

Medizin und Theologie im Gespräch

Verzicht

Eine neue alte Tugend in der Medizin ?

- Vortrag und Diskussion -

Donnerstag, den 7. 4. 2011, 19.30 bis 22.00 Uhr

Der Fortschritt der Medizin hat dazu geführt, dass Grenzen des Lebens nicht nur erweitert, sondern zum Teil auch überschritten wurden. Neue Fragen werden gestellt: Müssen und dürfen wir alles tun, was wir können? Dient alles, was der medizinische Fortschritt vermag, dem Wohl der Patienten? Und können wir bezahlen, was medizinisch möglich ist? Nicht nur Patienten und deren Angehörige, auch Mediziner, Theologen, Ethiker und Ökonomen sprechen zunehmend von Verzicht und von der Begrenzung von Diagnostik und Therapie.

Referenten:

Prof. Dr. med. Thomas Heinemann Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Prof. Dr. Eberhard Hauschildt Evangelisch -Theologische Fakultät der
Universität Bonn

Ulrich Lemm Leitender Krankenpfleger
im Johanniterkrankenhaus Bonn

Patient/Patientin

Einführung: Pfarrer Walter Koll, Klinikseelsorger am Uniklinikum Bonn

Moderation: Prof. Dr. Axel von Dobbeler, evangelisches Forum Bonn

Veranstalter:
Katholische und Evangelische Klinikseelsorge UKB
Evangelisches Forum Bonn
Katholisches Bildungswerk Bonn

Gefördert durch:



Einführung von Pfarrer Walter Koll

Ich begrüße Sie alle ganz herzlich, meine sehr verehrten Damen und Herren, zu dieser Dialogveranstaltung. Ich begrüße Sie im Namen der Veranstalter: der kath. und ev. Klinikseelsorge hier auf dem Venusberg; im Namen der Bildungswerke der beiden Kirchen hier in Bonn und im Namen der evangelischen Stiftung Krankenhausseelsorge Bonn, die im Foyer einen Tisch mit Informationen und mit Exemplaren von Dokumentationen vergangener Dialogveranstaltungen aufgebaut hat.

Die heutige Veranstaltung findet statt mitten in der Fastenzeit, die eine Zeit des Innehaltens sein möchte; die Gelegenheit geben möchte, unser Leben, unsere Lebensgestaltung, unsere Lebensvollzüge zu bedenken; die wir dazu nutzen können, unser Handeln und Denken und deren Folgen kritisch zu befragen. Und sie ist eine Zeit, in der wir eingeladen sind zu Verzicht, das heißt zu einer bewussten und freiwilligen Selbstbeschränkung in einem oder mehreren Bereichen der eigenen oder auch gesellschaftlich relevanten Lebensführung.

Der heutige Abend dient – nach unserer Vorstellung als Veranstalter – der Kombination der beiden genannten Ziele der Fastenzeit: dem Innehalten und Bedenken und darin dem In-Blick-Nehmen des Verzichtes in einem wichtigen Teilbereich des menschlichen Lebens: im Bereich von Gesundheit bzw. Krankheit und der Medizin.

Die heutige Hochleistungsmedizin hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten riesige Fortschritte gemacht, hat die Grenzen des Machbaren und die Grenzen der Lebenserwartung weit ausgedehnt und dabei viele ethische Fragestellungen aufgeworfen, mit denen sich bundesweit hochrangig besetzte Ethik-Kommissionen beschäftigen (ich nenne hier exemplarisch und stichwortartig nur die zur Zeit vieldiskutierte Prä-Implantations-Diagnostik, die Organtransplantation, aber auch die Intensiv-Medizin in manchen Facetten).

Verzicht als freiwillige Selbstbeschränkung betrifft dann als beteiligte Personenkreise sowohl die Patienten bzw. deren Angehörige als auch die Ärzteschaft.

Für die Ärzte stellt sich dabei die Frage: darf ich verzichten – auf diagnostische Möglichkeiten, auf Therapie-Einsatz; muss ich immer alles tun, was medizinisch möglich ist?

Für die Patienten und ihre Angehörigen stellt sich die Frage: darf ich verzichten auf Behandlung; bin ich als Christ verpflichtet, alles an mir und mit mir tun zu lassen, was die ärztliche Kunst und die medizinische Technik mir bietet? Muss ich mein Leben erhalten um jeden Preis? Eine Antwort auf diese Frage ist ja unter anderem die Patientenverfügung.

Es stellt sich aber auch für die Gesellschaft die Frage, ob Verzicht erlaubt oder geboten ist, ob wir uns alles leisten können, was die Medizin leistet.

Verzicht steht in diesen Fragestellungen versus Machbarkeit, versus Leistung bzw. Anspruch, steht versus dem Zwang zum Wachstum, der auch durch die Ökonomisierung in die Medizin Einzug gehalten hat. Verzicht steht so versus die gängigen Denk- und Verhaltensweisen unserer Zeit – nicht nur, aber eben auch in der Medizin und ihrer Nutzung bzw. Anwendung.

Was wir brauchen in unserer Gesellschaft ist eine Ethik des Verzichtes. Und diese Ethik des Verzichtes brauchen wir auch im Bereich der Medizin. Dabei geht es meines Erachtens vorrangig um die Frage, was dem Leben dient, was dem Wohl des Patienten dient. *Salus aegroti suprema lex* – das Heil der Kranken ist die oberste Richtschnur, heißt ein alter Grundsatz in der Medizin.

In gewohnter Weise werden wir an diesem Abend versuchen, das Thema aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten und in den Dialog darüber zu treten.

Wir haben Gäste eingeladen, die aus ihrer jeweiligen fachlichen Sicht zu unserem heutigen Thema Stellung nehmen werden.

Ich begrüße Herrn Prof. Dr. Eberhard Hauschild von der evangelisch-theologischen Fakultät der Universität Bonn, der vor 11 Jahren bei unserer allerersten Dialogveranstaltung schon einmal unser Gast war.

Ich begrüße Herrn Prof. Dr. Thomas Heinemann, der bis vor Kurzem hier an der Uniklinik Bonn tätig war und der nun als Mediziner an der philosophisch-theologischen Hochschule der Palottiner in Vallendar lehrt.

