

Medizinethik - "Das Ende des Lebens"

Ich möchte sterben: *Leben verlängern, Leben beenden....*

(Vortrag FEA-Kurs, Altenstein, 1999)

Vorbemerkung 1.

Die Fülle der mit dieser Thematik zusammenhängenden Fragen und Probleme ist unendlich groß.

Der Bogen spannt sich von der sog. Euthanasie, aktiv und passiv, dem. Patiententestament, der umstrittenen Todesdefinition, also dem Hirntod und den unmittelbar daran gekoppelten Fragen der Organspende und Transplantation bis hin zur experimentellen und apparate-assoziierten Medizin einerseits und andererseits zum Hospizgedanken. Wir können daher vieles aus dem Gesamtkomplex überhaupt nicht und anderes nur kurz streifen und andeuten.

Vorbemerkung 2.

Bis auf ganz wenige Ausnahmen hören wir Ärzte den Satz "Ich möchte sterben"...(unser Thema) nur von 2 Patienten-gruppen. Nämlich psychisch Kranken (depressiv-Suizidalen) und inadäquat (schmerzmittel)therapierten Tumorpatienten im Terminalstadium. Die Menschen, auch die Schwerstkranken und extrem in ihren Möglichkeiten eingeschränkten Patienten, möchten fast immer weiter leben. Nahezu alle möchten ihr Leben verlängert haben. Auch ein Leben, das sich für Außenstehende meist als "elend", schrecklich und vielleicht sogar als "lebensunwert" darstellt. Also: "Ich möchte sterben" ist ein eher selten gehörter Wunsch.

Ich werde mich anhand von Fall-Beispielen durch unser Thema hindurcharbeiten!

Gleich mitten hinein in die Problematik soll uns ein erster Krankheitsverlauf bis zum Tod führen, den ich Ihnen nun einleitend berichte und der sogar noch eine gewisse Beziehung zu unserer Thematik vom Morgen hat.

Er birgt eine Fülle von schwierigsten Entscheidungen und verzweifelten Situationen in sich, nicht zuletzt durch die Publizität, die er erlangte und die nachfolgende emotionsgeladene und in großen Teilen wenig sachkundige Diskussion aller Einzelheiten .

Hier also die Vorgeschichte!

Schwerer Verkehrsunfall! Der Notarzt findet ein völlig demoliertes Auto mit einer äußerst kritisch verletzten, bewußtlosen aber spontan atmenden jüngeren Frau vor. Sie wird intubiert, akut versorgt und mit dem Hubschrauber in ein großes Klinikum eingeliefert. Die weitere Diagnostik (CT, Ultraschall etc.) ergibt 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 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 kam 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 war die Patientin verstorben. Die Schwangerschaft aber ist nach wie vor intakt.

Wie soll man 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 schlug), die Nieren (die noch unvermindert Urin absonderten), die Leber (die weiter ihre Entgiftungs- und Synthesearbeit verrichtete), die Bauchspeicheldrüse (die weiter den Zuckerhaushalt kontrollierte) usw.

Bei bestehender intakter Schwangerschaft würde man so -bei Entnahme der Organe- allerdings das Kind, dessen Herz ebenfalls noch gleichmäßig schlägt, das sich sichtbar bewegt, sterben lassen müssen, 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.

Die Kollegen entscheiden sich für den nach meiner Meinung einzig richtigen Weg.

Sie stellen die unterstützende Beatmungsmaschine nicht ab.

Sie machen aber keine über die für das Kind notwendigen Kontrollen hinausgehende Untersuchungen.

Sie unterlassen alles, was experimentellen Charakter hat oder 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 und daß in diesen Fällen -soweit erkennbar - keine Spätschäden bei dem Kind erkennbar waren.

Einziger Unterschied zu Erlangen: Sie wurden in Fachzeitschriften publiziert, im Nachhinein, und nicht in der Tageszeitung diskutiert, noch während des Verlaufes.

Zurück nach Erlangen:

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

In der Retrospektive: klinische Routine.

Trotz aller menschlichen Tragik und aller psychischen Belastungen für Angehörige und Pflegende.

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?

Ist es dann nicht ein ganz kleiner Schritt zu der im Ernst von Dr. Thomas, USA vorgetragenen Absicht, hirntote junge Frauen in Großmagazinen als Gebär-bio-präparate für die Aufzucht fremder Kinder gewinnbringend einzusetzen, bzw. auszunutzen?

An diesem Punkt ist eines der Dilemmata der modernen Medizin besonders gut zu demonstrieren:

Viele, wenn nicht alle schwierigen oder strittigen medizinethischen Probleme in der heutigen Zeit ergeben sich,

weil die Medizin so gut ist,

weil sie so viel kann,

weil sie bisher so viel erreicht hat.

