufeln*, mit *Hämorrhoiden*, mit *Krampfadern* oder mit den schwer pflegebedürftigen *Schwachsinnigen*? Wie steht es mit Geldzuteilungen für unsere *Hochbetagten*, die verwirrt im Gitterbett liegen und zerfahren an der Bettdecke nesteln?

Nicht fernsehtauglich! Nicht werbewirksam! Kaum vorzeigbar! Unterster Platz auf unserer Werteskala der Hilfsbedürftigen! Keine Fürsprache, damit auch keine Chance und wenig Geld....

Aber: durchaus noch Platz für ärztliches Handeln!

Denn: Ärztliches Handeln ist nur selten an viel Geld gebunden.

Und: Empfinden wir **hier dennoch** Defizite und Begrenztheiten ärztlichen Handelns, liegt es eher an der Persönlichkeit des Arztes oder an den unrealistischen Erwartungen des Patienten oder seiner Angehörigen. Fast nie an fehlenden medizinischen Ressourcen und schon gar nicht an Geldmangel.

Zurück zum Thema:

In Deutschland muß keiner eher sterben, nur weil er arm ist. In Deutschland bekommt jeder, was er an Diagnostik und Therapie wirklich benötigt, was er an Medikamenten oder sonstiger Behandlung definitiv braucht. Der Gesundheitsapparat ist leistungswillig und –fähig.

Ich betone: in Deutschland!

Dank nämlich der ziemlich dichten schwarz-rot-goldenen Grenzpfähle.

Ein paar hundert Kilometer weiter südlich oder östlich sieht das ganz, ganz anders aus.

Sie kennen alle **das Beispiel von dem Dialyse-Patienten** aus Ihrer Nachbarschaft oder dem Bekanntenkreis. Ich will es Ihnen nochmal kurz erzählen!

Er ist 40 Jahre alt, der Patient, als die Nieren versagen. Selbstverständlich entschließt man sich zur Behandlung mit der künstlichen Niere. Keine Frage: er lebt ja diesseits der deutschen Grenze, beispielsweise hier in Coburg. Und da gibt es immer einen Dialyseplatz.

Jeder 500ste Deutsche wird dialysiert. Im vereinigten Deutschland gibt es rund 16.000 Dialysepatienten, also etwa 200 pro 1 Million Einwohner. In England sind es nur 80, in der Türkei oder in Algerien sind es gar nur 2 Nierenkranke, die pro 1 Million Einwohner dialysiert werden.

Die Zahl der Nierenkranken im Endstadium ist aber natürlich überall auf der Welt etwa gleich groß.

Was bedeutet das? Das bedeutet Folgendes:

Wenn hier in Deutschland 100 Nierenkranke an ihre Dialysemaschine angeschlossen werden, geht im Kampf um den Dialyseplatz dort in der Türkei nur 1 von 100 anderen als Sieger hervor.

Und das wiederum heißt, spitz formuliert:

Während dort, jenseits der Grenze 99 von 100 Patienten mangels Dialyse im urämischen Koma in den Tod hinüberdämmern, darf hier in Deutschland kein Mensch mehr am Nierenversagen sterben, weil er gesetz- (oder sollte ich sagen: routine- oder beinahe zwangs-) mäßig dialysiert wird.

Unser Problem ist also nicht, daß wir zuwenig Geld für die Patienten hätten, hier in Deutschland.

Unser Problem ist vielmehr, daß es uns sehr schwer fällt, auf einige der überreichlich vorhandenen Möglichkeiten dann zu verzichten, wenn ein Verzicht sinnvoller, humaner, ärztlicher wäre, als immer alles bei jedem einzusetzen und abzurufen und durchzuführen.

Ich komme sofort nochmal auf diesen Aspekt des Problems „begrenzen“ zurück, möchte mich ihm aber von einer ganz anderen, viel beschämenderen Seite nähern und muß Ihnen dazu von einem **Arztbericht** erzählen, den ich vor einiger Zeit unter meiner Post fand.

Er vermeldet mir den **Tod einer Patientin**.

Ich kannte sie sehr gut. Sie war in ihren gesunden Tagen auf sozialer Ebene äußerst engagiert. Sie war aktiv, ideenreich und gebildet. Eine mir sehr sympathische, ältere Dame.

Dann hatte sie einen cerebralen Insult erlitten, einen ausgedehnten **Schlaganfall**. Sie kam gelähmt, aphasisch, also sprachlos und schwerstens hirnorganisch, in ihrer Persönlichkeit, verändert, fast sterbend, zu uns ins Krankenhaus.

Eine Besserung der akuten Schädigung oder Anzeichen einer Rehabilitation waren trotz intensiver Bemühungen in wochenlanger stationärer Behandlung nicht eingetreten.

Der Zustand **verschlechterte** sich sogar allmählich. Trotz rührender Pflege durch unsere Schwestern. Die technisch-medizinischen Möglichkeiten des Krankenhauses waren eigentlich erschöpft. Wir mußten sie zur weiteren Betreuung schließlich in ein **Pflegeheim** verlegen.

Ich unterbreche kurz: seit Beginn meines Vortrages zählen wir jetzt im schwarzen Erdteil bereits 600 kleine, farbige, tote, afrikanische Kinder.....

Vor der Verlegung dieser Patientin mit dem schweren Schlaganfall haben wir bei einer seit längerem bekannten gynäkologischen **Blutung** (und Verdacht auf ein Karzinom) bewußt auf die weitere Abklärung verzichtet; sie gab im übrigen keinerlei Schmerzäußerungen von sich und sinnvolle, beispielsweise operative therapeutische, Konsequenzen würden sich ohnedies nicht ergeben.

Aber: diese Frau hatte zusätzlich einen besonders gefährlichen und ihr weiteres Schicksal bestimmenden Risikofaktor: Sie war **privat versichert**. Sie wissen: die abrechnungstechnisch GOÄ 2,3-fache Verdienstmöglichkeit der Ärzte...

Das führte zur Aufnahme in eine gynäkologische Klinik.

Etwas später erhalte ich den erwähnten Brief.
Hier nun einige Stichworte daraus:

- Nochmalige eingehende internistisch-apparative Untersuchung der fast comatösen, bewegungs- und reaktionslosen Frau, „präoperativ“ natürlich.
- Ausgedehnte neurologische Untersuchung zum Ausschluß eines Hirntumors mit Computertomogramm etc..
- weitere urologische Untersuchungen, neuerliches CT des Bauchraumes, Röntgen- Untersuchungen und schließlich: große gynäkologische Operation.
- Infusionen, Blut-Transfusionen, maschinelle Beatmung, schließlich Herz- und Kreislaufstillstand.
-
- und dann: „Wir bedauern, Ihnen keinen günstigeren Verlauf mitteilen zu können, mit freundlichen kollegialen Grüßen“...