Ich begrüße Herrn Ulrich Lemm, der viele Jahre an der Med. Poliklinik in der Wilhelmstraße tätig war und nun am Johanniter-Krankenhaus leitender Stationspfleger ist.

Üblicherweise haben wir auch immer eine/n Betroffene/n als Gast. Diesmal ist es leider nicht gelungen, eine entsprechende Person zu finden.

Als Moderator dieses Abends begrüße ich als alten Bekannten Herrn Prof. Dr. Axel von Dobbeler, den Leiter des Evangelischen Forums Bonn.

Ich wünsche uns allen einen interessanten und diskussionsreichen Abend.

Vortrag von Prof. Thomas Heinemann

„Verzicht – eine neue alte Tugend in der Medizin“: War der Verzicht wirklich je eine *alte* Tugend in der Medizin? Ich bezweifle es. Eher glaube ich, dass lange Zeit in der Medizin die Unwissenheit, das Nicht-reagieren-können auf Leid, das selbst wieder Leid erzeugte, und die Not im Vordergrund stand. Es gab daher nichts, worauf man hätte verzichten können. Zum Teil ist das wohl auch heute so.

Ist der Verzicht vielleicht eine *neue* Tugend in der Medizin? Hierfür müssen wir versuchen zu beschreiben was wir mit „Verzicht“ meinen. Man könnte Verzicht bezeichnen als das bewusste Unterlassen einer Handlung, für die mir die Mittel, die Fähigkeiten und die Instrumentarien zur Verfügung stehen und die ich daher durchführen könnte. Auf der Grundlage dieser Beschreibung gibt es mehrere Deutungen von Verzicht: Es gibt einmal das subjektive Verzicht-wollen, so z. B., wenn ich mir vornehme, in der Fastenzeit keine Schokolade zu essen. Es gibt zum anderen eine Art von Verzicht, die im Kontext der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Handlungen im Hinblick auf Zielsetzungen steht. Bereits in den Zielsetzungen drückt sich ein Verzicht aus. Ich denke, um eine solche Art des Verzichts handelt es sich vorwiegend im Kontext der Medizin, und diese Art des Verzichtes soll in der Folge behandelt werden.

Für einen solchen Verzicht kann es verschiedene Gründe geben:

Es kann *ethische* Gründe geben, Handlungsweisen, die wir ausführen könnten, nicht anzuwenden. Als ein Beispiel kann etwa das Verfahren der Präimplantationsdiagnostik (PID) angeführt werden. Zwar haben wir die Mittel, Fähigkeiten und Instrumentarien für die Identifizierung von Gen-„Defekten“ bereits in frühesten Entwicklungsstadien des Menschen entwickelt, Handlungsweisen, an die man vor wenigen Jahren schlechterdings nicht dachte. Gleichwohl gibt es in Bezug auf die Anwendung dieses Verfahrens fundamentale Einwände, die gute Gründe liefern, auf die Anwendung dieser Möglichkeiten zu verzichten.

Es gibt *medizinische* Gründe für Verzicht. Ein Beispiel wäre etwa die künstliche Ernährung eines moribunden Patienten, die die Frage aufwirft, wieweit es sinnvoll ist, bestehende medizinische Handlungsmöglichkeiten anzuwenden. Auch bei dieser Frage treten Verzichtsmomente in den Vordergrund.

Es gibt *ökonomische* Gründe, es gibt *soziale* Gründe, Gründe der *Gerechtigkeit*, *rechtliche* Gründe, *religiöse* Gründe und individuelle, *persönliche* Gründe für Verzicht.

In der Medizin bewegen wir uns meiner Meinung nach gegenwärtig tatsächlich in Debatten, die Momente des Verzichts im oben genannten Sinne – die bewusste Nichtanwendung bestehender Handlungsmöglichkeiten – erkennen lassen. Beispiele hierfür findet man etwa in den Debatten um die Patientenverfügung, um die Rationierung bzw. Rationalisierung im Gesundheitswesen oder um die Therapiezielbestimmung. In der in Politik und Öffentlichkeit kontrovers diskutierten Debatte um die Patientenverfügung wird ein bewusster Verzicht auf wahrscheinlich durchaus zielführende und sinnvolle Therapie und ärztliche Handlungsmöglichkeit artikuliert. In dem Diskurs um Rationierung bzw. Rationalisierung geht es um die Frage, was mit den verfügbaren Ressourcen im Gesundheitssystem zu leisten ist und welche Kriterien für die Leistungsvergabe heranzuziehen sind. So sind etwa die Fragen nach den Kriterien zu klären, nach denen medizinische Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, etwa ob bei einem 80-jährigen Patient bereits aus Gründen seines Alters auf kostspielige Behandlungen verzichtet werden soll oder welche Kriterien für eine solche Entscheidung gegebenenfalls eine Rolle spielen (dürfen). Und bei der Therapiezielbestimmung geht es um die Frage, ab welchem Zeitpunkt bzw. welchem Zustand die Entscheidung gerechtfertigt ist, von dem ursprünglichen kurativen Therapieziel abzurücken und die Zielrichtung der Palliation, also einer schmerzlindernden Therapie, einzuschlagen.