Beweise für diese Aussage und Beispiele dazu:

- Früher starb man an seinen zerstörten Nieren, da gab es keine Dialyse. Man meint, daß heute deshalb keiner mehr an einer Nierenerkrankung sterben darf, weil es genügend künstliche Maschinen als Ersatz für die Nieren gibt, zumindest in Deutschland.
- Früher war der Herzinfarkt häufig tödlich, da gab es keine Bypass-Operation oder gar eine Herztransplantation. Man kommt heute fast in einen Erklärungsnotstand, wenn man bei einem über 80-Jährigen keinen Herzkatheter durchführen läßt, obwohl der Patient das Stichwort: "Schmerzen in der Brust" ausspricht.
- Früher rafften die Seuchen in Jahresfrist immer wieder Millionen Menschen dahin. Man hatte eben noch keine Antibiotika zur Verfügung. Eine primäre Infektionskrankheit als Todesursache ist in unserer zivilisierten Welt eine Rarität, vielleicht 5% (in der dritten Welt sterben 90% aller Menschen an Infektionen).

Heute, so das treffende Resümee des Soziologen Krämer, vegetieren dank des medizinischen Fortschritts die Toten der vergangenen Jahrhunderte als Rentner, Invaliden und chronisch Kranke in unseren Alten- und Pflegeheimen sowie den Langliegestationen der Kliniken dahin oder fallen ihren Familien zur Last.

Das moderne Medizinsystem im weitesten Sinne schützt vor raschem Tod, 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.

Wobei die als "segensreich" apostrophierte Erfindung der Pflegeversicherung von vielen Familien allenfalls zum willkommenen Nebenerwerb umfunktioniert wird und sich viele jüngere Frauen gezwungen sehen, ihre inkontinenten, verwirrten, nachtaktiven, bösartigen Altvorderen mehr schlecht als recht selbst zu versorgen bzw. aufbewahren zu müssen, um so das Haushaltsgeld etwas aufzubessern.

Ein anderer Gedanke noch an dieser Stelle:

lebensverlängernde Maßnahmen, oder noch drastischer ausgedrückt: den Menschen wiederbelebende Aktionen, ihn "aus dem Tod zurückholende Aktivitäten" haben immer etwas Brutales, Schreckliches, Gewalttätiges an sich.

Ich denke daran, daß nach der Erfindung des EKG und weiterer Studien zur elektrischen Aktivität und Arbeitsweise des Herzens mit seinen Störanfälligkeiten das Phänomen des sog. "Kammerflimmerns" entdeckt wurde, Mitte dieses Jahrhunderts.

Dieses "Kammerflimmern" entspricht einer plötzlich auftretenden chaotischen Folge elektrischer Entladungen des Herzens und führt zum akuten Herzstillstand und damit zum Herztod des betreffenden Menschen. Dieser Zustand wird ohne Therapie, und die gab es bis dahin nicht, nie überlebt.

Dann kam vor rund 50 Jahren ein Mediziner auf die Idee, in derartigen Fällen einen gewaltigen Stromstoß durch den Brustkorb auf das Herz einwirken zu lassen. Seine Hypothese war, daß durch diesen einen Schock alle elektrischen Aktivitäten des flimmernden Herzens überfahren würden und so verschwinden. Dann war darauf zu hoffen, daß sich das Herz in Sekunden nach dem vorangegangenen elektrischen Chaos und dem Donnerschlag von außen sehr rasch wieder erholt und erneut mit seiner normalen, langsamen, regelmäßigen Herztätigkeit beginnt.

Und siehe da: Das, was in der ersten Zeit nach dieser heroischen Behandlung noch als "Leichenschändung" als "Elektroschock an Toten" bezeichnet wurde, ist heute zu einer Standardmethode der Reanimation in derartigen Fällen geworden, die eigentlich jeder Arzt beherrschen sollte. Man geht heute sogar so weit, daß die Unterlassung der "Defibrillation", wie dieser Vorgang nun etwas vornehmer heißt, fast einem ärztlichen Kunstfehler oder gar der unterlassenen Hilfeleistung gleich kommt.

Quintessenz: Ein qualvolles Sterben, ein sicherer Tod, ein absehbares Lebensende **heute** kann **morgen** schon durchaus nicht mehr "hoffnungslos" qua Überleben sein. Eine neue Entwicklung, eine neue Methode, ein neues Medikament könnte zur Revision unserer ursprünglich infausten Prognose führen:

Sehr drastisch habe ich das vor vielen Jahren erlebt, als ich meine Pflicht- und Ausbildungszeit in der Intensivstation der Uniklinik München absolvierte. Eine Abteilung, in der eigentlich immer alles, was irgend möglich war, "gemacht" wurde. Wenn nicht dort, wo dann?

Zu dieser Zeit lautete ein unumstößlicher intensiv-medizinischer Erfahrungssatz:

"Ein 2-Organ-Versagen wird kaum, ein 3-Organversagen nie überlebt".