Die Patientin konnte sich wohl nach dieser sinnlosen diagnostisch-therapeutischen Tortur dem weiteren würdelosen Terror der Lebenserhaltungsapparate auf einer Intensivstation nur durch ihren Tod entziehen.

Wir Ärzte, meine Kollegen, haben diese Frau um ihr eigenes Sterben betrogen.

Grenzenlose Medizintechnik ohne Humanität. Schlimme Grenzüberschreitung. Viel häufiger übrigens und viel verbreiteter, als wir ahnen.

Das Schicksal dieser Patientin wirft Fragen auf nach der Sinnhaftigkeit diagnostischer Methoden ohne therapeutische Konsequenzen, nach Behandlungsverzicht, nach dem „mutmaßlichen Willen“ des Patienten, nach den viel diskutierten Fragen zum „Patiententestament“ und am Ende natürlich auch nach all dem, was mit Geld zu tun hat.

Grenzen ärztlichen Handelns! **B**egrenzung ärztlichen Handelns!

Dazu eine praktische Handlungsanweisung für „Zuviel Medizin“:

Kommt Ihnen bei sich selbst oder Ihren Angehörigen ein diagnostischer Schritt oder eine therapeutische Maßnahme zu eingreifend, zu aufwendig, zu übertrieben, zu belastend vor: fragen Sie!

Der Arzt ist zur Aufklärung, Information und Erklärung verpflichtet, moralisch und gesetzlich. Und er hat alle Zeit zu haben, die nötig ist, um Unklarheiten zu beseitigen und Fragen zu klären.

Es hat sich mir persönlich als Arzt, sozusagen auf dieser Seite des Tisches, sehr bewährt, mir vorzustellen oder mich selbst zu fragen, ob ich das auch alles mit mir selbst machen lassen würde, was ich dem anderen empfehle.

Diese ärztliche Selbstbefragung ist ein heilsamer Schutzwall gegen überbordende Medizin.

Deshalb paßt die Feststellung sehr gut hierher, daß Urologen 90% aller Maßnahmen, die sie anderen empfehlen, für sich selbst zunächst einmal ablehnen würden!

Also: bohren Sie nach und zwingen Sie den Arzt, sich in Ihre Haut zu versetzen!

Da geht Piepser los, ein schrilles Alarmsignal!

Folgen Sie mir rasch auf einen **Notarzteinsatz**. Zu einem schweren **Verkehrsunfall**. Wir springen in das Auto und fahren los! Mit Blaulicht und Sirene! Was wird uns erwarten? Nach etwa 4 Minuten sehen wir das völlig demolierte Fahrzeug. Wenige Sekunden später sind wir bei der **schwerstverletzten** wohl jüngeren Frau, so genau ist das jetzt nicht zu erkennen. Sie ist bewußtlos, atmet aber noch spontan und ist über und über blutverschmiert. Rasch haben wir sie intubiert, verbunden, akut versorgt. Sie wird beatmet. Gleich wird sie mit dem soeben gelandeten Hubschrauber in ein großes **Klinikum** verlegt.

Fast so schnell wie hier erzählt, ist alles wieder vorbei. Schlagartig fällt die Anspannung von uns ab, wir machen ein paar alberne Bemerkungen, denn: unsere Arbeit ist getan.

Dort in der Uniklinik aber weitere Diagnostik: CT, Röntgen, Ultraschall etc..

Das Resultat: Schweres **Schädelhirntrauma**, Verlust eines Auges, Rippenreihenfraktur, Oberarmbruch. Aber keine sogenannten „inneren Verletzungen“, die eine sofortige Notoperation erforderlich machen würden.

Allerdings:

die Hirnverletzungen sind massiv. Die Prognose ist mithin denkbar schlecht.

Bei fortbestehender Hirndurchblutung und erhaltenen Würg- und Schluckreflexen bestehen allerdings klare Hinweise für eine erhaltene Hirnfunktion.

Die **Therapie** erfolgt in der üblichen Weise mit künstlicher Ernährung, Flüssigkeitsgabe, allen pflegerischen Maßnahmen. Auch jetzt sind eingreifende Operationen bis auf einen kleinen Luftröhrenschnitt zur besseren Langzeitbeatmung nicht erforderlich.

Übrigens:

Die Patientin ist Mitte 20 und nicht verheiratet.

Die nächsten Angehörigen sind ihre Eltern.

Diese berichten von einer **Schwangerschaft** ihrer Tochter im 4. Monat.

Die hinzugezogenen Gynäkologen bestätigen das und zugleich auch, daß keinerlei Besonderheiten oder gar Schäden bei dem Kind erkennbar sind: also eine **intakte Gravidität**.

Die Entwicklung der folgenden 3 Tage ist völlig stabil.

Es gibt leider keine Änderung zum Guten.

Aber auch **keine** erkennbare Verschlechterung:

völlig regelrechte kindliche Herztöne.

Dann kommt es plötzlich zu einem Verlust der Nerven-Reflexe bei der Patientin. Und zu einem Stillstand der Hirndurchblutung.

Die ungewöhnlich eingehende neuerliche neurologische Untersuchung durch mehrere Fachärzte bestätigt den „Gehirntod“ und damit nach gängiger Auffassung den **klinischen Tod der Patientin**.

Mit anderen Worten: **die Patientin ist jetzt verstorben**.

Aber: Da ist doch die Schwangerschaft! Die ist noch völlig intakt!

Wie soll man entscheiden?

Wie würden Sie entscheiden?

Ohne diese Schwangerschaft könnten alle Maßnahmen beendet werden.

Es handelt sich um eine Tote.

Vielleicht würde man Organe zur Transplantation entnehmen können.

Wenn sich eine entsprechende Erklärung bei der Patientin findet oder die Eltern zustimmen.

Vielleicht das Herz *entnehmen*, das jetzt noch schlägt.

Oder die Nieren, die sichtbar gut funktionieren, wenn ich sehe, wie der Urin aus dem Katheter tropft...