Diese Diskurse lassen sich unter dem Thema des Verzichtes betrachten. Sie zeigen zugleich, dass mit der Frage nach einem Verzicht ganz unterschiedliche Entscheidungsträger befasst sind. Im Falle der Patientenverfügung verzichtet der Patient durch seine Unterschrift unter seine Verfügung, bei der Rationierung bzw. Rationalisierungsdebatte ist es die Politik bzw. Gesellschaft, die die Verzichte formuliert, bei der Therapiezielbestimmung ist es – in der Regel – der Arzt. Allen diesen Diskursen ist offenbar gemeinsam, dass ihnen eine starke Verunsicherung in wesentlichen Fragen zugrunde liegt. Eine solche Frage betrifft z.B. den Wert des menschlichen Lebens an sich. Dieses wurde lange Zeit als absolut unverfügbar angesehen, sowohl in der Rechtsprechung wie auch in den Aussagen verschiedener Religionen. Vor diesem Hintergrund waren in der Medizin die Rettung und der Erhalt des Lebens von Menschen unter allen Umständen geboten. Gegenwärtig scheinen diese Handlungsgrenzen verschiedentlich in Frage zu stehen. So wird versucht, menschliches Leben anhand objektiver Maßstäbe nach seiner subjektiven „Qualität“ zu bewerten, und diese Lebensqualität orientiert sich stark an dem Begriff der Personalität. Die Fähigkeit von personalen Handlungsvollzügen wird in diesem Ansatz als Kriterium für die Zielsetzung ärztlichen medizinischen Handelns gesehen. Aber was verstehen wir eigentlich genau unter der „Person“? Wann können wir von Personen reden und zu welchen Handlungen sind wir verpflichtet bzw. welche sind uns erlaubt, wenn die Person nach unserem Dafürhalten erloschen ist? Und vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie wir Lebensqualität quantitativ und qualitativ erfassen können bzw. wollen? Eine weitere Verunsicherung bezieht sich auf das Arzt-Patient-Verhältnis, nämlich die Frage, in welchem Verhältnis die Fürsorge des Arztes und die Selbstbestimmung des Patienten zu stehen hat. Die Debatte über die Patientenverfügung ist im Kern eine Debatte über die Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung des Individuums. Der Patient möchte für bestimmte Situationen die Anwendung bestimmter medizinischer Handlungsmöglichkeiten ausschließen. Es ist dabei unschwer zu erkennen, dass seitens der Patienten einer stark fürsorglichen Intention der Ärzte Misstrauen entgegengebracht wird. Aber wer kann für eine Situation, die er nicht kennt und in der Regel nicht kennen kann, verantwortlich eine rechtlich relevante Erklärung mit Verzicht auf lebensrettende Maßnahmen verfassen? Wie will jemand, der noch nie auf einer Intensivstation behandelt wurde und keine Kenntnis hat über Prognosen und medizinische Handlungsmöglichkeiten irgendwelche belastbare Bestimmungen treffen?

Verunsicherungen beziehen sich auch auf dasjenige, was sprichwörtlich ganz sicher ist, nämlich den Tod. Die gegenwärtig neue auflebende Hirntod-Debatte hat die Frage zum Hintergrund, auf welche Weise wir den Tod denken und beschreiben können. Ist es der Tod der Person, der für unseren Todesbegriff Relevanz besitzt, oder ist es der Tod des Körpers? Ist es der Tod des Geistwesens oder des Leibes? Und wie lässt sich gegebenenfalls der Tod der Person empirisch sicher feststellen? Neben diesen grundsätzlichen Fragen existiert gerade in der Hirntod-Frage offenbar ein gewisser Drang zu einem sozial motivierten Altruismus, insofern das Hirntod-Konzept und die Hirntod-Diagnostik die entscheidenden Voraussetzung für die Entnahme von Körperorganen darstellt; die öffentliche Debatte über Zustimmungs- und Widerspruchslösungen bei der Organentnahme mag dies veranschaulichen.

Und auch über die Rolle der Patienten herrscht offenbar Verunsicherung vor dem Hintergrund, dass eine merkwürdige Dichotomie zwischen dem Begriff des „Patienten“ und der „Fallpauschale“ (DRG, diagnosis related groups) in der medizinischen Praxis Einzug hält

Solche Verunsicherungen lassen oftmals den Ruf nach einer Entscheidungsinstanz laut werden. Bereits in der Geschichte bildeten sich in gewisser Weise jeweils Gegenbewegungen zum medizinischen und biotechnologischen Fortschritt, die versuchten, die naturwissenschaftlichen Entwicklungen in einen spezifischen Deutungszusammenhang zu stellen. So wurde die Medizin – nachdem sich in der Mitte des 19. Jahrhundert die Biologie als eigene Fachrichtung etablierte, die das Leben und die Mechanismen des Lebens erforschte – zum Ende des 19. Jahrhundert in erster Linie als eine angewandte Naturwissenschaft gesehen. Viele Zusammenhänge in der Medizin konnten von nun an auf der Grundlage der Biologie weitaus besser als mit philosophischen

Konzepten erklärt werden. Diese einseitige Ausrichtung führte dann in den 1920er Jahren zur Entwicklung der Medizinischen Anthropologie in Deutschland, die zum Ziel hatte, die Dimension des Personalen, die eben durch diese stark biologisch-naturwissenschaftliche Sicht verloren zu gehen drohte, wieder in die Medizin zurückzuholen und zu integrieren. In den 1950er Jahren bildete sich die medizinische Soziologie als eine Fachrichtung heraus, die versuchte, die Medizin als ein gesellschaftliches Phänomen zu formulieren und ihre sozialen Bezüge zu definieren. Spätestens in den 1980er Jahren wurden die Handlungsmöglichkeiten in der Medizin in einer Weise komplex, die die Frage aufwarf, wie mit den neuen Herausforderungen in normativer Hinsicht umzugehen sei. Es bildete sich auch in Kontinentaleuropa – in der Folge einer weitaus länger zurückreichenden angelsächsischen Tradition – eine medizinische Ethik als Fachrichtung heraus. Diese stellt allerdings auch gegenwärtig noch keineswegs eine geschlossene Lehre mit konsentierten akademischen Curricula dar, so wie selbst über die Bezeichnung als klinische Ethik, biomedizinische Ethik, medizinische Ethik oder Forschungs-Ethik derzeit noch Unklarheit herrscht.