Daher Ende der Behandlung, wenn beispielsweise neben dem Nierenversagen, dem Lungenversagen noch das Leberversagen hinzukam. Oder wenn bei einem beatmeten Menschen (Versagen der Lunge), einem Versagen der Blutgerinnung (mit notwendigem Gesamtblutaustausch oder Gabe von Gerinnungspräparaten) schließlich auch noch eine Darmlähmung, ein Versagen 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 besonders "unerfahrenen" Schicht, ein solcher Patient, der eigentlich sterben müsste, das nicht tat, sondern überlebte.

Es gab damals lange Diskussionen, erneute Literaturstudien und eine Veröffentlichung natürlich.

Und es gab eine Revision der Todes-Skala: Sicherer Exitus erst bei 4-Organversagen.

In seltenen, sehr seltenen Fällen kann ein Mensch überleben, wenn Maschinen und Apparate die Funktion von 3 eigentlich absolut lebenswichtigen Organen oder Organ-Systemen 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 Grenzlينien 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" oder als "Schon chancenreich" bezeichne. Unsere abwartend kritische Sicht der Dinge darf natürlich nie dazu führen, jemandem eine vielleicht chancenreiche Behandlung vorzuenthalten.

Nach diesem nun doch etwas längeren Exkurs zurück zum Thema: "Ich will sterben"

Das nächste Beispiel soll eine weitere Facette beleuchten.

Es geht um eine Patientin, deren baldigen Tod wir nicht verhindern konnten, aber um deren menschenwürdiges Sterben sie von uns Ärzten betrogen wurde.

Diese etwa 70-jährige Frau lag mehrere Wochen bei uns im Krankenhaus. Ich kannte sie von früher als eine äußerst rüstige, gebildete, auch sozial engagierte, sehr sympatische, ältere Dame.

Dann erlitt sie plötzlich einen cerebralen Insult, einen schweren Schlaganfall. Sie war gelähmt, aphasisch, also sprachlos und schwerstens hirnganisch verändert. Insgesamt also in ihrer Persönlichkeit zerstört.

Eine Besserung der akuten Schädigung oder Anzeichen einer Rehabilitation waren trotz intensiven Bemühungen und trotz wochenlanger, stationärer Behandlung mit liebevoller Pflege durch die Schwester nicht eingetreten. Ja, der Zustand verschlechterte sich. Ein Ende dieses Lebens schien nicht mehr so fern. Medizinisch war jetzt wohl nicht mehr allzuviel zu tun.

Wir mußten die Patientin zur weiteren Betreuung in ein Pflegeheim verlegen.

Dabei hatten wir bei einer gynäkologischen Blutung und damit dem Verdacht auf ein Carcinom im Genitalbereich bewußt auf die weitere diagnostische Abklärung bei dieser auf den Tod kranken Frau verzichtet.

Sie gab im übrigen keinerlei Schmerzäußerungen oder sonstige Mißempfindungen an; sie befand sich in einem komaähnlichen Zustand.

Die schwerkranke Frau hatte aber einen besonders gefährlichen und ihr weiteres Schicksal bestimmenden Risikofaktor: sie war privat versichert; Gebührenordnung Ärzte 2,3 bis 4-facher Gebührensatz!

Das führte zur Aufnahme in eine gynäkologische Klinik.

Was dann noch kam ist rasch erzählt: Eingehende nochmalige apparative, internistische Untersuchung (präoperativ!). Eingehende neurologische Untersuchung mit CT und Kernspin (zum Ausschluß eines bösartigen Hirntumors- bei gesichertem Schlaganfall) und schließlich die große gynäkologische Operation.

Der abschließende Arztbrief, den ich irgendwann später auf meinem Schreibtisch vorfand, beschreibt dann den Kampf um das Leben der Patientin, mit In- und Transfusionen, mit maschineller Beatmung, sowie schließlich den vergeblichen Reanimationsmaßnahmen, als sich der geschundene Körper dieser Frau endlich dem Terror der Heiler und Helfer zu entziehen versucht um endlich "in Frieden" zu sterben.

Zunehmend scheint das elektronisch überwachte, apparativ retardierte Sterben auf sterilen Intensivstationen die letzte Bürgerpflicht des rundum versicherten Bundesbürgers zu sein.

Ich fasse das bisher Gesagte (und nicht Gesagte) zusammen, lehne mich dabei etwas an einen älteren Vortrag von Gründel an und charakterisiere die heutige Situation in drei Punkten wie folgt:

1. Das Sterben heute ist tabuisiert, nur sehr mühsam lernt die Medizin, daß Sterben zum Leben gehört
2. Die Nutzung aller technischen Möglichkeiten auch am Lebensende ist eigentlich überall ungebremst
3. Das Vertrauen zum Arzt und zur apparativen Medizin ist schwer gestört; die Situation ist zumindest modifikationsbedürftig wenn sie nicht ganz neu gestaltet werden muß.