Wir stehen am Krankenbett in dieser Intensivstation und denken:

**Hier liegt eine Frau, die so tot ist, daß die Entnahme von Organen möglich wäre.....
Die aber gleichzeitig auch so lebendig ist, daß in ihr eine intakte Schwangerschaft besteht..... Das Herz des Kindes schlägt völlig regelmäßig.....
Und man fühlt durch die Bauchdecken die Kindsbewegungen.....
Bei der Toten.**

Wir stehen am Bett und müssen entscheiden.

Wie würden Sie entscheiden?

Was würden Sie entscheiden?

Die Grenzsituation, in der wir uns befinden, ist von greifbarer Dramatik!

Übrigens:

Wir sind nicht daheim, unter uns, gemütlich, hier in Coburg, im Hospizverein.

Oh nein:

Wir stehen im grellen Rampenlicht von Fernsehen, Rundfunk, Presse.

Die Öffentlichkeit gafft uns an und weiß alles.

Und sie weiß immer alles auch besser.

Es wimmelt nur so von Experten.

Und sie klagen uns schon an,

sie verurteilen uns gar.....

Sie haben es längst gemerkt:

Wir sind in Erlangen.

Ich spreche von dem sogenannten „**Erlanger Baby**“ und schildere Ihnen die Situation, die vor Jahren Schlagzeilen machte.

Die Kollegen damals waren sich ihres Handelns an ärztlichen Grenzsituationen sehr bewußt und haben den meines Erachtens einzig richtigen Weg beschritten, der auch in der Retrospektive Bestand hat, nämlich:

1. sie stellen die unterstützende **Beatmungsmaschine** bei der Toten **nicht** ab (damit töten sie das sich völlig normal entwickelnde Kind im Uterus nicht, sondern sie lassen es am Leben und damit auch der weiteren spontanen Entwicklung ihren Lauf),

2. sie führen aber auch **keinerlei weitere Untersuchungen** oder Maßnahmen an der Mutter durch, außer denen, die für das Kind erforderlich sind,

3. sie **unterlassen** alles, was **experimentellen Charakter** hat oder etwa wissenschaftlichen Fragestellungen würde dienen können,

4. aber sie setzen alle erforderlichen **pflegerischen Maßnahmen** fort, und:

5. sie durchsuchen die **Fachliteratur** zu vergleichbaren Situationen. Und sie werden fündig.

Mit Überraschung stellen sie fest, daß **die vorliegende Situation keineswegs einmalig und schon gar nicht erstmalig** ist. Es hat bereits mehrere derartige Fälle gegeben. Sie endeten zu gegebener Zeit mit einem Kaiserschnitt. Die Kinder überlebten den Tod ihrer Mutter und wuchsen nun zwar ohne Mutter auf, hatten aber keine erkennbare körperliche Schädigung zurückbehalten.

Von einem „Experiment“ kann also schlechterdings keine Rede sein.

Entscheidender Unterschied zu Erlangen:

Diese anderen, früheren Fälle wurden im Nachhinein in Fachzeitschriften publiziert und nicht während des Verlaufes im Fernsehen diskutiert.

Zwischenfrage:

Haben wir, die wir uns noch an diesen dramatischen Verlauf entsinnen, nicht damals auch zu den Experten gehört, die geurteilt und verurteilt haben?

Die im Besitz der ganzen Wahrheit gewesen sind?

Die natürlich bestens Bescheid wußten?

Nur mit dem kleinen Unterschied, **nicht** dort am Bett selbst handeln zu müssen, beispielsweise mit eigener Hand den Beatmungshebel abzuschalten und dann am Monitor zu sehen, wie das Herz des gesunden Kindes plötzlich anfängt, bei akutem Sauerstoffmangel loszurasen, um dann bald träge zu werden und mit einigen letzten verzweifelten Aktionen zu ersterben, sichtbar an der Nulllinie des kindlichen Monitor-EKGs

Zurück nach Erlangen auf die Intensivstation der Uniklinik.

Die weitere kindliche Entwicklung verläuft über **5 Wochen** völlig ungestört. Es sind keinerlei wesentliche chirurgische oder sonstige Eingriffe an der hirntoten Mutter erforderlich. Im Rahmen eines fieberhaften Infektes, wohl einer Lungenentzündung der Mutter, ist es dann schließlich doch zum Tode auch des Kindes gekommen.

In der Retrospektive: Nichts anderes als klinische Routine. Trotz aller menschlichen Tragik. Und trotz der erheblichen psychischen Belastungen von Angehörigen und Pflegenden.

Dennoch bleiben **Fragen**:

Ist diese junge „hirntote“ Frau wirklich tot? Obwohl das Herz schlägt, die Lunge atmet, die Nieren Urin absondern und ihre Haut rosig und warm ist, wenn ich ihre Hand berühre?

Wächst da in einer „tatsächlich Toten“ ein Kind heran? Bediene ich mich also eigentlich nur ihres noch gut durchbluteten, funktionstüchtigen Uterus? Kann ich diese Frau dann mit Fug und Recht nur noch als Sache, als eine riesige Zellkultur, als das „fötale Umfeld“ des Kindes betrachten?

Hätte es doch noch andere Wege aus dem Dilemma der Hirntoddefinition gegeben, dem Zwiespalt zwischen Freiheit des Sterbenden und Pflichten des Arztes?

Wir fragen, aber ahnen auch gleichzeitig, daß wir - wie so oft - nicht für alle Unklarheiten eine befriedigende Antwort bekommen werden. In Erlangen sind Grenzen erreicht und akzeptiert, **nicht** überschritten worden!

Nach diesem schwierigen Verlauf brauchen Sie jetzt eine kurze Verschnaufpause!
Wir müssen einen Moment Luft holen und innehalten, ehe ich Sie gleich erneut wieder mit in's Krankenhaus nehmen muß.

Zur Entspannung und als Zwischenbemerkung zum Thema will ich rasch einen bunten medizinischen Luftballon platzen lassen und so mit einer gängigen Illusion aufräumen.

Mein Luftballon heißt: die Illusion von der medizinischen **Gleichbehandlung** aller:

„*Wir wollen keine 2-Klassen-Medizin*“ rufen werbewirksam aber dümmlich unsere Politiker in die Menge. Welch eine Illusion: wir **haben** sie nämlich bereits seit langem – wie überall auf der Welt- diese Vielklassenmedizin. Ein typischer Fall in dieser Rubrik von Ausgrenzungen ist beispielsweise Ihr Wohnsitz.