Wesentliche Gründe für die Entwicklung der Medizin-Ethik waren demnach zum einen neue Entwicklungen in der Medizin, für deren normative Bewertung keine Vorgängerszenarien existierten und daher ein einfacher Rückgriff auf Bewährtes nicht möglich schien. Als ein Beispiel hierfür kann etwa die Organtransplantation genannt werden, zweifelsohne aber auch die praktische Verfügbarkeit des frühen menschlichen Lebens im Reagenzglas durch die Methode der In vitro-Fertilisation (IVF). In jüngerer Zeit sind es Handlungsbereiche wie die Gentechnologie, die Molekulare Medizin oder die Erzeugung bioelektronischer Schnittstellen, die moralische Überzeugungen und Intuitionen, mit den wir bisher Handlungsweisen in der Medizin hinreichend gut bewerten konnten, als nicht mehr eindeutig anwendbar erscheinen lassen. Die Medizin-Ethik operiert allerdings auch in einem soziologisch sich veränderndem Umfeld. So ist z.B. neben der bereits genannten gegenwärtig starken Akzentuierung des Selbstbestimmungsprinzips, das vor allem die Debatte um die Patientenverfügung bestimmt, in der Gesellschaft zunehmend ein neues Anspruchdenken gegenüber Ärzten, Pflegenden und den staatlichen Versorgungssystemen zu erkennen. Jedem im Gesundheitsbereich Tätigen ist bekannt, wie schwierig es manchmal ist, mit solchen Konsumentenhaltungen umzugehen

Die Medizin-Ethik hat vor allem die Aufgabe, Entscheidungsprozesse transparent zu machen, indem sie die naturwissenschaftlich-medizinischen Zusammenhänge klarlegt sowie die normativen Argumente analysiert und gewichtet. Das bedeutet nicht, dass die Medizin-Ethik notwendig Entscheidungen trifft, sondern dass sie in erster Linie das Instrumentarium zur Verfügung stellt, um Entscheidungen treffen zu können. Das Transparentmachen von Entscheidungsmöglichkeiten und ihres normativen Hintergrunds kann zu dem Ergebnis führen, reflektiert auf bestimmte Handlungsmöglichkeiten zu verzichten. Solcher Verzicht kann sich ebenso auf eine gesamtgesellschaftliche wie auf eine individualspezifische Ebene beziehen.

Gerade auf letzterer Ebene, die im Kontext der Medizin durch das Arzt-Patient-Verhältnis charakterisiert ist, kann die Wahl von Handlungsmöglichkeiten im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient besprochen und festgelegt werden. Der normative Kontext des Arzt-Patient-Verhältnisses ist durch die Medizin-Ethik definiert worden. Demnach ist die Legitimation ärztlichen Handelns an drei Voraussetzungen gebunden: (1) Die Notwendigkeit der Handlung, (2) der Individualnutzen dieser Handlung für den Patienten und (3) die Einwilligung des Patienten in die Handlung. Die ersten beiden Kriterien stehen in enger Beziehung zueinander: Die Notwendigkeit der Handlung muss sich immer auf den Individualnutzen beziehen, und der Individualnutzen muss immer die Notwendigkeit der Handlung voraussetzen. Denn würde nur die Notwendigkeit in den Blick genommen, würden nur medizinische Regeln an einem Patienten exekutiert und die individuelle Person aus dem Blick verloren; würde hingegen nur der Individualnutzen für den Patienten in den Blick genommen, würde jegliche Wissenschaftlichkeit und Objektivität in der

Medizin und ihrer Anwendung verloren gehen. Nur die reziproke Beziehung von Notwendigkeit und Individualnutzen stellt ein starkes Legitimationskriterium dar, das in dem Begriff der „medizinischen Indikation“ seinen Ausdruck findet. So existieren mit der medizinischen Indikation und der Einwilligung des Patienten zwei wesentliche Kriterien für die Legitimation eines ärztlichen Eingriffs. Die amerikanischen Bioethiker Tom Beauchamp und James Childress entwickelten auf diesem Hintergrund die so genannten vier Prinzipien der Bioethik, namentlich das Prinzip der Selbstbestimmung (autonomy), das Prinzip des Handelns zum Wohle des Patienten (beneficence), das Prinzip des Nichtschädigens des Patienten (non-maleficence) und das Prinzip der Gerechtigkeit (justice), die weitverbreitet anerkannt sind.

Als Wissenschaft arbeitet die Medizin-Ethik mit wissenschaftlichen, d.h. verallgemeinerbaren und allgemein anerkannten Methoden, die systematisch gelehrt werden können und müssen. Es ist offensichtlich, dass bei zunehmender Komplexität medizinischer Entscheidungen nicht nur Studenten der Medizin, sondern auch praktizierende Ärzte einer diesbezüglichen Ausbildung und fortlaufender Weiterbildung bedürfen, um ihre ethische Urteilskompetenz zu stärken und etwa auch den Verzicht auf verfügbare medizinische Handlungsmöglichkeiten reflektiert begründen zu können. Komplementär hierzu müssen geeignete Ethik-Strukturen in Krankenhäusern und Kliniken geschaffen werden; so wäre es auch für die Universitätsklinik Bonn (UKB) nach mittlerweile über fünfjährigen intensiven Bemühungen der Arbeitsgemeinschaft Ethik am UKB und zahlreichen Eingaben an die Entscheidungsgremien an der Zeit, ein klinisches Ethik-Komitee zu etablieren.

Vortrag von Prof. Dr. Eberhard Hauschildt

Drei Perspektiven auf das Thema möchte ich in meinen Ausführungen entfalten: Zum einen möchte ich berücksichtigen, dass wir bei unserem Reden von Verzicht von kulturellen Gegebenheiten umgeben sind, die unseren spezifischen Kontext bilden. Sodann möchte ich als Praktischer Theologe Erfahrungen aus der Seelsorge und theologisch bedeutsame Bilder einspielen, und schließlich geht es mir um Fragen der ethischen Aufmerksamkeit.

Voranschicken möchte ich: Ich bin kein (theologischer) Spezialist für Medizinethik, sondern spreche aus dem Blickwinkel des Praktischen Theologen, der an der Universität zu Seelsorge und Diakonie forscht und lehrt. Außerdem rede ich auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen aus den letzten 1 ¾ Jahren mit drei Sterbeprozessen in der Familie, mit denen ich zu tun hatte und wo in allen drei Fällen auch die Frage auftauchte, auf welche medizinisch möglichen Behandlungen man verzichtet.

Ich habe meine Ausführungen so aufgebaut, dass ich insgesamt zehn Thesen vorstelle und sie jeweils erläutere.