In den kommenden Minuten wollen wir uns nochmals mit Grenzsituationen befassen. Ich möchte wieder Beispiele aus der täglichen Praxis bringen und Ihnen damit zeigen, daß man oftmals mehrere Möglichkeiten für Entscheidungen hat, keineswegs immer nur: Apparat abschalten oder nicht.

Und ich möchte darauf hinweisen, wie wichtig für alle, besonders auch die Ärzte, das Gespräch ist. Das Gespräch mit dem Patienten, wo möglich. Das Gespräch aber auch mit den Angehörigen, den Pflegenden und vielleicht auch - von Seiten der Ärzte - mit dem Pfarrer. Sie als Theologen sollten immer wieder Gesprächsangebote machen.

Wobei ich weiß, daß auch Sie durchaus dabei Probleme haben könnten:

Erika Schuchardt formuliert dies in ihrem sehr lesenswerten Buch: "Warum gerade ich" so:

"...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...."

Diese herbe Kritik an ihren Amtsgeschwistern basiert im übrigen auf der minutiösen Analyse von über 1.000 autobiographischen Leidensgeschichten aus der Literatur.

Ohne zu erörtern, woran das liegen mag, möchte ich mit großem Nachdruck nochmals um Ihre Gesprächsbereitschaft mit Ärzten, Pflegenden, natürlich Betroffenen und Angehörigen (und ein immer wiederholtes Angebot dazu) werben.

Nun die beiden Beispiele, die Ihnen zeigen, wie unterschiedlich Befunde und Lebenssituationen bei dem gleichen Patienten gewertet werden können und wie unterschiedlich dann die anstehenden Entscheidungen ausfallen müssen. Im vorliegenden Fall sind die Entscheidungen von Ärzten denen der Schwestern gegenübergestellt.

Wir können die Gremien natürlich erweitern und -was nahe liegt- sofort auch die Meinung der Theologen zur Therapie bei den Patienten, um die es gerade geht, einholen:

Die 1. Patientin

Seit 5 Monaten wird eine fast 70-jährige Frau mit einer schweren Lungenerkrankung künstlich mit dem Respirator

beatmet. Sie lebt also seit fast einem halben Jahr an der Beatmungsmaschine, fast 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.

(Unser Thema: "Ich will sterben")

Die Patientin ist geschieden und hat eine Tochter. Diese wird mit der Problematik nicht fertig, gibt aber zu erkennen, daß ihre Mutter leben soll.

Hinsichtlich der **Befragung** sind je 40% der *Ärzte* für weiterbeatmen und abstellen, 20% schließen sich der Teamentscheidung an, wie auch immer sie ausfällt.

Auch bei den *Schwestern* schließen sich 20% dem Team an, aber 66% würden die Patientin von der Maschine abschließen.

Und wie entscheiden Sie?

Ehe wir diesen Krankheitsfall weiter diskutieren noch der zweite Bericht.

Der 2. Patient

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

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

Er ist kachektisch, also bis auf die Knochen abgemagert, inkontinent und kaum ansprechbar. Der fäkulent-faulige Geruch, der von dem Patienten ausgeht, dringt durch die geschlossene Tür bis auf den Gang der Station.

Wegen stärkster Schmerzen bekommt der Patient Morphin subcutan gespritzt. Bei einer Dosisreduktion dieses Präparates wird er zwar etwas wacher, bleibt aber in seinen Äußerungen unverständlich und hat dann auch wieder stärkste Schmerzen.

In den Unterlagen findet sich ein vor 4 Jahren ausgefülltes Patiententestament, das 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.

(Unser Thema: ...dann "Will ich sterben")

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 stark.

Soll ein zentraler Venenkatheter (Kanülierung eines tief im Brustkorb gelegenen Blutgefäßes) gelegt werden?

Bei der **Befragung** sagen die *Ärzte* wie vorher zu je 40% ja bzw. nein, wobei 20% ohne Meinung bleiben und sich dem Team anschließen.

Jetzt wollen bei den *Schwestern* aber 66% den Eingriff gemacht haben, 30% wollen darauf verzichten. Wie wäre Ihre Entscheidung?

Wenn man in Situationen wie den geschilderten Entscheidungen treffen muß, sind im Grundsatz, besonders aber aus dem Blickwinkel des behandelnden und letztlich allein verantwortlichen Arztes eigentlich immer drei Punkte zu bedenken:

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

Der Ermessensspielraum ist groß, das Vorliegen einer Patientenentscheidung hilfreich, die Entscheidung im Team nach vorheriger Besprechung und Darlegung der unterschiedlichen Blickwinkel wichtig. Und zum "Team" kann natürlich auch der Pfarrer gehören. Ich habe beispielsweise sehr schmerzlich nahezu alle meine Gemeindepfarrer vermißt, wenn es um solche Gespräche ging.

Teamentscheidungen erleichtern die Aufarbeitung und das Ertragen auch besonders belastender Situationen.