Wenn Sie in Bremen wohnen, ist die Wahrscheinlichkeit, daß Sie einen Herzkatheter bekommen 5 mal höher, als wenn sie ihre Wohnung in Brandenburg haben.
Falls Ihr Häuschen in NRW steht, ist die Wahrscheinlichkeit einer Dilatation, also einer Gefäßerweiterung, bei Ihnen 15 mal höher als bei einer Heimatadresse in Bremerhafen.
Was hier bereits große Mode ist, steckt eben dort noch in den medizinischen Kinderschuhen. Und das innerhalb von Deutschland.

Oder: Als Frau wird Ihnen in Deutschland 4 mal häufiger die Gebärmutter entfernt als beispielsweise in den USA. Es sei denn, Sie sind zufällig die Gattin eines Staatsanwaltes oder Arztes. Dann sinkt die angebliche Notwendigkeit für diesen Eingriff plötzlich auf nahezu Null.

In ärztliche Entscheidungen geht ein,
ob es sich um Ausländer oder Deutsche handelt,
ob um Männer oder Frauen (denen man immer viel mehr zumutet) ,
ob es sich um ältere oder junge Patienten handelt,
ob man in der Stadt oder auf dem Lande,
neben einer Uniklinik oder einer Dorfambulanz lebt,
ob es Dienstag vormittags oder Freitag Nachmittag ist,
ob Sie einen bedächtigen Hausarzt haben oder
ob Ihr Krankheitsspektrum in einer neu eröffneten Praxis eher der Geräteamortisation und jung-ärztlichen Selbstverwirklichung dient statt allein Ihrer Gesundheit.

Nein, nein: eine Gleichbehandlung aller gibt es nicht. Wer dies dennoch glaubt, ahnt nichts von dem real existierenden Gesundheitssystem.

Der Luftballon ist geplatzt!

Wir haben uns ein wenig erholt und können uns nun wieder unserer Tour widmen!

Doch zunächst wieder ein Blick aus unserem Fenster auf das Land tief unter uns: die Totenhalde von Kinderleichen in Afrika seit Beginn meines Vortrages ist unterdessen mit atemberaubender Geschwindigkeit auf 900 angewachsen....

Zurück in die hochgelobte Zivilisation.

Zurück zur Medizintechnik, die uns trotz aller Bewunderung ja doch irgendwie beunruhigt.

Beunruhigt vielleicht,

- weil sich die Technik allzu oft zwischen den Arzt und den Patienten drängt,
- weil der Arzt viel zu häufig mit den Geräten kommuniziert, statt mit dem Patienten zu sprechen,
- weil Technik dazu verführt, nur die veränderten Laborwerte zu korrigieren, statt kranke Menschen zu behandeln,
- weil die Technik es erleichtert, nur in die Kurve des Patienten zu schauen, statt den Schmerz in seinem Gesicht zu sehen,
- weil die Zahl der Fehldiagnosen trotz aller Technik heute noch genauso hoch ist wie vor 30 Jahren
- weil unsere Lebenserwartung trotz aller Technik kaum gestiegen ist (und die Lebensfreude schon gar nicht!).

Und dennoch, alle wollen sie die **Medizintechnik**:

der Patient, dem sie die oftmals trügerische Sicherheit gibt, „alles werde gemacht“,

der Anbieter, dessen Umsatz an Geräten steigt sodaß sich seine Konten füllen,

der Arzt, der nicht selten seine therapeutischen Frustrationen durch apparative Überdiagnostik zu kompensieren versucht.

Wie anders wäre es sonst zu erklären, daß beispielsweise

- allein in München so viele CT's und Kernspin-Anlagen stehen wie in ganz Italien zusammen (deutsche Ärzte machen sich eben doch lieber Bilder als Gedanken), oder

(- daß **lediglich** die **Androhung von Regreßmaßnahmen** dazu führte, daß die von Internisten veranlaßte Anzahl von **Laboruntersuchungen schlicht halbiert** wurde.

Lassen Sie sich das auf der Zunge zergehen: Plötzlich war nur noch die Hälfte der ursprünglich für nötig gehaltenen Untersuchungen wirklich wichtig. Die Hälfte aller derartigen Untersuchungen kann also völlig problemlos weggelassen werden, **ohne** daß dies Auswirkungen auf die Gesundheit hat: *Denn die Zahl der Krankenhausaufnahmen, oder gar die der Todesanzeigen in der Tageszeitung blieben jedenfalls absolut konstant.*

Lediglich das Portemonnaie der Kollegen blieb ein wenig schmaler....)

Nehmen Sie. nehmen *wir alle* doch endlich **die Begrenztheit der ärztlichen Möglichkeiten**, auch und besonders der modernen technikverbundenen Medizin und **die** (vorsichtig ausgedrückt!) **Unvollkommenheit der Ärzte** zur Kenntnis!

Die Medizin ist keine Reparaturwerkstatt! Und die Ärzte sind keine Heilsbringer!

Es gibt keinen Rechtsanspruch auf Unversehrtheit!

Keine Garantie für ein langes Leben bei immer wähernder Gesundheit.

Und: Auch heute sind noch gut $\frac{3}{4}$ aller Krankheiten bei uns nicht heilbar!

Der Lernprozeß ist lang und schwer; auch für den Arzt.

Ein etwas zurückliegender **Krankheitsverlauf**, der mich bis heute nicht ganz losgelassen hat, zeigt das deutlich.

Es geht um eine **junge Frau**, Ende 20, 2 Kinder, Ehe, Geschwister, Freundeskreis: alles in Ordnung. Kein Ärger mit den Nachbarn, das Haus abbezahlt, keine Schulden, die Wohnung gemütlich.

Viele Blumen im Garten, sonntags Kirchgang, ein wenig Sport, Mitglied in dörflichen Vereinen, kurz: eine heile Welt.

Dann plötzlich: Müdigkeit, Schwäche, Unlust, untypisches Krankheitsgefühl.

Der Hausarzt findet einen kleinen Lymphknoten am Hals. Die Patientin kommt zu uns in das Krankenhaus und sagt mit einer leisen Unsicherheit in der Stimme zu mir: „Es wird schon nichts Schlimmes sein!“

Die eingehende Untersuchung ergibt – zu meinem Entsetzen – die fast sichere Diagnose, daß es **doch „etwas Schlimmes“** ist.

Es folgt das erste Gespräch mit der Patientin, ihrem Mann und mir.