1. Verzicht ist eine kulturelle Errungenschaft.

Ein kleines Kind weiß es noch nichts vom Verzicht. Wenn es älter wird, lernt es, etwas auf später zu verschieben. Bei entsprechenden Experimenten wurden Kinder vor die Alternative gestellt, etwa eine kleine Süßigkeit jetzt zu bekommen oder stattdessen eine viel größere, auf die aber länger gewartet werden muss. Da zeigte sich klar: Erst ab einem bestimmten Alter entscheiden Kinder sich für den zeitlichen Aufschub, weil dafür mehr Belohnung winkt. Überhaupt, so die Tiefenpsychologie, lernen Menschen, Impulse und Triebe zu „sublimieren“, d.h. auf ihre unmittelbare Verwirklichung zu verzichten und die dort bestehende Energie auf andere Gegenstände und Tätigkeiten zu übertragen. Auch mal verzichten zu können, das erwarten wir voneinander; es gilt uns als eine menschliche Tugend.

2. Verzichten können heute findet in der Überflussgesellschaft statt.

Wir leben in unserer Gesellschaft mit der Erfahrung: Alles ist vorhanden – z.B. an Nahrungsmitteln: Erdbeeren etwa gibt es in den Geschäften zu jeder Zeit im Jahr. Wir leben mit der Erfahrung: Alles ist vor Augen – ein gesundes und schönes Leben in Reichtum; der Fernseher führt es uns jederzeit vor. Alles ist eine Sache der eigenen Wahl. Das gilt für die großen Fragen: Welchen Beruf soll ich wählen? Wo soll ich leben? Mit welchem Partner, welcher Partnerin zusammenleben? Und es gilt tagtäglich: Brot und Seife kann man nicht mehr einfach kaufen, sondern man wird beim Kauf unweigerlich vor die Entscheidung zwischen 15 Brotsorten beim Bäcker und 50 Duschgels im Supermarkt gestellt.

Alles vor Augen, alles auch anscheinend wählbar – ein glückliches Leben zu führen, dazu gehört dann gerade nicht, alles ausprobiert und gewählt zu haben, sondern ein bewusster Verzicht, also damit zu leben, dass ich immer auch noch anderes haben und wählen könnte, und es nun aber nicht habe und nicht (mehr) wähle. Seelsorge in dieser Situation der Postmoderne, so hat es einmal ein Theologe formuliert, steht vor allem vor der Aufgabe zu begleiten bei der Einübung in die Selbstbegrenzung.

3. Religion ermutigt zum Verzicht und liefert andere Gründe für den Verzicht.

Man kann verzichten wollen, weil es für einen selbst am besten ist, z.B. wenn man eine Diät macht. Religion aber redet von etwas anderem, dem Verzicht um des andern willen: Du sollst nicht töten, lügen, stehlen, Ehebrechen – diese Lebensregeln sind dazu da, um vor mir zu schützen. Nicht verzichten zu können ist eine teuflische Gefahr. Jesus, so heißt es in der Bibel, wird am Anfang seiner Tätigkeit vom Teufel selbst in die Wüste geführt (Matthäus-Evangelium Kap. 4). Der bietet ihm an: Du kannst alles haben: Brot hier in der Wüste, Unverletzbarkeit – stürz dich ruhig von der Zinne des Tempels, allen Reichtum und alle Macht der Welt. Das hat freilich auch seine Kosten: Du

musst dem Teufel untertan werden. Jesus besteht die Versuchung; er verzichtet, er wählt den anderen Weg.

4. Verzichten wollen und verzichten müssen machen einen Unterschied aus – und sie sind doch aufeinander bezogen.

Verzichten wollen ist die eine Sache. Verzichten zu müssen, dazu kann eine Krankheit zwingen. Ich kann nicht mehr das haben, was ich früher hatte, und so leben wie früher. In der Reaktion auf das Kranksein finden sich dann zwei Haltungen: Widerstand (nicht verzichten wollen) und Ergebung (verzichten können). Die Bibel erzählt in den Geschichten über Jesus, den Wunderheiler, vom Sieg gegen Krankheiten, ebenso wie von dem Apostel Paulus, der mit seiner Krankheit als, wie er es nennt, einem „Pfahl im Fleisch“ (2. Korintherbrief Kap. 12 Vers 7) lebt. Und von Hiob, der Widerstand leistet gegen die Freunde, die von ihm nichts als Ergebung erwarten, den sogar Gott selbst lobt für diesen Widerstand (Buch Hiob Kap. 42, Verse 7 ff) und der dann doch zum Schluss wieder einstimmen könnte in sein Wort vom Anfang des Hiobbuches „Der Herr hat’s gegeben, der Herr hat’s genommen, gelobt sei der Name des Herrn.“ (Hiob Kap. 1, Vers 21) In der Bibel wird auch an einer Stelle durch Jesus der weit verbreiteten Vorstellung, Krankheit sei eine Strafe von Gott, energisch widersprochen (Johannesevangelium Kap. 9, Vers 3).

Keine vorschnellen Eindeutigkeiten im Umgang mit der Krankheit! Gott stützt im Kampf gegen die Krankheit und manchmal ist der Kampf, wie bei Hiob, zugleich so wie ein Kampf gegen Gott. Und Gott lehrt Verzicht; Glauben stützt dabei, im Vertrauen auf Gott verzichten zu können.

5. Die moderne medizinische Situation ist Teil der Gesellschaft: Fast alles ist technisch möglich und könnte gewählt werden.

Der medizinische Sektor ist in den letzten 200 Jahren technisiert worden. Der ärztliche Beruf heute ist technisch dominiert. Es geht medizinisch darum, die Grenzen zu erweitern, darum, mithilfe einer immer noch ausgefeilteren Technik immer noch mehr behandeln zu können. Wenn es aufs Lebensende zugeht, dann liegt es bei einer solchen Medizin für Angehörige, die in ihrer Trauer den bevorstehenden Abschied nicht wahrhaben wollen und nun für den Sterbenden eintreten müssen, nahe zu fordern, dass bis zum Letzten alles technisch nur Mögliche getan wird. Die Patienten selbst hingegen sind dabei eher vom Wunsch geleitet nach einem ruhigen und schmerzlosen Leben und Sterben. Aber manchmal kann es auch umgekehrt sein: dass Patienten nicht Grenzen wahrhaben wollen oder dass Angehörige lieber einen schnellen und ruhigen Tod des Angehörigen wollen. Auch beim Tod möchten wir die Wahl haben, sei es alles tun zu können, sei es auf einen Tod ohne Leid.

