

Grenzen in der Medizin: Hindernis oder Hilfe?

Hospizverein Kulmbach 14. 2. 2003
(Prof. Dr. Eike Uhlich, Hofheim)

Einleitung: Definitionen zu „Grenzen allgemein“

Einleitend einige Anmerkungen zu dem Begriff „Grenzen“:

Das Negative: wir kennen sehr gut negativ belegte Definitionen:

- Grenzen engen uns ein, sie behindern die Bewegungsfreiheit,
- Grenzen sind bedrohlich, müssen beachtet werden, sind unverrückbar,
- Grenzüberschreitungen sind nicht möglich, sind verboten, werden bestraft

Das Positive: Dann aber stellen wir fest, daß Grenzen durchaus auch etwas Positives sind:

- Ohne Grenzen und Grenzflächen ist Leben nicht möglich,
- Wenn sich Grenzen auflösen erstirbt das Leben jeder Zelle, kein Organ kann ohne eine begrenzende Haut oder Kapsel funktionieren,
- Grenzwälle gewähren Schutz, sie vermitteln Sicherheit und Geborgenheit,
- Grenzüberschreitungen bringen Fortschritt und Ehre, beweisen Mut und Stärke

Was sind Grenzen: Wer, so fragen wir weiter, definiert Grenzen, legt sie fest, baut sie auf?

- Grenzen sind uns von Gott gegeben, sagt der eine,
- Grenzen sind „natürlich“, von der Biologie geschaffen, historisch gewachsen, sagt der andere
- Grenzen sind, so der dritte, vom Menschen gemacht, ein Sieg der Technik und des Geistes.

Wie sind Grenzen: Welcher Art ist eigentlich, wollen wir schließlich wissen, so eine Grenze?

- Grenzen sind absolut undurchlässig, wie die Betonwand des Atombunkers,
- oder sie sind für das eine absolut durchlässig und für das andere überhaupt nicht, wie Fensterglas, das Luft nicht die Spur, Licht jedoch völlig frei passieren läßt.
- Grenzen wirken völlig unterschiedlich, ob ich sie von rechts oder links, von innen oder außen, als Betroffener oder als Zuschauer ansehe: die Mauer in Berlin, das Gitter im Gefängnis, den Hochwasserdeich an der Elbe, die Bannmeile vor dem Parlament? Grenzen, die für den einen gelten, den anderen nicht!

Jetzt aber vom Allgemeinen und Grundsätzlichen zum Speziellen: Grenzen in der Medizin, unser Thema.

Einleitung „Grenzen in der Medizin“

Im Prinzip gilt alles, was wir soeben gesagt haben, auch für Grenzsituationen in der Medizin. Das ist unser Thema. Wegen der Fülle des Stoffes müssen wir uns beschränken.

Das gesamte Spektrum medizinisch-ärztlicher Grenzprobleme läßt sich zwar nicht ganz zwanglos aber immerhin einigermaßen berechtigt chronologisch bündeln, und zwar in 3 Schwerpunkte

- der 1. Schwerpunkt liegt am Anfang des Lebens (eigentlich schon weit davor!),
- der 2. konzentriert sich auf die Mitte unseres Daseins (eigentlich aber auf alle Lebensphasen!) und
- der 3. reicht bis zum Ende unserer Tage (eigentlich sogar ein gut Stück darüber hinaus!).

Wir sind hier im Hospizverein, daher befassen wir uns mit Grenzsituationen, die für den letzten Lebensabschnitt wichtig werden. Und zwar anhand von alltäglichen Beispielen aus der ärztlichen Praxis, dem Krankenhaus, dem Pflegeheim.

Dabei sind wir uns des folgenden Dilemmas bewußt:

Ethische Probleme diskutieren und entscheiden wir an einem Einzelfall. Hieraus aber allgemeingültige Grundsätze, Handlungsanweisungen für die Routine oder etwa Gesetzesvorschriften abzuleiten, ist kaum möglich. Denn jede Situation ist einmalig und muß immer wieder neu durchdacht und gelöst werden.

Trotz dieser Bedenken werde ich mich nun anhand von Fallbeispielen durch unser Thema hindurch arbeiten!

„Grenzbeispiele“, das erste Grenzschicksal!

Das 1. Schicksal

Es führt uns mit seinem Krankheitsverlauf bis zum Tod gleich mitten hinein in die Problematik. Und es birgt eine Fülle von schwierigsten Entscheidungen und verzweifelten Situationen in sich, nicht zuletzt durch die Publizität, die es erlangte und die nachfolgende emotionsgeladene und in großen Teilen wenig sachkundige Diskussion aller Einzelheiten .

Der Notfallpiepser schrillt. Springen Sie mit mir in den Notarztwagen, wir sind zu einem schweren Verkehrsunfall unterwegs! Noch bei der Anfahrt erfahren wir über Funk, daß die Sanitäter vor Ort ein völlig demoliertes Auto vorfinden.

Eine äußerst kritisch verletzte, bewußtlose jüngere Frau ist bereits aus den Trümmern geborgen. Bei spontaner aber röchelnder Atmung intubieren wir sie rasch, versorgen sie mit Infusionen, stabilisieren dadurch den Kreislauf, verbinden die blutenden Kopfwunden und übergeben sie dem Arzt aus dem unterdessen gelandeten Hubschrauber. Sie wird in ein großes Klinikum eingeliefert.

Während wir vom Unfallort nachdenklich wieder zurückfahren ergibt die weitere Diagnostik (CT, Ultraschall etc.) im Klinikum ein schweres sog. Schädelhirntrauma mit Verlust eines Auges, eine Rippenserien- und eine Oberarmfraktur. Es finden sich aber glücklicherweise keine weiteren sog. inneren Verletzungen.

Allerdings: die Hirnverletzung ist massiv, die Prognose mithin 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 usw.. Operationen sind bis auf einen Luftröhrenschnitt zur besseren Langzeitbeatmung – für den Fachmann ein ganz kleiner Eingriff - nicht erforderlich.

Die Patientin ist nicht verheiratet. Die nächsten Angehörigen sind die Eltern. Diese berichten von einer Schwangerschaft ihrer Tochter im 4. Monat. Die hinzugezogenen Gynäkologen bestätigen das und gleichzeitig auch, daß keinerlei Besonderheiten oder gar Schäden bei dem Kind erkennbar sind: also eine intakte Gravidität. Die Entwicklung der folgenden 3 Tage ist stabil, es gibt keine Änderung zum Guten, aber auch keine erkennbare Verschlechterung; völlig regelrechte kindliche Herzaktionen.

Dann kommt es plötzlich zu einem Verlust der Nerven-Reflexe bei der Patientin und zu einem Stillstand der Hirndurchblutung. Die ausgedehnte neuerliche neurologische Untersuchung bestätigt den "Ganzhirntod" und damit den klinischen Tod der Patientin.

Nach den heute noch gültigen Richtlinien ist die Patientin verstorben. Die Schwangerschaft aber ist nach wie vor intakt.

Wie soll man in dieser Grenzsituation entscheiden?

- Ohne Schwangerschaft könnten alle Maßnahmen beendet werden. Es handelt sich um eine Tote.
- Vielleicht würde man intakte Organe zur Transplantation entnehmen können. Das Herz (welches noch schlägt), die Nieren (die noch unvermindert Urin absondern), die Leber (die weiter ihre Entgiftungs- und Synthesearbeit verrichtet), die Bauchspeicheldrüse (die perfekt den Zuckerhaushalt kontrolliert) usw.
- Bei der bestehenden intakten Schwangerschaft müßte man aber dann - bei Entnahme der Organe- allerdings das Kind, dessen Herz ebenfalls noch gleichmäßig schlägt, das sich sichtbar bewegt, sterben lassen, also töten.