Ich sage ihr nicht, welche **akute Leukämieform** sie hat. Ich verschweige ihr auch die – statistisch – **sehr ungünstige Prognose**. Aber ich spreche von einer schweren Bluterkrankung, die ohne eingreifende Maßnahmen nicht zu bremsen ist. Und ich spüre und weiß, daß sie und ihr Mann die Tragweite der Erkrankung erfassen.

Der zweite Abschnitt im Krankheitsverlauf steht unter dem Zeichen der „**Hochleistungsmedizin**“ mit allen nur denkbaren diagnostischen Schritten wie feingewebliche Untersuchung, Computertomographie, biochemische Tests usw.

Wir bedienen uns der Experten einer hierauf spezialisierten Abteilung eines riesigen Klinikums. Und wir erleben und erleiden **Medizintechnik in Vollendung**, in Reinkultur. Und sind dankbar, daß es sie gibt!

Nun das zweite ausführliche Gespräch mit dem Ehepaar. Wir sind „der Wahrheit“ etwas näher. Und wir sind uns klar, daß wir die kleine, aber mögliche Chance der Heilung nicht verschenken dürfen.

Wir besprechen die **Strahlenbehandlung** (Ihr Thema vom Februar!)! Sie wissen: Übelkeit, Erbrechen und nochmal Erbrechen; Schwäche, Abgeschlagenheit, Depression, Appetitlosigkeit, Verzweiflung.

Ich erläutere die zusätzliche **Chemotherapie** mit hochgiftigen Substanzen. Mit „Heilmitteln“, die so toxisch sind, daß allein zu deren Zubereitung und zum Aufziehen der Spritzen eine weltraumähnliche Schutzkleidung angezogen und ein besonderer Raum aufgesucht werden muß.

Und Sie wissen natürlich: auch hier wieder Haarausfall, Muskelschwäche, Lähmungen, Atembeschwerden, Blutungen und Erbrechen, nochmals Erbrechen und wieder Erbrechen. Ein Horrortrip mit der Kurzbezeichnung „Cytostase“.

Unsere Patientin willigt ein. Sie will leben. Sie will ihre Chance haben.. Sie will das alles durchstehen. Sie hat einen eisernen Willen. Und sie hat ein fast grenzenloses Zutrauen zu unserer „ärztlichen Kunst“. Fast eine Heilserwartung, dieses Hoffen und Sehnen auf Heilung.

Wir, die Patientin und ich, ihr Arzt, erleben im dritten Abschnitt der Erkrankung gemeinsam alle erdenklichen Phasen des **Triumphes**, wenn trotz des elenden Zustandes der Patientin der Tumor kleiner wird.

Und alle Phasen des **Schreckens**, wenn statt der blühenden, jungen Frau mit den braunen Locken von vorher jetzt den Arzt ein fahles, eingefallenes Gesicht anschaut. Kein einziges Haar auf dem weißen Schädel. Die Augen groß. Angstvoll, verzweifelt, fast anklagend.

Wir erleben manches jeder für sich allein. Ich, der Arzt, die depressive Phase der Unfähigkeit, wirklich helfen zu können.

Die Patientin die Phase, ihr therapeutisches Heil anderswo zu suchen. Beim Gesundheitsbeten, Wunderheiler, Scharlatan, in Lourdes.

Als sie zurückkehrt, werden unsere Gespräche im vierten Abschnitt der Erkrankung von deren brutalem Verlauf diktiert, der uns an die Schwelle des Todes gebracht hat.

Die Themen umfassen keine Diagnostik mehr. Ohne, daß ich es direkt anspreche, weiß die Patientin, daß unsere Therapie trotz aller Opfer nicht in der erhofften Weise angesprochen hat. Wir reden nicht mehr von einer Heilung der Erkrankung.

Es geht nur noch um ein *erträgliches letztes Stück des Lebens meiner Patientin*. Sie klammert sich an die zerrinnende Zeit und will jetzt noch nicht gleich sterben, um Ordnung in die zurückbleibende Restfamilie zu bringen: noch eine Konfirmation und dann das Weiterleben ohne Frau und Mutter.

Mein Beitrag: Das Gespräch, da zu sein. Keine Medizin mehr, erleichternde Schmerzbehandlung, mehrfach wird Wasser aus dem unförmig aufgetriebenen Leib abgelassen.

Die Gewichte haben sich verlagert. Die Hausärztin trägt mit, die Gemeindeschwester, die Angehörigen. Die Patientin verbringt die letzten Tage in der vertrauten Umgebung ihres Hauses. Sie stirbt. Und ich weiß es wirklich nicht, bis heute, ob es ein „guter Tod“ war.

Der Bogen ist geschlagen vom Einsatz aller erforderlichen Mittel bis hin zum Begleiten beim Sterben. Von der teuren, kalten High-Tech-Medizin bis hin zum Küchenstuhl am Sterbelager.

Wo wären Grenzen ärztlichen Handelns existentieller erlebbar, wenn nicht hier?
Und mir kommt der Satz in den Sinn, daß

**Heilen die Wiederherstellung der Ganzheit des Lebens ist.
Daß also heilen mehr ist, als kurieren.
daß man heil sein kann und dennoch sterben wird.**

Zurück in's Krankenhaus!

Wir bleiben einen Augenblick auf dem Gang der Krankenstation stehen, ehe wir die Tür zum nächsten Patientenzimmer öffnen.

Wir müssen uns kurz sammeln, denn es geht nun um eine ganz alltägliche Frage im Grenzbereich zwischen Patientenautonomie und Behandlungspflicht.

Dazu nehme ich Sie mit auf Visite zu dem über **70-jährigen Patienten**, der uns aus einem großen Klinikum „*in das heimatnahe Krankenhaus zur Endversorgung*“ verlegt worden ist.

Angehörige gibt es nicht.

Der Patient hat ein **Plasmocytom**, also eine bösartige Blutkrankheit im Endstadium. Er ist kachektisch, also ausgemergelt, inkontinent, hat keine Kontrolle über Urin und Stuhlabgang und er ist kaum ansprechbar.

Der fäkulent-faulige Geruch des Patienten dringt, wie Sie bereits gemerkt haben, durch die geschlossene Tür des Zimmers bis auf den Gang der Station.

Wegen stärkster Schmerzen bekommt der Patient Morphin subcutan gespritzt.

In den mitgegebenen Unterlagen findet sich ein vor 4 Jahren ausgefülltes **Patiententestament**, das er im vergangenen Jahr aktualisiert hatte.