6. Ob gewollt oder nicht: Verzicht ist teils nötig, teils möglich.

Ethisches Nachdenken über das Handeln wird da nötig, wo nicht alles klar ist, sondern Werte oder Güter gegeneinander stehen, wo Hierarchie der Werte und Güter unsicher ist. Wo es um deren Abwägung gegeneinander in einer konkreten Situation geht, da tun sich ethische Dilemmata auf: Was auch immer ich tue, es ist auch ethisch falsch. Das macht die Entscheidungen so schwer. Angesichts von ethischen Dilemmata halte ich es nicht für angebracht, die ethisch verantworteten Entscheidungen darauf auszurichten, dass man selbst im Handeln möglichst rein und sündlos bleibt, egal was davon die Folgen für andere sind.

Je mehr medizinische Handlungsmöglichkeiten vorhanden sind, müssen alle Beteiligten, die medizinisch Tätigen, die Angehörigen, die Patienten, müssen wir selbst Verantwortung übernehmen an den Grenzen von Leben und Tod – und kommen dabei nicht sündenfrei heraus. Aber gleichwohl sollten wir versuchen, den Umfang von falschem Handeln möglichst klein zu halten.

Für drei Bereiche möchte ich das zeigen:

7. Ökonomie – Verzichten müssen, weil es nicht bezahlbar ist

Die Ressourcen sind endlich. Das Maximum von allem, was medizinisch zu tun theoretisch möglich ist, können wir in der Gesellschaft nicht bezahlen. (Oder auch: wir wollen die Medizinkosten /

Krankenversicherungskosten nicht unbegrenzt erhöhen) Aber wie bestimmt man sinnvoll die Grenzen und die Bereiche für den Verzicht? Nach welchen Kriterien soll vergleichend abgewogen werden, welche medizinische Behandlung oder Diagnose durchgeführt wird oder nicht?

Leichter ist zu sagen, was nicht geht:

- Unerträglich ist es, wenn dies einfach nach Altersgesichtspunkten gemacht würde und damit ältere Menschen abgewertet werden dahingehend, dass sich bei ihnen der medizinische Einsatz nicht mehr lohnt.
- Unerträglich ist auch, wenn das Einkommen oder die Krankenkasse, in der jemand ist, den Faktor darstellt, der bestimmt, worauf verzichtet werden muss und worauf nicht. Eine solche Zweiklassenmedizin ist ethisch nicht zu rechtfertigen.
- Unerträglich ist auch, wenn es ein bloßer Zufall ist, welche Ressourcen gerade in der Klinik vorhanden sind, der darüber entscheidet, was getan wird und was nicht.

Wenn wir ehrlich sind, dann müssen wir aber auch sagen: De facto wirken alle diese Kräfte schon jetzt, nur ist das in den meisten Fällen nicht so genau sichtbar und bekannt. Mir scheint, dass der ethisch angemessenste Weg in einer solchen Situation doch – wie ja auch mancherorts vorgeschlagen – daran besteht, über einen komplexen **Punktecatalog** sich zu verständigen, aus dem sich ergibt, welche Behandlungen mehr und welche weniger zu rechtfertigen sind. In einen solche Katalog gehen viele Faktoren ein: die Wahrscheinlichkeit des positiven Effekts, die Kosten, der prognostizierte Gesundheitszustand, um nur ein paar zu nennen. Der Unterschied zur Situation, wie wir sie schon haben, besteht darin: Über solch einen Punktecatalog würde es einen deutlicheren öffentlichen Diskurs geben. Nämlich darüber, wie viel wir uns in der Gesellschaft leisten wollen, was davon der ausgleichenden Gemeinschaft aller als Last auferlegt wird und was sich der einzelne, wenn er es will, selbst finanzieren muss. De facto wird schon längst begrenzt, mal von den Kassen und das je unterschiedlich, mal von der Politik, mal von dem Krankenhaus. Größere Durchsichtigkeit halte ich hier für nötig. Allerdings: Einfacher wird die gesundheitspolitische Debatte dadurch gerade nicht.

8. Schmerz und Leid – Verzichten dürfen, wenn es keine Aussicht auf Erfolg gibt

Bei der medizinischen Behandlung gibt es keine 100%ige Garantie auf Erfolg. Es sind eben Wahrscheinlichkeiten, die sich im Voraus mehr oder minder bestimmen lassen. Gerade für die Entscheidung, ob man medizinisch noch etwas tun könne oder ob es allein noch darum gehe, Schmerzen zu lindern, selbst wenn dies den Sterbeprozess beschleunigt, hat man es mit Wahrscheinlichkeitsurteilen zu tun. Deutschland hat schlechte Erfahrungen in seiner Geschichte gemacht mit der sogenannten Euthanasie, die unter den Nazis nichts anderes als ein Morden war. Darum sind wir hier sehr vorsichtig, der Medizin einen größeren Handlungsspielraum zum Verzichten zu erlauben. Die Ärzte als Entscheider und die Pflegekräfte als Durchführende brauchen aber eine stärkere **rechtliche Sicherheit**, dass sie beim Verzicht auf etwas, das technisch machbar wäre, nicht gleich wegen unterlassener Hilfeleistung verklagt werden können. Und gleichzeitig muss dem ein **kontrolliertes Verfahren** gegenübergestellt werden, das gegen Missbrauch sichern hilft. Es darf also nicht nur eine Person einsam entscheiden müssen, sondern bei klaren Verantwortlichkeiten ist zugleich wichtig, dass andere gehört werden und in die Entscheidung einbezogen sind. Das ist ja der Grundsatz hinter den Ethik-Komitees.