Kürzlich berichtete mir ein hochangesehener, sehr erfahrener, 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.

Die Mediziner nennen das "Multiorganversagen", ein Bild schwerster klinischer Störungen mit entsprechend besonders schlechter Prognose, ich beschrieb Ihnen die Situation vorhin.

Bisher hatten sich Ärzte und Schwestern nicht der Entscheidung stellen können, den Respirator, alle Infusionspumpen und die Monitore abzustellen.

Obwohl es eigentlich alle wollten. Irgendwie wollten alle diesen quälenden Zustand endlich beenden, das Sterben zulassen, den zunehmend als "Terror der Maschinen" empfundenen Zustand beenden.

Dennoch hatte sich bisher niemand getraut, diesen letzten Schritt auch zu tun. Niemand hat es gewagt, sich offen festzulegen. Es war eine schlimme, spannungsgeladene, 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 wohl auch die Therapie einstellen und das Beatmungsgerät abstellen würde und daß er mit allen diese Entscheidung auch würde tragen wollen.. Nachdem es nun ausgesprochen war, schienen alle erlöst, irgendwie trotz der Schwere des Geschehens befreit zu sein. Jeder konnte nun offen dazu stehen, daß das Gerät abgestellt würde. Und so wurde es auch 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 Theologen versetzen.

Aber ich weiß gut, daß jeder von uns eine solche Situation nur dann einigermaßen gut ertragen und verarbeiten kann, wenn man gemeinsam entschieden hat, was auch gemeinsam getragen werden muß. Wie auch immer das Ende ist.

Aber: dieser eine episodenhafte Krankheitsverlauf wird wahrscheinlich dazu führen, daß nun wieder viele Schwerstkranke oder Sterbende dem Unheil einer für sie im Endeffekt sinnlosen Medizin ausgesetzt sein werden. Denn Keiner der an diesem Entschluß Beteiligten mag so etwas wie diese "Fehlentscheidung" nochmal erleben. Zumindest auf dieser Intensivstation nicht.

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

Ein solches Patiententestament soll im wesentlichen die 4 folgenden Grundsätze festlegen

- niemand soll "zu früh" aufgegeben werden,
- der Wunsch des Pat. ist weitestgehend zu berücksichtigen (sie dürfen keine Gesetze verletzen)
- das Leben soll nicht "um jeden Preis" verlängert werden,
- jegliche Form der "aktiven Sterbehilfe" ist ausgeschlossen

Es gibt etwa 20 vorformulierte seriöse "Patienten-Verfügungen", die alle mehr oder weniger diesen Kriterien genügen. Die im Gesangbuch abgedruckte Version unserer Landeskirche kommt meinen Vorstellungen sehr nahe.

Ehe wir ein weiteres Kapitel zu unserem Thema aufschlagen, möchte ich noch ein Wort zum letzten Punkt der Patienten-Verfügung sagen, der jede Art einer aktiven Sterbehilfe ausschließt.

Zu welcher kritischer Situation eine Liberalisierung an diesem Punkt führen kann, zeigen uns die Verhältnisse in Holland. Die Königlich Niederländische Medizinische Gesellschaft engagiert sich seit vielen Jahrzehnten für die Straffreiheit bei ärztlicher (aktiver) Euthanasie. Die Kollegen waren erfolgreich. - Zunächst setzten sie durch, daß ein Pat. mit Todeswunsch zwei Ärzte konsultieren muß, die nach voneinander unabhängiger Beurteilung alle Unterlagen an den Staatsanwalt geben, der dann kein Verfahren wegen Tötung einleitet, wenn die Ärzte bei jenem Patienten eine aktive Euthanasie vornehmen.

- Dann erreichten sie, daß dieses Verfahren auch auf Geisteskranke, die nicht terminal krank waren, ausgedehnt wurde (Freispruch eines Arztes, der auf Wunsch der Eltern ein neuro/psychiatrisch krankes Kind tötete).

Eine kürzlich veröffentlichte Studie, die 130.000 Todesfälle in Holland untersuchte, ergab nun folgende Zahlen:

- es fanden sich 2.700 (freiwillige (?), aktive) Euthanasie-Todesfälle (jeder 50 Tote ist ein Getöteter).
- die Kollegen handelten rasch: vom ersten Wunsch bis zur Sterbehilfe vergingen in 50% aller Fälle nur 1 Woche; Hauptmotiv waren 'unerträgliches Leiden', und eher selten 'Schmerzen'.
- in etwa 1.000 Fällen gab es keine aktuelle Zustimmung der Getöteten!

Was geschieht hier?

Das Recht auf den eigenen Tod wird bei der Euthanasie zum Recht auf Tötung.

Die Entscheidungsfreiheit des Patienten ist bewußtem oder unbewußtem Druck ausgesetzt.

Der Sterbeprozess und der Todeszeitpunkt sind plötzlich verfügbar, bestimmbar.

Wie geht es weiter?