Darin wird gebeten, im Fall einer schweren Erkrankung ohne Hoffnung auf Heilen und im Fall der nicht mehr gegebenen Selbstverfügbarkeit auf alle Maßnahmen zu verzichten, die das Sterben verlängern. Ausdrücklich werden für diesen Fall intensivmedizinische Maßnahmen abgelehnt.

Mit großer Zuwendung durch die Schwestern wurde bisher etwa 1 Liter Flüssigkeit täglich durch die Schnabeltasse verabreicht.

Jetzt steigt die Körpertemperatur plötzlich an. Als Ursache könnte eine Pneumonie, eine Lungenentzündung infrage kommen. Eine Vene für eine Infusion ist nicht mehr zu finden, wie Sie sich selbst überzeugen.

Frage: Soll über einen Stich mit einer Kanüle in den Brustraum ein sogenannter „zentraler Zugang“, eine besondere Form der Infusion, gelegt werden?

Vielleicht würden Sie ganz spontan, aufgrund Ihrer Persönlichkeit, Ihres Temperamentes, Ihrer Ausbildung rasch und sicher eine Antwort geben: ja oder nein.

Oder Sie wären nachdenklich und würden an die Patientenautonomie, an sein Selbstbestimmungsrecht, an die Ablehnung intensivmedizinischer Maßnahmen denken.

Aber kann man ihn verdursten, vertrocknen lassen?

Was ist mit der Behandlungspflicht?

Ist dieser zentrale Zugang wirklich eine Intensivmedizinische Maßnahme?

Oder doch nur ein kleiner Routineeingriff?

Die beteiligten und befragten Ärzte und Schwestern haben sich ziemlich genau je zur Hälfte für bzw. gegen die Ausdehnung der Therapie ausgesprochen.

Und was denken Sie?

Wie entscheiden Sie?

Wie begründen Sie Ihr Votum?

Der Patient ist dann sehr rasch - **ohne** weitere Maßnahmen - verstorben. **In Würde**, wie ich meine.

Warum schildere ich Ihnen diesen Verlauf?

Weil er uns eine „ganz alltägliche Situation“ schildert, in denen der Arzt wieder die **Begrenztheit seiner Handlungsmöglichkeiten** wahrnimmt. Für **jeden** der möglichen Wege kann er gute Argumente finden. Allerdings bleiben auch immer Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung zurück.

Und wieder sage ich: Zweifel sind berechtigt.

Und ich denke: Zweifel sind nötig.

Zweifel darüber, ob ich bis dicht an die Grenzen ärztlichen Handelns gegangen bin, ob ich sie gar überschritten habe, und: ob ich sie mir überhaupt klar gemacht, ob ich sie überhaupt gesehen habe....

Vielleicht werden Sie jetzt gleich sehr nachdenklich:

Sie, die Sie sehr aktiv ein Problem angehen wollen....,

aber auch Sie, die Sie lieber zuwarten und zurückhaltend sind.....,

also: vielleicht werden Sie sehr nachdenklich, wenn Sie mit mir hören, was mir kürzlich ein hochangesehener, sehr erfahrener, ebenso kluger wie liebevoller und fürsorglicher Theologe erzählte, als es um **die Entscheidung in einem sog. „hoffnungslosen Fall“** ging.

Er berichtete mir über ein langes und sehr ernstes Gespräch auf der **Intensivstation einer Uniklinik** mit Schwestern und Ärzten, Sozialarbeitern und Angehörigen.

Es geht um einen jungen Patienten.

Er hat im Rahmen eines Unfalles ein Versagen vieler Organe.

Also Anschluß an eine künstliche Niere
und an die maschinelle Beatmung,
eine Sonde für die künstliche Ernährung,
eine bilanzierte Salz-Wasser-Zufuhr.
Dann natürlich die höchst komplexe Pflege bei schwerster Hirnschädigung.

Der Patient selber in tiefer Bewußtlosigkeit, keinerlei Eigenreaktionen. Das Bild eines „Hirntoten“.

Wochenlang keine Besserung, eher allmähliche Verschlechterung, Übergang in ein anscheinend langsames, qualvolles Sterben.

Sie stellen sich jetzt bitte einen Ihnen sehr nahestehenden lieben Menschen in einer solchen schweren, verzweifelten Situation vor und wissen nun nur zu gut: Schlimme Belastung für die Angehörigen, aber auch die Schwestern, Pfleger, Ärzte....

Obwohl nun eigentlich alle **das Sterben dieses Patienten zulassen** wollen und die maschinen-bedingte Verlängerung des Todeskampfes zunehmend unerträglich wird, wagt keiner, diesen letzten entscheidenden Schritt vorzuschlagen. Nämlich endlich die Maschinen abzustellen.

Daher waren alle wie erlöst, als jener Pfarrer in einer Besprechung auf der Intensivstation schließlich zum Ausdruck brachte, daß er für sich eine Beendigung dieser „Therapie“ würde in Anspruch nehmen wollen und daher meinte, eine solche Entscheidung auch hier, für diesen Patienten, mit tragen zu können, wenn sie gemeinsam getroffen wird.

Es war dann wie eine große Erleichterung, als nun alle ihre geheime persönliche Meinung bestätigt sahen und man gemeinsam (!) endlich auch diese schwierigste Möglichkeit, nämlich die *Behandlung zu beenden*, erneut besprach und schließlich auch *ausführte*.

Etwa zwei Monate später klopft es an die Tür jenes Krankenhauspfarrers.
Als sie aufgeht, steht ein schmaler, blasser junger Mann im Zimmer und sagt:
.....ich bin der Patient, bei dem Sie mit entschieden haben, alle Maschinen abzustellen....“

Ich weiß nicht, ob Ihnen dabei auch ein eisiger Schauer den Rücken hinab läuft.

Oder ob Sie kühl feststellen, daß er überlebt haben könnte, *weil* die Maschinen abgestellt wurden.

In jedem Falle dürfte uns aber klar sein, daß wir uns hier erneut an den **Grenzen ärztlichen Handels** bewegen. Unser Thema!

Und natürlich:

Derartige Grenzerfahrungen werden dort besonders deutlich, wo der Arzt den Patienten nicht mehr begleitet und führt, sondern ihn vielleicht manipuliert oder gar verführt. Auch, wenn er es mit gutem Gewissen tut!

Mit reinem Gewissen, vielleicht sogar auch beim vorzeitigen Ende!