9. Sterben in Würde – auf maximale Lebenszeit verzichten wollen, um einen guten Abschied zu bekommen

Bewusst sich auf das eigene Sterben vorbereiten zu können, den Abschied zu durchleben und zu gestalten, ist ein hohes Gut. Es wird viel zu wenig geachtet. Und der Verzicht von medizinischem Handeln kann helfen, das zu ermöglichen. Allerdings, vielleicht will dies auch nicht jeder oder es kann auch nicht jeder damit umgehen, sich so auf den Tod vorzubereiten. Sterben zu Hause im Kreis der Familie ist ein vielfach geäußerter Wunsch. Allerdings, wo keine Familie da ist, stellt sich die Sache schon anders dar.

Man sieht: Hier geht es um ein **Zusammenwirken von medizinischer Institution, Patienten und ihren Angehörigen**. Wir brauchen einen Sinn dafür, je situativ gemeinsam die beste Möglichkeit zu finden. Und es ist bei allen Beteiligten ein **Wandel in den Einstellungen** und Bewertungen nötig. Der lässt sich nicht befehlen, sondern kann sich nur langsam Stück für Stück vollziehen.

Bei den drei Sterbefällen in meinem Umfeld habe ich die Erfahrung gemacht, wie Verständigungen nötig waren, die zu dem Ergebnis kamen, sich klar zu werden: Für alle Beteiligten ist der Verzicht besser, als für ein physisches Weiterleben um Tage oder Wochen oder in einer Komaisituation auch für eventuell Monate oder Jahre irgendwie noch technisch das Letzte herauszuholen.

10. Ein gutes Verzichten in der Medizin ist eine Aufgabe nicht nur für die Ärzte, Pflegepersonal und Kliniken, sondern genauso für Patienten, Angehörige, Öffentlichkeit, Recht und Gesellschaft überhaupt.

Ich fasse zusammen: Verzichten gilt als eine allgemeine kulturelle Tugend von Individuen. Wir kommen – ob wir wollen oder nicht – um das Verzichten auch in der Medizin nicht umhin, mit jedem technischen Fortschritt um so mehr.

Es stellt solches Verzichten weniger eine individuelle Tugendhaftigkeit in der Medizin dar, bei den Ärzten, sondern gehört eingebettet in einen Sinn fürs Verzichten:

- bei Patienten,
- bei ihren Angehörigen,
- in der öffentlichen Debatte,
- in der Rechtskultur
- und in organisatorischen Verfahren.

Verzicht, das bedeutet dann nicht, dass die anderen, die Medizin das Verzichten lernen soll, sondern dass auch wir, die Gesellschaft und die Öffentlichkeit daran beteiligt sind. Nur so stützen wir die Medizin in dem, was doch ihr Ziel ist, den Menschen zu dienen.

Ein öffentlich diskutierter Punktecatalog, größere Rechts- und Verfahrensklarheit und ein Mentalitätswandel – alles drei sind solche wichtigen Schritte auf dem Weg dahin.

Vortrag von Herrn Ulrich Lemm

Der Frage, ob im medizinischen Entscheidungsprozess auf bestimmte weitreichende diagnostische Maßnahmen oder Therapien verzichtet werden sollte, muss sich die Krankenpflege heute in einem weit höheren Maß, als noch vor fünfzehn oder zwanzig Jahren stellen. – Die Pflege ist in diesen Entscheidungsprozess in vielfältiger Weise eingebunden:

Schwestern und Pfleger werden nach wie vor von den Patienten und deren Angehörigen um eine Meinung gebeten und es gehört immer noch zum Krankenhausalltag, dass die Betroffenen von der Pflegekraft einen Rat haben möchten.

Aber auch zwischen den Berufsgruppen der Mediziner und der Pflegenden findet ein entsprechender Meinungs-austausch statt. Die aktive Beteiligung an Visiten, Team- und Fallbesprechungen ist von beiden Seiten, der ärztlichen, wie der pflegerischen, eine wichtige Kommunikationsplattform zur Meinungsbildung.

Der Kontakt zwischen Patienten und Pflegekräften spielt dabei eine ganz wesentliche Rolle, denn die pflegerische Betreuung umfasst 24 Stunden am Tag, an sieben Tagen in der Woche. – Er beschränkt sich nicht auf eine begrenzte Zeitspanne während der Visiten, medizinisch-therapeutischer oder diagnostischer Aufgaben.

Damit sind die Pflegenden in der Pflicht, Entscheidungen wach und aufmerksam mit zu tragen, zu begleiten und auch zu hinterfragen.

Bei allen Fortschritten in der Medizin, die in einem nicht unerheblichen Maß auch die Arbeit der Pflege berühren, muss die Frage, ob das Machbare tatsächlich im Sinne des Betroffenen wünschenswert und sinnvoll ist, auch von Pflegenden immer wieder neu gestellt werden.

Ein wesentliches Kriterium dabei ist die Frage, in wieweit bestimmte Maßnahmen die Lebensqualität der Patienten positiv beeinflussen. Zum besseren Verständnis meiner Ausführungen will ich Ihnen konkrete Beispiele geben:

Der Austausch von Hüft- oder Kniegelenken ist heute beinahe eine Selbstverständlichkeit. Dabei spielt für den Erfolg der Operation das Alter der Patienten nicht mehr die Rolle, die es vor Jahren noch spielte.

Die Schmerzen, mit denen sich gerade betagte Menschen mit – vereinfacht ausgedrückt – verschlissenen Hüft- oder Kniegelenken herumplagen, lassen sich im fortgeschrittenen Stadium mit Medikamenten nur noch mühsam beherrschen.

Der Bewegungsradius schränkt sich immer weiter ein, die Lebensqualität ebenso. Die betroffenen Patienten, vor allem jene, die das achtzigste Lebensjahr überschritten haben, scheuen oft die Operation, selbst, wenn sie sich vor Schmerzen nicht mehr aus dem Bett rühren können.

Das Machbare ist hilfreich, weil eine wenn u.U. auch eingeschränkte, schmerzfreie Beweglichkeit für den alten Menschen ermöglicht wird.

Die Fürsorge für den Patienten verlangt grundsätzlich von der Pflege ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit und Umsicht.

Dass es in erster Linie die Pflegenden sind, die bei der Patientenaufnahme danach fragen, ob es eine Patientenverfügung gibt, hat seine Berechtigung. Ebenso wie die von Pflegenden in Visiten oft angesprochene Frage, ob dem betroffenen Patienten eine Reanimation oder eine Intensivbehandlung zugemutet werden soll.