Die niederländische Praxis wird zunehmend auch in Deutschland "salonfähig", zumindest in den Diskussionen, vielleicht einmal "in praxi". Erleichtert wird dieser Vorgang durch die nicht immer ganz scharfe Grenze zwischen "aktiv" und "passiv", es gibt eine Grauzone.

Diese "Grauzone" möchte ich Ihnen am Beispiel der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr hochbetagter, vielleicht Tumorkranker, allmählich dahindämmernder Patienten erläutern. Vielleicht kennen Sie solche Patienten, bei denen keine aggressive, "belastende" Therapie mehr gemacht wird, Patienten, die meist keine wesentlichen Beschwerden angeben, die kein Hungergefühl mehr haben und keine oder kaum Schmerzen angeben. Es sind Menschen, die eigentlich auch über kein quälendes Durstgefühl klagen und weder frieren noch schwitzen. Sie wirken oftmals wie nicht mehr ganz in dieser Welt, merkwürdig gelöst, kaum körperlich leidend.

Im Gegensatz zu den Angehörigen, vielleicht auch den Pflegenden, die diesen Zustand des Patienten durchaus als belastend und quälend werten könnten und sagen: Ihr dürft sie doch nicht verhungern oder verdursten lassen

Sie drängen darauf, Flüssigkeitssonden und Ernährungsschläuche zu legen.

"PEG" heißt das Zauberwort.

Es geht um dünne Katheter, die man mittels einer Magenspiegelung und eines Schnittes durch die Bauchhaut 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 anderen wäre die Unterlassung dieser Therapie gleichbedeutend mit dem Vorenthalten von Nahrung und Flüssigkeit, mithin der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung.

Mit den wachsenden Möglichkeiten, der zunehmenden Zahl der Geräte und der manuellen Leichtigkeit diagnostischer und therapeutischer Eingriffe wächst auch die Indikation hierzu. Diese PEG-Sonden sind heutzutage Mode: Jeder, der nicht schlucken kann oder will, bekommt die Sonde...

So kommt es, daß die rasch gelegte Ernährungssonde eine Beruhigung für die Schwester ist, die nun einfach einen Liter Tee in einem Plastikbehälter über den Kopf des Patienten hängt.

Und sie ist ein Trost für die Angehörigen, da nun der Patient nicht mehr zu "verdursten" braucht.

Aber sie kann durchaus zu einer Qual für den Patienten werden, der ihre **Entfernung** sehr wohl als eine Wohltat und als segensreich empfinden könnte.

Nicht jeder Mensch muß bis zum letzten Atemzug mit hochcalorischen Lösungen oder einer bilanzierten Flüssigkeitszufuhr versorgt werden. Und nicht alles, was den Ärzten glückt und den Schwestern gefällt muß auch ein Glück für die Patienten sein oder muß ihnen gar gefallen...

Allerdings tritt auch hier ein Wandel ein. Eine zaghafte Änderung der "Philosophie des Zwangs zum Behandeln". Ich rede von der Hospiz-Idee, die sich zunehmend in Deutschland etabliert. Einige meiner ärztlichen Freunde haben sich diesem Prinzip sehr angenähert und verlegen Patienten, wo möglich, in Hospiz-Einrichtungen.

Sie kennen die wesentlichen Leitlinien der Arbeit der hier Tätigen, die sich konzentriert auf ein persönliches, nahes Begleiten von Sterbenden. Dabei wird auf jede aggressive Therapie verzichtet. Die medikamentöse Behandlung beschränkt sich im wesentlichen auf Schmerzlinderung oder -wo möglich- auf eine Verbesserung der Befindlichkeit des Patienten.

Mit diesen wenigen Worten hierzu will ich es zunächst bewenden lassen; ggf. können wir im Anschluß weiter diskutieren.

Ehe ich Ihnen meine letzte Krankengeschichte berichte, muß ich doch noch auf einen sehr materiellen Gesichtspunkt zu sprechen kommen. Es geht in der Tat um Geld.

Und es geht im Zusammenhang damit um die drohende Umwandlung des Wortes: "Ich will sterben" in die angstvolle Frage: "muß ich sterben? Weil kein Geld da ist?"

Machen wir uns Folgendes klar:

a)- 3/4 aller Kosten im Gesundheitswesen fallen in den letzten 5-10% der Lebenszeit der Menschen an.

Anders ausgedrückt: die höchsten Kosten verursachen die Alten und die Schwerstkranken, die dann doch trotz aufwendiger Medizin sterben. Ich sage das wertneutral. Und ich sage: noch können wir uns das leisten. Wir können uns das leisten, weil

b)- wir uns durch dichte Grenzen nach außen zu der 2. und 3. Welt abgeschottet haben. Weil wir deren katastrophale Verhältnisse hinsichtlich ihres Gesundheitssystems (das eigentlich keines ist) schlicht nicht zur Kenntnis nehmen, oder wenn, dann nicht reagieren. Weil wir uns unsere Luxusmedizin auf deren Kosten leisten. Weil wir nicht teilen, weil wir nichts abgeben.