Wie also soll man entscheiden? Wie würden Sie entscheiden?

Übrigens: stehen Sie im Rampenlicht der Öffentlichkeit, die Presse ist informiert. Sie werden laufend interviewt, Sie werden auch angegriffen und: Sie sind in Erlangen.

Ich schildere Ihnen nämlich das Schicksal des "**Erlanger Baby**", das vor einigen Jahren Schlagzeilen machte.

Und so geht es weiter. Die Kollegen entscheiden sich (wie hatten Sie sich doch entschieden?....) die Kollegen also entscheiden sich für den nach meiner Meinung einzig richtigen Weg.

- Sie stellen die unterstützende Beatmungsmaschine nicht ab.
- Sie machen aber auch keine weiteren Untersuchungen
- Sie kontrollieren lediglich einige für das Kind notwendige Parameter.
- Sie unterlassen alles, was experimentellen Charakter hat
- Sie unterlassen auch alles, was sog. wissenschaftlichen Fragestellungen dient.

Und sie stellen bei ihren Literaturrecherchen fest,

- daß die vorliegende Situation keineswegs einmalig und schon gar nicht erstmalig ist,
- daß es bereits derartige Fälle gegeben hat,
- daß sie zu gegebener Zeit mit einer Kaiserschnittentbindung endeten
- daß ein lebendes Kind da war und
- daß in diesen Fällen keine Spätschäden bei dem Kind erkennbar waren.

Einzigster Unterschied zu Erlangen:

Diese Fälle wurden in Fachzeitschriften publiziert, im Nachhinein, nicht in der Tageszeitung, und nicht noch während des Verlaufes.

Zurück nach Erlangen:

Die weitere kindliche Entwicklung in Erlangen verläuft über 5 Wochen völlig ungestört. Es sind keine wesentlichen Eingriffe an der hirntoten Mutter notwendig. Im Rahmen eines fieberhaften Infektes, wohl einer Lungenentzündung der Mutter ist es schließlich dann doch zum Tod des Kindes gekommen.

Nun die Beurteilung im Nachhinein, nachdem das Interesse der Zeitungen wieder vorbei war: Ein Krankheitsverlauf in normaler klinischer Routine. Trotz aller menschlichen Tragik und aller psychischen Belastungen für Angehörige und Pflegenden.

Ich denke nicht, daß Grenzen überschritten wurden. Im Gegenteil: Grenzen wurden beachtet, ja, geachtet. 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 der Toten ein Kind heran, weil ich mich lediglich ihres noch durchbluteten Uterus bediene? Sozusagen eine schwangere Leiche?
- Ist es dann nicht ein ganz kleiner Schritt zu der allen Ernstes von Dr. Thomas, USA vorgetragenen Absicht, hirntote junge Frauen in Großmagazinen als Gebär-bio-präparate für die Aufzucht fremder Kinder gewinnbringend einzusetzen, bzw. auszunutzen?

Trotz dieser ungeklärten Fragen bleibe ich dabei, daß wir im geschilderten Fall Grenzen nicht überschritten haben.

Diese abschließende Feststellung zu unserem „ersten Grenzfall in der Medizin“ öffnet aber gleich ganz weit die Tür zu einer direkt anschließenden und ganz entscheidenden Frage. Nämlich, warum kommen wir überhaupt in derartige Grenzbereiche?

Genau dies ist unser erster Hauptabschnitt:

Was sind die Ursachen unserer Grenzprobleme in der Medizin ?

Meine Antwort hierauf scheint auf den ersten Blick eigenartig und überraschend! Sie lautet:

Die Medizin selbst ist eine wesentliche Ursache für Grenzprobleme

Ich will das so begründen:

Wir geraten in schwierige oder strittige medizinethische Probleme in der heutigen Zeit (mit der Gefahr von Grenzüberschreitungen),

weil die moderne Medizin so gut ist und so viel erreicht hat,
weil Diagnostik und Therapie so riesige Fortschritte gemacht haben,
weil die Grenzen des Machbaren so weit hinausgeschoben werden konnten.

Wir leben in einer Zeit der Explosion des Machbaren! Und das führt als eine ganz entscheidende Ursache zu immer wieder neuen Grenzfragen in der Medizinethik (auf der theoretischen Ebene) und zu schwierigen ganz persönlichen Gewissensentscheidungen bei jedem einzelnen von uns.

Diese Aussage über die selbst verursachten Medizinprobleme möchte ich durch drei typische Beispiele belegen:

Beispiel 1 „künstliche Organe“

Früher starb man an seinen zerstörten Nieren, da gab es keine Dialyse.

Heute darf keiner mehr an einer Nierenerkrankung sterben, weil es genügend künstliche Maschinen als Ersatz für die Nieren gibt. Zumindest in Deutschland, wo 200 Dialysepatienten auf 1 Million Einwohner kommen.

In England sind es nur 80 pro 1 Mio Einwohner, denn da wird keiner über 65 Jahre mehr dialysiert.

Und in der Türkei sind es nur 2 Patienten, die den Kampf um einen Platz an der Maschine gewonnen haben. Alle anderen dämmern an ihrer Harnvergiftung in den Tod hinüber, denn die Zahl der Nierenkranken ist überall etwa gleich groß.

Hier wird die Grenzerfahrung sehr praktisch: Nur diesseits der schwarz-rot-goldenen Grenzpfähle gibt es künstliche Nieren im Überfluß, jenseits eben nicht! Weil Du Türke bist, mußt Du eher sterben, weil Du Deutscher bist, darfst Du – oder mußt Du – an die Dialyse!

Riesige ethische Probleme mit Grenzziehungen, weil die Medizin so hilfreich ist mit der künstlichen Niere....

Beispiel 2 „krankes Herz“

Früher war der Herzinfarkt häufig tödlich, da gab es keine Bypass-Operation, künstliche Herzklappen oder gar eine Herztransplantation.

Heute kommt man fast in einen Erklärungsnotstand, wenn man bei einem über 80-Jährigen nicht sofort einen Herzkatheter durchführen läßt, wenn der Patient auch nur das Stichwort: "Schmerzen in der Brust" ausspricht.

Geradezu atemberaubend wird es aber beim „postembryonalen Herztransfer“. Ich will Ihnen sagen, was sich dahinter verbirgt.

Einer der berühmtesten Transplantationschirurgen Deutschlands, der vor wenigen Jahren verstorbene Prof. Pichelmayr formulierte als Ergebnis einer Resolution, daß anencephale Föten (das sind Kinder im Mutterleib ohne Hirnschädel, also schwerstens geschädigte Kinder, die nach der Geburt nie lange überleben) daß also es ethisch nicht vertretbar sei, diese Kinder im Mutterleib nur zum Zwecke der Transplantation austragen zu lassen.

Die Druckerschwärze war noch nicht trocken, da fanden Kollegen einer berühmten süddeutschen Universitätsfrauenklinik, daß die Leibesfrucht einer Schwangeren einen schwersten Herzfehler hatte. Ohne sofortige Herztransplantation nach der Geburt würde das Kind nicht überleben.

Nun fügte es sich, daß just zur gleichen Zeit eine Frau mit einem noch schlimmer geschädigten Kind schwanger war: dieses Kind hatte keinen Hirnschädel, also ein quasi kopfloses Gebilde, genau das, was Prof. Pichelmayr angesprochen hatte.