Wir sind **hier** im Grenzbereich und zugleich im Zentrum ärztlichen Handelns.
Nämlich dort, wo es um die Sterbehilfe geht.

Doch zunächst wieder ein Blick nach Afrika: Seit Beginn unseres Abends ist das Gräberfeld der Kinder um weitere 300 auf nunmehr 1.200 kleine Kreuze angewachsen, dort unten im Wüstensand, im Tropenwald, in der Savanne oder in den Großstadt-Slums: Tod bei heilbaren Krankheiten, Hunger und Durst.

Die besondere Thematik der **Euthanasie** wird hier in diesem Gremium ganz sicher immer wieder und unter immer wieder neuen Aspekten diskutiert.

Ich möchte daher hierzu nur die folgenden 3 Stichpunkte kurz erwähnen, die durch die **Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden** ganz aktuell in unser Bewußtsein gekommen sind:

1. Es geht nicht darum, daß der Arzt immer alles unternimmt; er muß das Richtige tun. So kann **keine** Therapie gelegentlich die **richtige Entscheidung** sein. Leben muß nicht immer und um jeden Preis verlängert werden, besonders dann nicht, wenn es nur noch eine Verlängerung des Sterbeprozesses sein kann.
2. Die Wünsche und Wertvorstellungen des Patienten müssen weitgehend Berücksichtigung finden. Wobei die Bedeutung der **Information des Patienten** über seinen Zustand und die weiteren Behandlungsmöglichkeiten durch den Arzt kaum überschätzt werden kann und tatsächlich am häufigsten vermißt wird. (In Klammern: Bei der sog. „**ärztlichen Aufklärung**“ kommt es **nicht** auf eine **detailgetreue medizinische Abhandlung** an, sondern auf die dem Patienten **verständliche Wahrhaftigkeit** bei der Beantwortung seiner Fragen).
3. Nach den beiden wichtigen Gesichtspunkten von **Patientenwohl** und –**autonomie** nun noch ein Wort zur **Behandlungspflicht**. Der hippokratische Eid und das ärztliche Selbstverständnis verpflichten im Grundsatz zum Handeln und Helfen und Eingreifen, um Krankheiten oder Schmerzen zu lindern oder zu heilen. Und sie untersagen ausdrücklich, einen Menschen zu töten. Auch nicht auf seinen Wunsch hin.

Hier nun setzt meine Kritik an der holländischen Regelung ein.

Sie wissen, daß die **Königlich-niederländische medizinische Gesellschaft** sich seit vielen Jahrzehnten für die Straffreiheit bei ärztlich durchgeführter Euthanasie einsetzt.

Die Kollegen dieser Gesellschaft waren erfolgreich, sie haben die Grenzen ärztlichen Handelns ziemlich durchlässig gemacht. Und zwar so:

- ein **Patient mit Todeswunsch** konsultiert 2 Ärzte. Die daraus resultierenden voneinander unabhängigen Beurteilungen dieser beiden Mediziner werden mit allen Unterlagen dem Staatsanwalt gegeben. Dieser wird nun kein Verfahren wegen Tötung einleiten, wenn diese Ärzte bei dem Patienten dann eine aktive Euthanasie vornehmen, ihn also töten.

- dieses Verfahren kann auch auf **Geisteskranke**, die **nicht** sterbenskrank sind, ausgedehnt werden (so geschehen bei einem schwerstbehinderten Kind, das auf Wunsch seiner Eltern getötet wurde).

Wir wollen von diesen Einzelfällen weg kommen und in eine Studie schauen, die 130.000 Todesfälle in Holland untersucht hat.

Hierunter fanden sich immerhin 2.700 Euthanasie-fälle, also Tötungen. D.h.: jeder 50 Verstorbene in Holland ist ein vom Arzt vorsätzlich Getöteter.

Und man stellte fest: die Kollegen arbeiteten rasch: Vom ersten Wunsch bis zur vollendeten Euthanasie verstrich in der Hälfte aller Fälle nicht einmal 1 Woche.

Und schließlich: In 1000 Fällen gab es keine schriftliche Zustimmung des Getöteten.

Was geschieht hier eigentlich?

Die Antwort: Das Recht auf einen eigenen Tod wird bei der Euthanasie zum Recht auf Tötung durch den Arzt.
Die Entscheidungsfreiheit des Patienten kann unter Druck gesetzt werden.
Der Sterbeprozess und der Todeszeitpunkt sind verfügbar geworden.

Wie geht es weiter?

Die niederländische Praxis wird zunehmend in Deutschland „salonfähig“, zumindest in Diskussionen, besonders im Fernsehen, auf dem gängigen Niveau von talk-shows.

Das etwas unscharfe Grenzgebiet zwischen „passiv“ und „aktiv“ wird zunehmend aufgeweicht.

Für diese unscharfe Grenze im Bereich ärztlicher Maßnahmen hier ein Beispiel:

Dieses typische Beispiel handelt von der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme hochbetagter, vielleicht Tumor-Kranker, allmählich dahindämmernder Patienten. Wir alle kennen solche Kranke, bei denen keine aggressive oder belastende Therapie mehr gemacht wird.

Meist haben diese Patienten

keinerlei Beschwerden,

sie haben kaum ein Hungergefühl,

selten Schmerzen,

sie klagen auch nicht über ein Durstgefühl,

sie frieren und schwitzen nicht,

sie wirken oftmals wie nicht mehr ganz in dieser Welt,

sie sind merkwürdig gelöst, kaum körperlich leidend,

und sie erscheinen uns sogar irgendwie friedlich oder auch teilnahmslos.

Und dies alles im Gegensatz zu den Angehörigen oder Pflegenden, die diesen Zustand des Patienten durchaus als quälend werten können und sagen: „...ihr dürft sie doch nicht verhungern oder verdursten lassen...“

Sie drängen darauf, daß Flüssigkeitssonden und Ernährungsschläuche gelegt werden. „PEG“ heißt das Zauberwort. Es geht dabei um einen dünnen Katheter, den man mittels einer Magenspiegelung und eines Schnittes durch die Bauchwand bis in den Magen genau dorthin platziert.

Für den einen ist diese Prozedur (immerhin eine kleine Operation) das klassische Beispiel einer **Zwangsernährung** und **Zwangsbewässerung** im Sinne der **Verfügung über den Patienten**.