Mein Parade-Beispiel hierzu:

Ein Patient in Deutschland wird nierenkrank. Er ist 40 Jahre alt, als die Organe versagen. Selbstverständlich entschließt man sich zur Behandlung mit der künstlichen Niere. "Ich will leben" heißt die Devise, nicht "Ich will sterben".

Dabei hat der Patient das Glück, diesseits der deutschen Grenzen zu leben. Hier gibt es nämlich 200 Dialysepatienten pro 1 Million Einwohner. Und für alle diese Patienten ist auch ein Dialyseplatz.

In Engländer ist das schon ganz anders. Da gibt es nur 80 Dialyseplätze pro 1 Million Einwohner, nicht 200.

Und in der Türkei oder in Algerien sind es nur 2 Plätze pro 1 Million Einwohner.

Die prozentuale Zahl der Nierenkranken ist aber in allen drei Ländern etwa vergleichbar groß.

Und das bedeutet.

Wenn hier in Deutschland 100% aller Patienten an eine Maschine angeschlossen werden können, gehen im Kampf um einen Dialyseplatz in der Türkei nur 2 von 100 als Sieger hervor und werden angeschlossen.

Die anderen 98 dämmern im Koma des Nierenversagens in den Tod hinüber.

Selbstverständlich wagt in Deutschland keiner, an dieser 100%-Regel zu rütteln. Hier werden auch komatöse Schlaganfallpatienten und terminal Carcinomkranke noch bis zum bitteren Ende weiter dialysiert: weil man einfach nicht mehr am Nierenversagen sterben darf, in Deutschland.

In Großbritannien zieht man sich aus der Affäre, indem per Dekret bestimmt: ab 65 wird niemand mehr an eine Dialyse angeschlossen. Fertig! Keine Diskussion!

Und in der Türkei und in Algerien: Ebenfalls keine Diskussion. Es ist eben so. "Insh'Allah" Wobei die Sache hier noch dadurch erleichtert wird, daß viele Kranke überhaupt nicht wissen, daß es eine Therapiemöglichkeit wie z.B. eine Dialyse gäbe.

Diese Beispiele könnte ich beliebig ergänzen.

- So mit der Information, daß allein in München so viele CT-Geräte stehen wie in ganz Italien zusammen.- Oder daß in Deutschland -bezogen auf die Einwohnerzahl- das 3-fache an Herzkatheter-Untersuchungen für nötig gehalten wird wie in England.

- Und daß der Medikamentenverbrauch in Deutschland etwa doppelt so hoch ist wie in Schweden.

- Ganz zu schweigen davon, daß die Zahl der Uterusentfernungen etwa 4 x häufiger ist als in den USA (ausgenommen Ehefrauen von Staatsanwälten und Ärztinnen in Deutschland, deren Gebärmütter für die operationswütigen Gynäkologen offensichtlich in einer gewissen Tabuzone liegen).

Was will ich damit sagen?

Ich will damit sagen, daß wir unsere Luxusmedizin aus vielerlei Gründen (auch dem der Raffgier der Ärzte!) nicht mehr bezahlen können. Daß die Solidargemeinschaft, "das Volk", die Gesunden, die Zahlenden, zunehmend Fragen stellen werden. Unangenehme Fragen.

Diese Fragen richten sich an uns alle und sie klammern keinen Bereich aus.

Und nach den Fragen kommen erste Maßnahmen. Unangenehme Maßnahmen.

Abstriche werden gemacht. Zuzahlungen bei Medikamenten und Beteiligungen in Krankheitsfall werden gefordert.

Extremtherapien (hinsichtlich ihrer Kosten-Nutzen-Relation!) werden rechtfertigungspflichtig.

Das Wort "für ein Menschenleben darf uns nichts zu teuer sein" hat längst seine Gültigkeit verloren.

So gibt es jetzt auch schon in Deutschland Kliniken (in England schon lange und durchgehend), die Alkoholiker mit Leberversagen nicht auf die Transplantationsliste setzen, wenn sie weiter trinken und Kettenrauchern keine Bypässe auf die zu gehenden Herzkranzgefäße pflanzen, wenn sie weiter rauchen.

Und wir werden uns an den Gedanken gewöhnen müssen, bei sehr alten und sehr kranken Menschen zurückhaltend zu sein mit unseren Therapieangeboten. Dann nämlich, wenn der Aufwand diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in keinem sinnvollen Verhältnis mehr zum Nutzen steht. Nutzen im Sinne einer erkennbaren Verbesserung der Lebensqualität.

Schlagworte dazu: Keine aggressive Tumorthherapie beim Hochbetagten
Keine Diagnostik, wenn sich vorher absehbar keine Konsequenzen ergeben
Keine invasive Therapie bei fehlender Kooperationsbereitschaft des Patienten usw.