Wie nun, so dachten die Mediziner in München mit delikater Konsequenz, wenn wir aus zweien eines machen?

Man veranlaßte also die Frau mit dem kopflosen Kind, ihre Schwangerschaft weiter auszutragen, ein „Organspendebaby“. Dabei ist nicht überliefert, ob es sich bei der werdenden Mutter um eine „tumpe Bauersfrau“ oder eine Türkin gehandelt hat. Die Ehefrau eines Arztes oder Staatsanwaltes war es ganz sicher nicht!

So zwischen 40 und 50 approbierte Ärzte nahmen dann wohl stolz und sicher auch medizinethisch abgesegnet an dem kultischen Hochamt zu Ehren Äskulaps teil. Dem kopflosen Kind wurde das schlagende Herz entnommen und ausgetauscht gegen das mißgebildete des zweiten Kindes.

Riesige ethische Probleme mit Grenzüberschreitungen, weil die Medizin technisch so gut ist.

Beispiel 3 „Infektionskrankheiten“

Früher rafften die Seuchen in Jahresfrist immer wieder Millionen Menschen dahin. Man hatte eben noch keine Antibiotika zur Verfügung.

Heute ist eine Infektionskrankheit als primäre Todesursache in unserer zivilisierten Welt eine Rarität und liegt bei vielleicht 5%. Wir können uns eben diese elegante und teure Therapie mit Antibiotika leisten. In der dritten Welt dagegen sterben heute noch 90% aller Menschen an Infektionskrankheiten. Wobei diese Zahl deshalb so grauslich ist, weil sie fast alle durch ein paar Antibiotika zu retten wären.

Riesige ethische Probleme mit Grenzziehungen durch exzellente Medikamente aber eben begrenzter Verfügbarkeit.

Das etwas sarkastische aber treffende Resümee unserer ersten Hypothese über das „Dilemma der zu guten Medizin“ lautet bei dem Soziologen Krämer so:

„Heute leben die Toten der vergangenen Jahrhunderte dank des medizinischen Fortschritts noch unter uns, allerdings als Rentner, als Invaliden und als chronisch Kranke“.

Und ich füge an: wir selbst hier in diesem Saal – mich eingeschlossen - gehören auch fast alle dazu, neben denen in unseren Alten- und Pflegeheimen, auf den Langliegestationen der Kliniken oder jenen, die als häusliche Pflegefälle ihren Familien nur allzu häufig eine große Last sind.

Ich sage das keineswegs vorwurfsvoll, abwertend oder gar anklagend. Ich stelle nur sachlich und emotionslos die unübersehbare Tatsache fest, daß das moderne Medizinsystem oft vor raschem Tod schützt, nicht aber vor chronischen Krankheiten. Wir überleben, sind aber nicht gesund. Die heutige Medizin schafft per Saldo kranke Menschen. Sie ist ein Opfer ihres eigenen Erfolges.

Auch die – im Prinzip erfreulich hohe - **Geschwindigkeit des medizinischen Fortschritts** schafft Grenzprobleme:

Ich möchte Ihnen als Beispiel das berichten, was ich selbst sehr drastisch vor mehr als 3 Jahrzehnten erlebt habe, als ich meine Pflicht- und Ausbildungszeit in der Intensivstation der Uniklinik München absolvierte. Eine Intensivstation ist die Abteilung, in der eigentlich immer alles, was irgend möglich ist, "gemacht" wird. Wenn nicht dort, wo dann?

Zu dieser Zeit damals lautete ein unumstößlicher intensiv-medizinischer Erfahrungssatz: "Ein 2-Organ-Versagen wird kaum, ein 3-Organversagen nie überlebt". Was heißt das?

Das bedeutet: Ende der Behandlung, wenn beispielsweise neben dem Nierenversagen, dem Lungenversagen noch das Leberversagen hinzukam. Oder wenn bei einem beatmeten Menschen (Ausfall der Lungenfunktion), einem Versagen der Blutgerinnung (mit notwendiger Gabe von Gerinnungspräparaten) schließlich auch noch eine Darmlähmung (Stillstand des Verdauungstraktes) hinzukam:

Ein 3-Organversagen wird nicht überlebt. Ende der Therapie, Geräte in Leerlaufstellung. Der Patient "darf" sterben.

Bis dann plötzlich, eher zufällig, vielleicht über eine Wochenendbesetzung, vielleicht bei einer etwas "unerfahrenen" Schicht des ärztlich-pflegerischen Personals, ein solcher Patient, dem ein weiteres Organ versagte eben nicht starb obwohl er eigentlich sterben mußte. Er widersetzte sich den standardisierten Medizinerregeln und..... überlebte.

Es gab damals lange Diskussionen, erneute Literaturstudien und eine Veröffentlichung natürlich. Und es gab eine Revision der Todes-Skala, die jetzt aussagte: „Sicherer Exitus erst ab 4-Organversagen“.

In seltenen, sehr seltenen Fällen kann ein Mensch also überleben, wenn Maschinen und Apparate die Funktionen von 3 eigentlich absolut lebenswichtigen Organen oder Organsystemen zumindest zeitweise übernehmen. Der Aufwand war damals und ist heute riesig. Aber auf jeder einigermaßen guten Intensivstation, die etwas auf sich hält, liegen heutzutage Patienten mit 3-Organversagen.

Sie spüren, wir bewegen uns in Grenzbereichen. Die Grenzlinien sind fließend, nicht stabil, nicht fix und definiert für alle Zeiten. Wir, die Ärzte, die Patienten und ihre Angehörige sind gezwungen, uns immer wieder neu zu orientieren und uns bewußt zu sein, wo die Übergänge liegen zwischen dem, was ich als "noch experimentell" dann als "schon chancenreich" und schließlich als „übliches Therapieschema und Routine“ bezeichne.

Die Folgen dieser Situation sind vorhersehbar und sie sind bedrückend.

Denn nun müssen zwingend solche Krankheitsverläufe resultieren, die nicht gut ausgehen. Krankheitsverläufe, an deren Ende sich zeigt, daß aller Aufwand für den Patienten quälend und vergeblich war, er ist trotz aller Mühen gestorben. Nur eben verzögert und als weiteres Beispiel für den scheinbaren „Terror der Apparatedizin“.

Mit anderen Worten: am Rande des Weges zum medizinischen Erfolg oder gar zur „Wunderheilung“ des einen Patienten stehen die Kreuze der vielen, bei denen alle Mühe vergeblich gewesen ist. Fast ein Pyrrhus-Sieg der Medizin.

Lassen Sie uns zur Ortsbestimmung in unserem Vortrag einen Moment innehalten!

Wir haben uns im ersten Teil Gedanken gemacht über **die Ursachen** der zunehmend häufigen medizinischen Grenzsituationen. Und wir haben dabei festgestellt, daß die Entstehung von Grenzsituationen häufig in der Medizin selbst begründet ist.

Im zweiten Teil unserer Überlegungen wollen wir nun versuchen, **die Art** unserer Schwierigkeiten im medizinethischen Grenzbereich etwas genauer zu definieren.

Es geht also jetzt nicht mehr um die Frage, „warum haben wir Probleme?“ sondern es geht um die Frage, „Was haben wir für Probleme?“

Als erstes fällt mir auf, daß es in ärztlichen Grenzbereichen kaum Normen, feste Regeln und klare Richtlinien gibt. Und ich sehe, daß solche Grenzsituationen von den Menschen ganz unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt werden. Dem nächsten Abschnitt gebe ich daher die Überschrift:

„Unterschiedliche Beurteilungskriterien in Grenzsituationen“

Nach dem langen theoretischen Exkurs wollen wir uns nun endlich wieder zwei Patientenschicksalen zuwenden. Und ich hoffe, daß hierbei deutlich wird, wie unterschiedlich Grenzsituationen beurteilt werden. Und wie schwierig es wird, aus diesem unterschiedlichen Blickwinkel therapeutische Konsequenzen, also lebensentscheidende Entschlüsse zu fassen.