Für den nächsten wäre eine **Unterlassung** dieser Therapie gleichbedeutend mit der **Vorenthaltung** von Flüssigkeit, mithin eine unterlassene Hilfeleistung.

Verwundert stellen wir fest: *Diese PEG-Sonden sind heutzutage Mode:*

Jeder, der nicht Schlucken kann oder will, bekommt sie.

Mit zunehmender Zahl der Geräte, der Sondennahrungsorten (ein höchst lukrativer Markt!) und der manuellen Leichtigkeit des Eingriffes wächst merkwürdigerweise auch die Indikation hierzu.

Außerdem macht es diese Patienten besonders pflegeleicht:

Die Schwester hängt einfach einen Liter gesüßten Tee in einem Plastikbehälter über den Kopf des Patienten, und schon sind auch die Angehörigen beruhigt; der Patient muß nun nicht mehr „verdursten“.

Aber: dieses Ding, die Sonde, kann auch zur Qual für den Patienten werden. Und ihre Entfernung wird gar nicht so selten als Wohltat und durchaus segensreich empfunden, vom Patienten!.

Nicht jeder Mensch muß bis zum letzten Atemzug mit hochkalorischen Lösungen oder einer bilanzierten Elektrolytlösung versorgt werden. Und nicht alles, was den Ärzten glückt oder den Schwestern gefällt muß ein Glück für den Patienten sein oder ihm gar gefallen.

Die Maxime des Zwanges, immer alle Normabweichungen korrigieren zu müssen, weicht ganz allmählich der Philosophie, zu gegebener Zeit auch Behandlungsgrenzen zu akzeptieren. Die Hospizbewegung leistet hierbei einen ganz großen und wichtigen Beitrag.

Sehr pointiert, ein bißchen übertrieben aber im Kern richtig drückt das eine von mir hochgeschätzte Kollegin, die ein Altenheim unmittelbar neben einer riesigen Universitätsklinik betreut so aus: *„Ich bin dazu da, zu verhindern, daß meine Patienten in das Uni-Krankenhaus verlegt werden“.*

Wir befinden uns bereits im Sinkflug und nähern uns dem Ende meiner Ausführungen.

Ehe ich mein Manuskript zusammenpacke muß ich Sie allerdings doch noch mit **einer** Anmerkung beanspruchen, die sehr drastisch von den sich wandelnden Grenzen unseres ärztlichen Handelns spricht.

Es geht auch hier um „**lebensverlängernde Maßnahmen**“, um „den Menschen wiederbelebende Aktionen“, darum, was passiert, wenn man ihn sozusagen aus dem fast sicheren Tod zurückholt. Alle diese **Reanimationsmaßnahmen** haben ja etwas Brutales, Gewalttätiges, Schreckliches an sich.

Ich denke beispielsweise daran, daß nach der Erfindung des EKG's ein Zustand entdeckt und beschrieben wurde, den der Mediziner „**Kammerflimmern**“ nennt.

Dieses „Kammerflimmern“ entspricht einer plötzlich auftretenden Folge chaotischer, rasender elektrischer Entladungen, die zum **Herzstillstand** führt. Das Herz pumpt kein Blut mehr. Ohne Therapie wird dieser Zustand nie überlebt: Herztod.

Dann kam vor etwa 50 Jahren ein Mediziner auf die Idee, in derartigen Fällen einen gewaltigen **Stromstoß** durch den Brustkorb auf das Herz einwirken zu lassen.

Seine **Hypothese**: so wird das elektrische Chaos des Herzens überfahren. Alles kommt zur Ruhe und das Herz fängt von neuem mit seinem alten Rhythmus wieder an, normal zu schlagen.

Und siehe da.

Das, was nach einer derartig heroischen Therapie noch lange als „Leichen-schändung“, als „Elektroschock bei Toten“ bezeichnet wurde, ist **heute** zu einer Standardmethode bei derartigem Herzstillstand geworden, die eigentlich jeder Arzt beherrschen sollte.

Man kann sogar soweit gehen, die Unterlassung der „**Defibrillation**“, wie diese Methode jetzt heißt, als Kunstfehler oder unterlassene Hilfeleistung zu bezeichnen.

Quintessenz:

Ein qualvolles Sterben, ein sicherer Tod, ein absehbares Lebensende **heute** kann **morgen** schon durchaus nicht mehr „endgültig“ sein.

Wir verändern die Grenzen ärztlichen Handelns immer wieder.

Wir denken und hoffen, daß die neue Grenzziehung dann einen guten Verlauf nimmt.

Aber: das wissen wir nicht immer, und schon gar nicht im Voraus

*Eine letzte kurze gedankliche Unterbrechung und einen letzten Blick auf den **schwarzen Kontinent**: Unser riesiger Grabhügel birgt jetzt bereits **1500** tote, kleine Menschen, die in dieser einen Stunde gestorben sind, obwohl sie nahezu alle zu retten gewesen wären, durch ein Stück Brot, eine Impfung oder ein Penicillin.*

Und nun, ganz zum Schluß, sage ich Ihnen, warum ich den ohnedies schwer verdaulichen Inhalt meiner Gedanken noch zusätzlich befrachtet habe mit jenen bedrückenden Zahlen aus Afrika!

Weil auch dies untrennbar zu den besonders schmerzlichen Erfahrungen der Begrenztheit unseres Handelns, oder eben Nicht-Handelns gehört.

Und, weil im Blick auf diese Katastrophe unser Empfinden für die eigene Begrenztheit (oder für das, was wir als Begrenztheit und Mangel empfinden), vielleicht ein wenig relativiert wird, sodaß wir uns selbst auch nicht mehr gar so wichtig nehmen müssen.....

So, nun haben wieder festen Boden unter den Füßen. Ich kann Sie wieder entlassen, bedanke mich, daß Sie sich mir anvertraut haben und formuliere den letzten Satz:

Wir werden immer mit Grenzen leben müssen und dürfen. Gott sei Dank!

Daher schließe ich in Abwandlung eines bekannten alten Gebetes so:

**Gib mir die Fähigkeit,
Grenzen zu sehen, wo sie sind.
Gib mir die Klugheit, zu erkennen,
ob sie verändert werden sollen
oder akzeptiert werden müssen,
Gib mir Geduld,
letzteres dann auch ohne Bitterkeit zu tun.
Sind sie aber zu verändern,
gib mir Kraft, es zu versuchen,
mit dem rechten Augenmaß,
ohne Eigennutz,
und in aller Verantwortlichkeit
für die mir Anvertrauten.**