Ich komme zum Schluß und möchte Ihnen mit meinem letzten Beispiel (sozusagen alles zusammenfassend) den Wandel vom "Ich will leben" zum "Ich will sterben" schildern. Der Krankheitsverlauf liegt eine Weile zurück, war aber ein mich besonders bewegendes Schicksal, das mich bis heute nicht ganz losgelassen hat.

Es geht um eine junge Frau, sie ist Ende 20, hat 2 Kinder und scheint glücklich und zufrieden. Ehe, Geschwister, Freundeskreis, alles in Ordnung. Kein Ärger mit den Nachbarn, keine Schulden, das Haus abbezahlt, die Wohnung gemütlich. Viele Blumen im Garten. Sonntags Kirchgang. Ein wenig Sport, Mitglied in einigen dörflichen Vereinigungen.

Kurz: eine heile Welt, wie man so sagt.

Dann plötzlich: Müdigkeit, Schwäche und Unlust, Abgeschlagenheit, uncharakteristisches Krankheitsgefühl.

Der Hausarzt findet einen kleinen Lymphknoten am Hals. Die Patientin kommt in die Ambulanz unseres Krankenhauses 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, daß sie und auch 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 feingeweblichen Untersuchungen, Computertomographie, Katheteruntersuchungen, elektronenoptischen und biochemischen Tests. Wir bedienen uns der Spezialisten einer hierauf spezialisierten Abteilung eines riesigen Klinikums.

Wir erleben (und erleiden) Medizintechnik in Vollendung, in Reinkultur. Mit definitiver Bestätigung der akuten Leukämie.

Nun das zweite ausführliche Gespräch mit unserer Patientin. 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 brutale Strahlenbehandlung. Sie wissen: Übelkeit, Erbrechen und nochmal Erbrechen. Schwäche, Abgeschlagenheit, Depression, Appetitlosigkeit, Durchfall, Verzweiflung.

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

Und Sie wissen: auch hier wieder Haarausfall, Muskelschwäche, Lähmungen, Atembeschwerden, Blutungen, Erbrechen, und nochmal Erbrechen und immer wieder Erbrechen. Ein Horrortrip mit der harmlosen Bezeichnung "Cytostase".

Unsere Patientin willigt ein. Sie will leben. Sie will ihre Chance haben, sie will das alles durchstehen. Und sie hat einen eisernen Willen. Und sie hat ein fast grenzenloses Zutrauen zu unserer "ärztlichen Kuns". Fast eine Heilserwartung, eine Hoffnung auf Heilung.

Wir, die Patientin und ich, der Arzt, erleben im dritten Abschnitt gemeinsam alle erdenklichen Phasen des Triumphes, wenn trotz elenden Zustandes der Patientin der hämatologische 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 für uns allein:

Ich, der Arzt, die depressive Phase der Unfähigkeit, wirklich helfen zu können.

Die Patientin die Phase, das therapeutische Heil anderswo zu suchen. Beim Gesundheitsbeter, beim Wunderheiler, beim Scharlatan, in Lourdes.

Als sie zurückkehrt, werden unsere Gespräche vom Verlauf der Erkrankung diktiert. Von der Erkrankung, die uns nun 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 damit verbundenen Opfer nicht in der erhofften Weise angeschlagen hat. Wir reden nicht mehr von einer Heilung der Erkrankung. Es geht jetzt nur noch um ein erträgliches letztes Stückchen im Leben meiner Patientin. Sie will noch nicht sterben, sie will leben: um Ordnung in die zurückbleibende Restfamilie zu bringen. Sie plant das Weiterleben ohne Frau und Mutter.

Mein Beitrag: das Gespräch. Da zu sein. Keine Medizin mehr außer einer erleichternden Schmerzbehandlung. Gelegentlich muß zur Entlastung etwas Wasser aus dem unmäßig aufgetriebenen Bauch entnommen werden. Aber sonst: keine Medizin-Technik, keine Apparate.

Die Gewichte verlagern sich. Auch und besonders auf die Hausärztin, die Gemeindeschwester, die Angehörigen.

Die Patientin wollte die letzten Tage in der vertrauten Umgebung ihres Hauses sein.

Der Bogen ist geschlagen vom Einsatz aller erforderlichen Mittel bis hin zum Begleiten beim Sterben, von der teuren elektronischen High-Tec-Medizin bis hin zum Küchenstuhl am Krankenbett, auf dem abwechselnd die Gemeindeschwester oder die Hausärztin sitzen, bis zum Ende des Lebens unserer Patientin.

Alle Medizinischen Probleme haben damit wohl ihr Ende gefunden.

Die ärztliche Aufgabe hierbei war schwierig und bewegend.

Ob es offene theologische Fragen bei diesem Verlauf gibt, weiß ich nicht recht.

Der Besuch eines Pfarrers hier und da jedenfalls wäre sicher gut gewesen.....