Die Lungenkrankheit

Seit 5 Monaten wird eine fast 70-jährige Frau mit einer **schweren Lungenerkrankung** künstlich mit dem Respirator beatmet. Sie lebt seit fast einem halben Jahr an der Beatmungsmaschine und liegt weitgehend bewegungslos im Bett der Intensivstation. Es besteht eigentlich keine Aussicht, je wieder von dem Gerät loszukommen. Die Bewußtseinslage der alten Frau schwankt sehr.

Aber immer wieder gibt diese Patientin durch krakelige Zeichen auf einem Papier oder Kopfschütteln zu erkennen, daß sie vom Respirator abgenommen werden möchte. Dabei hat man ihr mehrfach erklärt, daß sie dann aber wohl werde sterben müssen. Zweimal hat sie nachts versucht, sich selbst zu extubieren. Könnte dies als "Ich will sterben" gedeutet werden?

Die Patientin ist geschieden, sie hat eine Tochter. Aber die wird mit dieser Problematik nicht fertig und gibt zu erkennen, daß ihre Mutter leben soll.

Wir fragen Ärzte, wie sie entscheiden würden. 40% der Ärzte sind für „weiter beatmen“ und 40% für „abstellen“. 20% schwanken und würden sich der Teamentscheidung anschließen, wie auch immer sie ausfällt.

Nun fragen wir die Schwestern. Auch hier können sich 20% nicht entscheiden und folgen dem Team. Aber 66% würden die Patientin von der Maschine abschließen. Und wie entscheiden Sie?

Ehe wir uns mit dem Problem der unterschiedlichen Wertung möglicher ärztlicher Handlungen in diesem Krankheitsfall befassen nun das zweite derartige Beispiel, das auf den ersten Blick ganz ähnlich zu sein scheint.

Die Blutkrankheit

Der wieder etwa 70-jährige Patient wird aus einem großen Klinikum in das "heimatnahe kleine Krankenhaus" zur "Endversorgung" zurückverlegt. Angehörige gibt es nicht.

Dieser Patient hat ein Plasmocytom, also eine **bösartige Bluterkrankung** im Endstadium.

Der fäkulent-faulige Geruch, der von dem Patienten ausgeht, dringt durch die geschlossene Tür bis auf den Gang der Station. Noch ehe wir den Patienten überhaupt sehen, warnt uns unsere Nase vor dem schrecklichen Elend, dem wir gleich gegenüber stehen werden. Der Patient ist kachektisch, also bis auf die Knochen abgemagert, inkontinent und kaum ansprechbar.

Wegen stärkster Schmerzen bekommt er Morphium gespritzt. Bei einer Dosisreduktion wird er zwar etwas wacher, bleibt aber in seinen Äußerungen unverständlich und ist dann aber wieder spürbar äußerst gequält von starken Schmerzen.

In den Unterlagen findet sich eine vor 4 Jahren ausgefüllte Patientenverfügung, die im vergangenen Jahr aktualisiert wurde. Hierin wird gebeten, im Fall der nicht mehr gegebenen Selbstverfügbarkeit auf all die Maßnahmen zu verzichten, die das Sterben verlängern. Intensivmedizinische Maßnahmen werden in diesem Fall ausdrücklich abgelehnt.

Mit großer Zuwendung durch die Schwestern wurde bis jetzt täglich etwa 1 Liter Flüssigkeit über eine Schnabeltasse verabreicht.

Jetzt steigt die Körpertemperatur plötzlich an, wobei als Ursache möglicherweise eine Lungenentzündung infrage kommt. Eine Vene für eine Infusion ist nicht zu finden. Aber der Flüssigkeitsbedarf steigt jetzt natürlich stark an.

Folgende Entscheidung ist zu fällen: Soll ein zentraler Venenkatheter (Kanülierung eines tief im Brustkorb gelegenen Blutgefäßes) gelegt werden, um hinreichend Flüssigkeit geben zu können?

Auch in diesem Krankheitsfall ergibt die Befragung bei den Ärzten wie vorher zu je 40% ein „ja“ bzw. ein „nein“ und in 20% keine sichere eigene Meinung.

Ganz anders bei den Schwestern. Jetzt wollen 66% den Eingriff gemacht haben und nur 30% wollen darauf verzichten.

Und wie wäre Ihre Entscheidung?

Wir bewegen uns eindeutig in Grenzbereichen! Und wir müssen eine Entscheidung treffen!

Diese wird für diesen bereits eine Grenzüberschreitung sein, für den anderen durchaus noch innerhalb ethischer Grenzziehungen liegen.

Versuchen wir also, uns Klarheit zu verschaffen!

Was ist beiden Fällen **gemeinsam**?

Beide Patienten scheinen ihr Schicksal nicht länger ertragen und erleiden zu wollen.

Beide Patienten werden nicht mehr gesund, ja, nicht einmal mehr unabhängig von intensivster Betreuung wie Beatmung oder hohen Morphindosen. Ein Ende des Lebens beider Patienten ist abzusehen, wenn auch nicht ganz unmittelbar bevorstehend.

Und was **unterscheidet** beide Patienten?

Ein ganz entscheidender Unterschied ist meines Erachtens, daß die beatmete Patientin sich in einem (nennen wir es) „labilen Gleichgewicht“ befindet. Keine akute Verschlechterung, keine neuen Gesichtspunkte, keine zwingende Notwendigkeit, gerade jetzt etwas zu ändern. Anders bei dem Tumorkranken, bei dem akut ein Infekt aufgetreten ist, der nun weitere Eingriffe, neue Maßnahmen, ein aktives Vorgehen erfordern würde.

Im Fall der **beatmeten Patientin** müßte ich aktiv den Schalter des Beatmungsgerätes ausschalten mit der möglichen Folge, daß sie dann unmittelbar danach stirbt. Stellen Sie sich das bitte ganz deutlich und drastisch so vor.

Sie machen die Tür zu dem Krankenzimmer auf, sehen die alte Frau an der Beatmungsmaschine. Vielleicht schläft sie gerade; oder sie schaut Sie mit aufgerissenen, verzweifelten Augen an.

Sie kann nicht sprechen wegen des Tubus in der Luftröhre zur Beatmung.

Sie gehen die wenigen Schritte zum Bett. Sie schauen sich jetzt die Beatmungsmaschine genau an. Bei den vielen Knöpfen wissen Sie nicht, welcher das Gerät ausschalten würde. Daher verfolgen Sie, zu welchem Stecker die Schnur des Beatmungsgerätes geht. Dann ziehen Sie den Stecker aus der Wand.

Sofort verstummt das gleichmäßige Brummen des Respirators, es herrscht im Moment wahrhaft Totenstille. Die Brust der Patientin hebt und senkt sich nicht mehr.

Sie sehen, wie das Gesicht der alten Frau zunehmend blau wird, denn das Herz schlägt noch. Sie staunen, daß der Monitor mit der EKG-Aufzeichnung weiter läuft. Er wird aber in wenigen Augenblicken schrill Alarm geben, weil das Herz dann stehen bleibt. Sie löschen den nervenden Alarm.

Eine schwer erträgliche Situation! Haben Sie die Frau getötet? Oder ist sie gestorben? War das ein Sterben in Würde? War es friedlich?

Ich habe noch nie einen Menschen, der als Angehöriger gesagt hat: „stellt doch diese grausamen Apparate und Maschinen ab und laßt den Patienten friedlich sterben“, gefunden, der das dann auch selbst hätte tun wollen, nie....

Das Schicksal des **Tumorpatienten** ist davon völlig verschieden.

Hier müßte aktiv etwas getan werden als Antwort auf eine neue Situation, nämlich den Infekt. Als Antwort auf eine weitere Verschlechterung mit der Eskalation der medizinischen Maßnahmen. Dies der entscheidende Unterschied!

Statt des aktiven Handelns nun ein bewußtes Abwarten, nicht Handeln, Unterlassen. Das Schicksal des Patienten erfüllt sich nach seinen eigenen Gesetzen. Der Patient wird keine Schmerzen haben, ich geben ihm ausreichend Morphium. Er hat kein Durstgefühl. Ich werde sein Leiden nicht ändern können, aber seine Qualen. Und durch mein abwartendes Verhalten werden diese Qualen ganz sicher nicht verlängert.

Grenzbereich zwischen „töten“ und „sterben lassen“.

Ich möchte die Fallbeschreibung rasch noch auflösen:

Die Beatmungsmaschine wurde nicht abgestellt. Die Patientin ist nach einigen Wochen an einer weiteren Komplikation verstorben, ohne daß man dann wieder alle denkbaren Möglichkeiten einsetzte.

Und der Patient mit dem Plasmozytom verstarb - ohne daß eingreifende Maßnahmen vorgenommen wurden - sehr rasch bereits am folgenden Tag.

In beiden Fällen hätte man aber sehr wohl und mit guten Gründen auch anders entscheiden und handeln können. Genau dies führt uns zu einem entscheidenden weiteren Punkt in unseren Überlegungen, nämlich:

Wir sind nicht „fehlerfrei“ in unseren Entscheidungen. Wir (und zwar wir Ärzte, wir Patienten und wir Angehörigen) schätzen eine Situation falsch ein, irren uns in der Vorhersage des weiteren Verlaufes, unterliegen diagnostischen Irrtümern, behandeln falsch, erwarten zu viel.

Auch dafür ein nachdenkliches Beispiel:

„Grenzprobleme durch Fehler und Irrtümer“

Vor einiger Zeit berichtete mir ein hochangesehener, sehr erfahrener, nachdenklicher, ebenso kluger wie liebevoller und fürsorglicher Theologe, der viele Jahre in solchen entscheidenden Besprechungen einer großen Intensivstation an einer Uniklinik zwischen Ärzten, Schwestern, Sozialarbeitern, gelegentlich Angehörigen mitwirkte, von einem besonderen Krankheitsfall.

Es ging um einen sog. **"hoffnungslosen Fall"**. Um einen jüngeren Patienten mit Versagen vieler Organe. Also langer Beatmung, Dialyse, kontinuierlicher Flüssigkeitsbilanzierung, künstlicher Ernährung, tiefem Koma und weiteren schweren Störungen, wobei besonders auch die Hirnschädigung besonders schwer war. Wir sprachen eben über dieses Multiorganversagen mit besonders schlechter Prognose.

Bisher hatten sich die Ärzte und Schwestern in diesem besonderen Fall nicht der Entscheidung stellen können, den Respirator, alle Infusionspumpen und die Monitore abzustellen. Obwohl alle diesen quälenden Schwebestand endlich beenden und das Sterben zulassen wollen.

Dennoch hatte sich bisher niemand getraut, diesen letzten Schritt auch zu tun. Niemand hat es gewagt, sich offen festzulegen. Es war eine schlimme, spannungsgeladene, irgendwie ausweglos scheinende und hoffnungslose Situation auf der Intensivstation.

Bis dann der erwähnte Pfarrer nach einem langen Gespräch auf der Station mit allen dort Tätigen den Mut fand, zu sagen, daß er für sich auch die Therapie beendet und das Beatmungsgerät abgestellt haben wollte. Und, er würde eine solche Entscheidung für den Patienten auch mit allen gemeinsam tragen. Nachdem das nun ausgesprochen war, schienen alle erlöst, irgendwie trotz der Schwere des Geschehens befreit zu sein. Jeder konnte nun offen dazu stehen, daß die Geräte abgestellt würden. Und so wurden sie auch alle abgestellt.

Nach einigen Wochen klopfte es an die Tür jenes Krankenhauspfarrers. Ein sehr blasser und sehr abgemagertes junger Mann trat ein und sagte: "Ich bin der Patient, bei dem Sie mit entschieden haben, alle Maschinen abzustellen...."

Ich weiß nicht, ob Ihnen dabei auch ein eiskalter Schauer den Rücken hinabläuft, besonders, wenn Sie sich in die Rolle des Pfarrers, der Ärzte, der Schwestern oder auch in die Situation des Patienten versetzen.

Aber ich weiß gut, daß jeder von uns eine solche Situation nur dann einigermaßen gut ertragen und verarbeiten kann, wenn sie gemeinsam besprochen und entschieden wurde.

Diese schwere aber am Ende noch gut verlaufene Krankheitsgeschichte weist uns im übrigen auf eine weitere Besonderheit solcher existentieller Grenzsituationen hin, nämlich ihrer Komplexität.

Ich gebe unserem vorletzten Abschnitt die Überschrift:

„Die Komplexität von Grenzsituationen in der Medizin“

In derartigen Entscheidungsprozessen mit Kollegen, Pflegepersonal, Angehörigen und natürlich auch den betreffenden Patienten selber (wenn sie denn ansprechbar waren), habe ich eine – zumindest für mich – recht merkwürdige Erfahrung gemacht:

- Allgemeine philosophische Lehrsätze,
- ethische Grundsätze oder
- religiöse Glaubenssätze

bleiben in solchen entscheidenden Gesprächen mit Betroffenen merkwürdig vage und nebulös. Sie können kaum als tragfähiges Fundament bei der Entscheidungsfindung dienen. Ich suche daher nach anderen Orientierungspunkten, die mir helfen.

Drei Begriffe sind es, die Leitlinien sein könnten:

- die **Patientenautonomie** (also die Entscheidungsfreiheit des Patienten, seine Selbstbestimmung)
- das **Patientenwohl** (was ist für ihn -vermutlich- das Beste)
- die **Behandlungspflicht** (was muß zur Beseitigung oder Linderung von Krankheit und Schmerz getan werden)

Sozusagen als Einübung auf den Ernstfall werden wir jetzt diese drei Punkte kurz abarbeiten, und zwar jeweils für mich persönlich aber auch für den anderen, für den ich eine Mitverantwortung hab

Was ist Patientenautonomie?

Kein Problem, werden Sie ohne lange zu überlegen sagen, das ist das, „was der Patient will“, es geht um seine freie Entscheidung im Rahmen ärztlich-pflegerischer Maßnahmen.

Doch schon beim zweiten Blick müßten Sie stutzig werden!

Ist diese freiwillig getroffene Entscheidung für oder gegen einen diagnostischen Eingriff, eine bestimmte Therapie, eine Operation usw. nicht ganz entscheidend davon abhängig, wie informiert und aufgeklärt der Patient ist?

Und kommen wir dann nicht sofort zu dem überall gebrauchten Begriff des „**informed consent**“, also der „Zustimmung des Patienten zu einer medizinischen Maßnahme nach ausreichender Information“?

Und führt uns dies nicht wiederum rasch und zwangsläufig zur nächsten Frage: was ist denn eine „ausreichende Information“? Wie wird sie gegeben? Von wem? Wird sie verstanden?

Beantwortet unser klinischer Alltag diese Fragen? Klare Antwort: Nein! Denn im allgemeinen sieht dieser Alltag doch so aus:

Kurz nach dem Morgenkaffe wird die Tür aufgerissen, der Chefarzt stürmt in das Zimmer, blättert mehr oder weniger kurz in den Akten oder läßt sich einige Daten sagen und legt dann die Diagnostik und Therapie fest. Ein paar Worte über das Haupt des Patienten hinweg und schon ist er wieder verschwunden.

Beim Mittagessen kommt dann, wenn wir Glück haben, die Schwester und klärt den Patienten auf so gut sie kann, antwortet auf seine Fragen, allerdings nur kurz, denn dann verschwindet sie schon wieder, weil sie sich um den nächsten „Zugang“ bemühen muß.

Während des Abendbrotes, meist schon kurz nach 16 Uhr, kommt dann die Putzfrau, die sich als erste an diesem Tag wirklich spürbar einen Moment Zeit nimmt, sich auf ihren Besen stützt und einige freundliche und tröstende Worte für unseren Patienten findet. Bis auf wenige Ausnahmen ist das die Regel!

In meinem nicht eben kurzen medizinischen Leben weiß ich nur von einem einzigen chefärztlich tätigen Kollegen, der es sich zur festen Regel gemacht hat, abends am Ende seines Arbeitstages zu dem Patienten hin zu gehen, mit dem ein schwieriges weil entscheidendes Gespräch geführt werden muß. Seine Begründung: dann habe ich Zeit, dann nimmt er keine Fragen mit in den Abend, dann kann ich ihn noch trösten für die Nacht.

Welche vielen einfachen, kostenlosen Chancen, Vertrauen zu gewinnen, lassen wir Ärzte doch ungenutzt!

Es würde einen weiteren Abend füllen, wenn ich über die richtige **Aufklärung** unserer Patienten sprechen wollte. In einem einzigen Satz nur so viel:

Es geht hierbei nicht um die Vermittlung medizinischer Fachdaten, auch nicht um die absolute Wahrheit, es geht allein um Wahrhaftigkeit des Arztes im Gespräch mit seinem Patienten, nicht mehr, aber sicher auch um nicht weniger!

Was ist Patientenwohl?

Merkwürdig! Mit diesem Begriff habe ich die wenigsten Schwierigkeiten und Probleme gehabt. Vielleicht deshalb, weil es mir fast immer gelungen ist, mich selbst bei zunächst schwierig scheinenden Entscheidungen in die Rolle des Patienten versetzt zu haben. „Wie würde ich für mich entscheiden?“ „Würde ich mich selbst diesem diagnostischen Schritt, dieser Therapie, dieser Operation unterziehen?“

Ganz rasch wird man dann nämlich sehr zurückhaltend mit allen eingreifenden Maßnahmen ohne ganz zwingende Notwendigkeit, bei allen aggressiven Therapien am Ende eines Lebens.

Andererseits wird das Patientenwohl nicht immer häufiger zum „Ärztewohl“? Geopfert, verdrängt, verschüttet durch Modetrends in der Medizin, Ruhmesstreben, übertriebenes Schutzbedürfnis vor juristischem Zugriff? Fokussierung des diagnostischen Blickes durch den Patienten hindurch auf das eigene Bankkonto? Der Patient als Dukatenesel?

- Was ist wohl die Ursache dafür, daß die Zahl der Gallenoperationen plötzlich um das 4-fache stieg, nachdem die Knopfloch-Operationstechnik entwickelt wurde?
- Was soll man davon halten, daß der größte Teil aller Urologen, die eine Prostatastanzbiopsie bei ihren Patienten für notwendig halten, diese an sich selbst nicht machen lassen würde?
- Was fällt Ihnen ein, wenn ein Arzt bei einem am Krebs sterbenden Patienten wenige Stunden vor seinem Tod noch eine Röntgenaufnahme des Thorax, also der Lunge, anordnet und sagt, dies sei ein „Abschlußbild“?
- Und was könnte wohl die Erklärung dafür sein, daß deutsche Gynäkologen bei ihren Patientinnen etwa 3 x häufiger die Gebärmutter entfernen als ihre Kollegen in England? Und wie erklärt man sich das Mysterium, daß ausgerechnet bei Ehefrauen von Ärzten und Staatsanwälten diese Operation fast nie nötig ist?
- Warum gibt es allein in München so viele CTs, (Computer Tomographen) wie in ganz Italien zusammen?
- Warum werden in Deutschland so gigantisch viele Röntgenaufnahmen gemacht, daß selbst die Röntgenologen sagen, die Hälfte davon sei überflüssig...?

Von Vertrauen zum Ärztstand, zur ärztlichen Kunst, zum Arztethos kann bei all diesen Beispielen, die ich Ihnen endlos weiter erzählen könnte, nicht die Rede sein.

Unversehens befinden wir uns hier wahrlich im Grenzbereich des Schabigen, des menschlich Miesen, ja, des ärztlichen Versagens. Und das Schlimme hierbei: dieser Grenzbereich ist flächendeckend!

Die Patienten wissen es nur nicht und die Ärzte leugnen es, aber ändern es nicht.

Patientenwohl: ein im klinischen Alltag kaum mehr wahrgenommenes, verschüttetes Gut.

Was ist Behandlungspflicht ?

Die Behandlungspflicht ergibt sich aus dem Berufsbild, dem Standesethos des Arztes, der darauf verpflichtet ist, den Menschen zu helfen, sie zu heilen versuchen und Schmerzen zu lindern. Ich erinnere an den sog. hippokratischen Eid.

In den kommenden vier Minuten reden wir nicht über den klassischen Fall der dringend vom Patienten gewünschten Therapie, wo die Behandlungspflicht des Arztes sozusagen identisch ist mit dem Behandlungswunsch des Patienten.

Jetzt sprechen wir von den Grenzbereichen bei der Behandlungspflicht, über bewußtlose, hochbetagte Patienten beispielsweise, über die Ablehnung von Therapien, etwa einer Zytostase im Endstadium eines Krebsleidens durch den Patienten oder über das große Problem der PEG.

Wir müssen uns über die „**künstliche Ernährung mit der PEG**“ unterhalten. „PEG“ ist die Kurzform für eine durch die Bauchhaut eingeführte Magensonde zur Flüssigkeitsgabe oder zur Sondenernährung, meist auf Dauer.

Lassen Sie mich einige Worte zu dieser Methode der PEG sagen, denn allein dieser kleine, dünne Plastikschlauch löst zwar ein Problem (nämlich das der Flüssigkeitszufuhr) eröffnet aber gerade damit eine große Zahl neuer Schwierigkeiten und viele Folgeprobleme.

Warum? Weil diese Sonde:

- In der Regel sehr einfach zu legen ist,
- unseren Patienten pflegeleicht macht (Flasche hinhängen, zeitraubendes Füttern erledigt, nie Beschwerden über nicht schmeckendes oder zu kaltes Essen)
- eine aggressive Werbung der Nährlösungs- und Pumpenhersteller für erheblichen Druck sorgt auf Ärzte und Pflegepersonal,
- damit die Sorgen (besonders der Angehörigen), daß man den Patienten doch nicht verhungern oder verdursten lassen könne, gegenstandslos werden.

Wir alle, die wir Sterbenden und chronisch Kranken begegnen – oder selbst einmal in eine solche Situation kommen – müssen uns mit dem Problem des „Austrocknens“ und „Verhungerns“ befassen. Ich möchte Ihnen hierzu einige medizinische Informationen geben.

„Hunger“ und mehr noch „Durst“ sind über Zentren im Gehirn vermittelte Bedürfnisse zur Regelung der sehr komplexen Nahrungs- und Flüssigkeitsbilanz.

Nochmal mit anderen Worten: Zum Leben brauchen wir nicht nur die Luft, die wir atmen, sondern auch Flüssigkeit und Nahrung. Im Normalfall essen und trinken wir genau soviel, wie wir gerade brauchen: in der Wüstenhitze mehr Wasser, bei schwerer Arbeit mehr Kalorien, wenn wir alt sind oder im Bett liegen von allem weniger. All das wird exakt geregelt durch ein Areal, ein bestimmtes Gebiet im Gehirn, das sogenannte Hunger- bzw. Durstzentrum.

Das Gefühl für Hunger oder Durst ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt, genauso wie das Empfinden von Kälte, Wärme oder Lärm, das ja auch sehr differiert. Wenn es mir warm ist, kann der andere durchaus noch frieren. Wenn ich schon lange satt bin, hat der andere noch Hunger. Wenn ich noch mehrere Flaschen Wasser trinken könnte, hat der andere sein erstes Glas noch kaum angerührt.

Darüber hinaus ist das Empfinden für diese Qualitäten auch beim gleichen Menschen während seiner verschiedenen Lebensphasen sehr unterschiedlich und wechselnd.

Quintessenz meiner Feststellung: Hüten wir uns davor, von unserem Gefühl (für Wärme, Hunger, Durst, und vieles andere) auf das Empfinden des anderen zu schließen.

Und im speziellen Fall des Sterbenden, des Todkranken und seines Bedürfnisses zu Essen und zu Trinken wird meistens verkannt, daß Menschen in solchen Situationen fast nie über Hunger oder Durstgefühl klagen.

Im Gegenteil:

Sie kennen alle das Phänomen, daß solche Menschen sehr gern ihre „Lieblingsspeise“ bestellen, daß sie „Appetit“ auf ein besonderes Essen haben und die Angehörigen dann bitter enttäuscht sind, wenn die Patienten sich schon nach dem ersten Löffel, dem ersten Happen abwenden und sagen, daß sie nun bereits „satt“ seien. Auf einen schwerkranken Patienten, der mit Appetit ißt kommen vielleicht zwanzig, für die das Essen eher eine Pflichtübung und Qual ist.

Die Erfahrungen zeigen, daß

- in der letzten Lebensphase nur sehr wenig Flüssigkeit „nötig“ ist,
- die nachfolgenden Veränderungen im Salzhaushalt eher die Schmerzschwelle anheben, d.h. Schmerzen weniger stark empfunden werden,
- das „Austrocknen“ von Ödemen (bei Tumoren) Druckerscheinungen mildert,
- die verminderte Urinausscheidung durchaus als ein positiver Effekt von dem Patienten empfunden werden könnte,
- bei abnehmendem Magensekret vielleicht weniger Brechreiz besteht,
- die Produktion des Bronchialschleims abnimmt und so eventuell das lästige Absaugen vermindert wird,
- vielleicht eine gewisse Euphorie entstehen kann.

Alein ein gewisses Trockenheitsgefühl im Mund oder den Schleimhäuten mag entstehen (übrigens viel seltener als man meint) und das wiederum kann durch kleine Schlucke Wasser, durch Pagavit-Stäbchen oder Eiswürfel gebessert und beherrscht werden.

Ich bin fest davon überzeugt, daß oftmals das Maß der Befriedigung auf Seiten der Ärzte und Pfleger, bei einem sterbenskranken Patienten eine PEG-Sonde gelegt zu haben, in direkt umgekehrtem Verhältnis steht zu der Qual, der Leidensverlängerung und dem Unheil auf Seiten der so Behandelten.

Nicht jeder Mensch muß bis zu seinem letzten Atemzug mit hochkalorischen Nährlösungen oder mit einer balanzierten Elektrolytlösung versorgt werden. Und nicht alles, was den Ärzten oder den Schwestern glückt, muß auch ein Glück für den Patienten sein oder ihm gar gefallen.

Dabei will ich keineswegs verheimlichen, daß ich mir trotz allem durchaus Situationen für mich selbst vorstellen könnte, in denen ich mich mit einer PEG anfreunden könnte. Allerdings fallen mir zehnmal mehr Fälle ein, in denen ich verschont bleiben möchte von dieser Art der Zwangsernährung.

Ich will Ihnen auch nicht vorenthalten, daß die Meinung der Ärzte zu dieser Thematik sehr breit gefächert ist.

- Sie formuliert **Montgomery** auf der einen Seite den folgenden bemerkenswerten Satz (ich zitiere) „das Ziehen einer Magensonde bedeutet Verhungern, eine der viehischsten Todesarten, die es gibt“. Dieser Mediziner ist allerdings eher standespolitisch in Erscheinung getreten und hat selbst wohl nie auf einer Palliativstation gearbeitet.
- andererseits gibt es die Feststellung des Juristen **Putz**, der eine PEG bei „Sterbewilligen“ als permanente Körperverletzung sieht.
- der Stuttgarter Arzt **Student** schließlich betont, daß ein Sterben ohne PEG nicht gleichzusetzen ist mit einer verminderten Zuwendung, ganz im Gegenteil.
- abschließend eine Feststellung aus der **täglichen Praxis**: es ist nahezu unmöglich oder zumindest sehr schwierig „die Sonde (wieder) zu ziehen“. Etwa am Ende eines schrecklichen Krankheitsverlaufes, bei zunehmend schlimmen Komplikationen, bei erkennbar großen Qualen des Patienten. Dies wird übrigens nicht selten von den gleichen Angehörigen gefordert, die zuvor den Patienten „nicht verhungern lassen“ wollten und sich nun über den „Terror der Apparatedizin“ beklagen.

Auch hier wieder gilt, daß dann, wenn keine Patientenverfügung vorliegt, lieber lange und wiederholt und ausführlich das „Für und Wider“ dieses Eingriffes mit allen besprochen werden soll. Und zwar **vor** dem Eingriff! Gelegt ist diese PEG-Sonde schnell und fast problemlos, nicht genutzt oder gar gezogen bedeutet dagegen ein Gebirge von Problemen.

Und schließlich: Ein Patentrezept für ein Ja oder ein Nein im Vorgriff auf eine unbekannt Situation gibt es nicht!

Um das abschließend noch einmal eindeutig klar zu stellen: Ich habe **nicht** von all den Fällen gesprochen, wo durch die Sonde viele Wochen oder gar Monate eines noch sinnvollen, gewünschten, erträglichen Lebens möglich werden. Bei bewußtseinsklaren Menschen mit einer Schluckstörung beispielsweise, bei Patienten mit einer Passagebehinderung in der Speiseröhre, bei denen es eindeutig um notwendige Nahrungszufuhr geht.

Ich habe meine Bedenken geäußert in Fällen, in denen bei sterbenden oder etwa bewußtlosen Patienten pflegerische Gründe zum entscheidende Kriterium für die Sonde geworden sind.

An diesem Punkt fällt mir Erika Schuchardt ein, die dies in ihrem sehr lesenswerten Buch: "Warum gerade ich" so formuliert: "...Nicht die von Krisen betroffenen Menschen sind unser Problem, sondern *wir*, die "Noch-Nichtbetroffenen", werden ihnen zum Problem." Und weiter: "Die zentrale Schwierigkeit der Noch-Nichtbetroffenen ist ihr gestörtes Verhältnis zu den Betroffenen, ist ihr Mangel an Beziehungsfähigkeit...."

Es ist - wie eben am Beispiel der PEG-Sonde - viel schwerer, etwas **nicht** zu tun und nicht einzusetzen, als **immer alles** zu tun und alles zu machen, was möglich ist. Hier kann eine Willenserklärung des Patienten, die er in gesunden Tagen verfaßt hat, von großer Hilfe sein.

Ganz zum Schluß noch eine Warnung.
Ich gebe unseren letzten 3 Minuten die folgende Überschrift:

„Gibt es statt zu viel auch zu wenig Medizin?“

Es geht um einen möglichen Paradigmenwechsel, um eine Änderung bestimmter Abläufe in der klinischen Medizin. Und diese Änderung hängt zusammen mit einem neuen System der Abrechnung von Leistungen im Krankenhaus. Das klingt banal. Und diese Banalität hat einen Namen, nämlich „Fallpauschale“. Auch Sie als Laien sollten zumindest einmal davon gehört haben. Denn es könnte sein, daß es in Zukunft nicht mehr um den **Schutz vor „zuviel Medizin“** geht am Lebensende, sondern möglicherweise bald um **„zu wenig Medizin“** für unsere Patienten.

Unversehens sind wir so an dieser Stelle an einen ganz anderen, neuen Aspekt der „Begrenzung“, geraten, den ich am Ende noch kurz ansprechen möchte und der bisher – zumindest in Deutschland – nicht diskutiert zu werden brauchte:

Bisher geht es (im Hospizverein beispielsweise, oder bei der Abfassung von Patientenverfügungen) in aller Regel ja immer um das „Zu Viel“ am Lebensende, darum, daß allzu häufig bis an die Grenzen des Machbaren therapiert und diagnostiziert wird und manchmal darüber hinaus. Schier grenzenlose Medizin. „Bisher“..., sagte ich.

Doch das wird sich womöglich sehr rasch ändern.

In diesem, spätestens im nächsten Jahr gibt es nämlich eine entscheidende Änderung bei der finanziellen Regelung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen. Das sieht auf den ersten Blick aus, als wäre es sehr weit weg vom ärztlichen Handeln, vom Umgang mit dem Patienten, von seinem Wohl und seiner Würde.

Unter „Fallpauschale“ versteht man, daß dem Krankenhaus für jeden Patienten ein fester Betrag bezahlt wird, und zwar in Abhängigkeit von der Diagnose, also der Art der Erkrankung.

Auf gut englisch nennt man das „DRG's“, was soviel bedeutet wie „Diagnosis Related Groups“, also diagnosebezogene Patienteneingruppierung.

Für eine Lungenentzündung gibt es einen festen Betrag, ebenso für eine Entbindung oder eine Gallenoperation. Wer seinen Patienten früh entläßt, spart Geld. Der Name für eine derart frühe und Gewinn bringende vorzeitige Verabschiedung des noch geschwächten Patienten aus dem Krankenhaus ist bereits gefunden, er lautet: **„blutige Entlassung“**.

Und es wird die **„Schnäppchenmedizin“** geben, die dafür steht, daß man mit hochspezialisierter Konzentration auf einige wenige profitable Krankheiten sehr gute Geschäfte machen kann. Alles was mit Herz zu tun hat schwimmt in Geld! Das klassische Beispiel ist das Rhön- bzw. Herz-Klinikum von Bad Neustadt. Man scheffelte so viel Geld, daß man eine blühende Aktiengesellschaft gründete und an die Eigner, z.B. Fußballidol Beckenbauer, von akuter Armut bedroht laufend eine sehr gute Dividende zahlen kann.

Und auf der anderen Seite sind Alte, chronisch Kranke, palliative Stationen absolut „unrentabel“. Die Krankenhäuser werden sich von der „Last“ dieser Patienten trennen und sie verlegen, irgendwohin, in Pflegeheime oder auch nach Hause.

Daß dies durchaus eine reale Befürchtung ist, beweisen Erfahrungen aus Amerika, die uns genau das vorgemacht haben: Hier zeigte die Einführung von Fallpauschalen folgende Ergebnisse, sie hatte bewirkt:

1. eine Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus um 35%,
2. eine Kostenreduzierung für Kassen und Krankenhaus um 25% und
3. eine Abnahme der Sterblichkeit um 15%.

Auf den ersten Blick ein blendendes Resultat für das Krankenhaus, ja, für alle Beteiligten!

Aber dann hat man geschaut, was mit den Hauptbeteiligten, also den Patienten, nach der Entlassung geschah. Das Ergebnis:

1. die Sterblichkeit bei den Entlassenen daheim stieg um 35%,
2. die Wiederaufnahme bei einem Rückfall stieg um fast 25%,
3. die Verlegung in weiter behandelnde Pflegeheime stieg um mehr als 40%.

Es braucht keine große prophetische Gabe, um vorauszusagen, daß es neben diesen bereits bekannten „Folgeschäden der Fallpauschalen“ fast zwingend und ganz plötzlich zu einer Umkehr der Gefährdungssituation kommen kann, nein: kommen wird.

Es wird in Zukunft nicht mehr nur darum gehen,
 daß zuviel gemacht wird am Lebensende! Ich bin sehr sicher,
 daß in naher Zukunft bei unseren chronisch Kranken plötzlich zu wenig gemacht wird,
 daß zu früh auf eine vielleicht chancenreiche Therapie verzichtet wird,
 daß das Pendel des Kostenargumentes von der Seite „Geld darf keine Rolle spielen“
 über die vernünftige Mitte hinaus schwenkt zur Seite „Geld ist der begrenzende Faktor“,
 daß Grenzen neu definiert werden.

Wir sprechen über Grenzen! Und wir werden einen Paradigmenwandel des Begriffes „Grenzen am Ende des Lebens“ erfahren.

Früher wurden die Grenzen des Humanen, des noch Sinnvollen, ja, des Ärztlichen oftmals überschritten. In Kürze werden wir erleben, daß administrative, verwaltungstechnische, letztendlich finanzielle Grenzen bestimmend werden.

Bestimmend für die Einordnung unseres Patienten in die Rubrik „noch leben“ (und damit voller technisch-apparativer, medizinischer Einsatz). Oder Eingruppierung in die Kategorie „schon sterben“ (und damit eher zuwarten, begleiten, dasein).

Neue Kriterien werden bestimmend für Wert und Würde, die Verfügung des Patienten oder das Verfügen über den Patienten. Neue Felder für die Medizinethik und ganz neue Grenzbereiche.

Daher wird es in der vor uns liegenden Zeit darauf ankommen, besonders aufmerksam und kritisch gerade diese drei letztgenannten Begriffe im Auge zu behalten. Wir müssen darauf achten, daß die vorhin besprochenen drei Prinzipien unangetastet ihren hohen Stellenwert behalten, daß also

- die **Patientenautonomie** nicht von staatlichen Direktiven im Gesundheitssystem,
- das **Patientenwohl** nicht vom bürokratischen Krankenhausmanagement und
- die **Behandlungspflicht** des Arztes nicht nur von finanziellen Gesichtspunkten

dominiert werden, Stoff für viele weitere kritische Vorträge im Hospizverein Kulmbach!

Da wir in einem kirchlichen Raum sind, steht es uns gut an, in thematischer Abwandlung eines bekannten alten Gebetes so zu schließen:

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