In der Regel sind es Pflegekräfte, die in Notsituationen als erste am Patientenbett stehen. In einer solchen für den Patienten lebensbedrohlichen Situation müssen Entscheidungen innerhalb kürzester Zeit gefällt, Schritte in die Wege geleitet sein, die schnelles Handeln erfordern.

Hier ist es mehr als hilfreich, wenn im Vorfeld mit allen Beteiligten eine Vereinbarung getroffen wird. Um Missverständnisse vorzubeugen. Ich rede nicht einer Einstellung das Wort, die Patienten ab einem bestimmten Alter bestimmte medizinische Versorgung vorenthalten.

Aber es ist nach meinem Pflegeverständnis ethisch nicht zu vertreten, bei einem multimorbiden Menschen, der sich womöglich nicht mehr selber äußern kann, in seiner offensichtlich letzten Lebensphase alle Möglichkeiten der Intensivmedizin auszuschöpfen.

Eine besondere Problematik sehe ich in diesem Zusammenhang darin, wenn Angehörige oder Betreuer das medizinisch Machbare einfordern, in dem vermeintlichen Glauben, dem Patienten, der sich möglicherweise nicht mehr selber äußern kann, Gutes zu tun.

Ich denke hier konkret an das Beispiel einer 96jährigen Patientin, die sich auf Grund ihrer demenziellen Erkrankung nicht mehr adäquat ernähren konnte und von ihrem gesamten Krankheitsbild zweifellos in der Endphase ihres Lebens angekommen war.

Sie lebte in einer Altenpflegeeinrichtung und wurde ins Krankenhaus verlegt, um eine Ernährungssonde, eine sogenannte PEG, eine durch die Bauchdecke eingesetzte Magensonde zu erhalten.

Die Initiative zu dem Eingriff ging von der Pflegeeinrichtung aus. Angehörige gab es nicht, eine Patientenverfügung lag nicht vor. Der gesetzliche Betreuer hatte die Einweisung auf Drängen und Wunsch des Altenheimes veranlasst und auf Nachfrage eine intensivmedizinische Weiterbehandlung in Betracht gezogen, falls dies erforderlich sei.

Daraufhin suchte das Pflegepersonal das Gespräch mit dem Chefarzt der Station, der nach Prüfung der Situation die kritische Sichtweise des Pflegepersonals teilte. Nach ausführlicher Beratung mit dem Betreuer unterblieb der Eingriff und die Patientin wurde zum Sterben in ihre Einrichtung zeitnah zurück verlegt. Es bestand Übereinstimmung zwischen ärztlichem und pflegerischem Bereich, dass nicht alle Möglichkeiten der Medizin ausgeschöpft werden.

Für solche und ähnliche Situationen sehen viele Krankenhäuser die Einberufung eines sogenannten „ethischen Konsils“ vor, in dem sich alle am Entscheidungsprozess Beteiligten zusammensetzen, um eine gemeinsame Lösung im Sinne des Patienten zu suchen.

Der Wunsch nach Einberufung eines solchen „ethischen Konsils“ kann selbstverständlich nicht nur von Seiten der Mediziner erfolgen, sondern auch von Seiten der Pflege.

Nach meiner Erfahrung gibt es keine allgemeingültige, verbindliche Antwort auf die Frage, an welcher Stelle Medizin und Pflege besser daran tun, nicht alle Möglichkeiten der Diagnose und Therapie auszuschöpfen.

Es ist eine Entscheidung, die in jedem einzelnen Fall neu bedacht und getroffen sein will.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf das Gespräch mit Ihnen.

Podiumsdiskussion

Herr Prof. Axel von Dobbeler:

„Vielen Dank, Ihnen, Herr Lemm, für Ihre Ausführungen, für die Beispiele, die, glaube ich, dass noch mal sehr plastisch gemacht haben, wie komplex die Fragestellung ist, mit der wir uns heute Abend beschäftigen wollen, meine Damen und Herren Das haben, glaube ich, alle drei Referate sehr deutlich gemacht, dass wir hier ein ganz komplexes Feld vor uns haben, ein ganz komplexes Feld, auch ethischer Entscheidungsfindungen, und wir werden es heute Abend sicherlich nicht schaffen, dass vollständig zu beackern.

Wir wollen zumindest versuchen, an dem einen oder anderen Punkt noch ein wenig in die Tiefe zu gehen.

Sie kommen sehr rasch zu Wort, erlauben Sie mir, dass ich zu Beginn noch eine kleine Runde hier vorne auf dem Podium mache. Ich würde gerne mit Ihnen beginnen, Herr Heinemann, Sie haben zu Beginn Ihres Vortrages gesagt, das Thema des heutigen Abends „Verzicht, eine neue, alte Tugend, der Medizin habe Sie gewundert. Eine alte Tugend sei das nie gewesen; ist es denn, aus Ihrer Sicht, bereits eine neue Tugend, oder stehen wir sozusagen noch am Beginn der Aufgabe, diese Tugend erst zu etablieren?“

Herr Prof. Heinemann:

„Ja, ich denke, Letzteres. Wie schon gesagt, ich habe es auch nicht ganz so von mir gewiesen, das mit der alten Tugend, ich hab' gesagt, ich bezweifle es, nein, ich möchte das noch mal so wiederholen, wie ich es eben gesagt habe, ich glaube, im Sinne eines voluntaristischen Verzichts kann man den Verzicht in der Medizin nicht sehen. Man kann ihn aber sehr wohl sehen als den Versuch der Zielsetzung, d.h. in der Definierung von Zielen, und die Definierung von Zielen kann in der Tat auch eine Einschränkung darstellen, im Hinblick auf Ihre Möglichkeiten; d.h., Sie können ja auch ganz andere Ziele möglicherweise erreichen, aber diese Ziele, die Sie da erreichen wollen, da können sich sehr wohl Schranken in den Weg stellen, nämlich, ethischer Art oder ökonomischer Art oder was auch immer, und das gilt es eben, entsprechend zu definieren.“

Herr Prof. Axel von Dobbeler:

„Wenn ich da noch mal nachfragen darf: Ist denn, aus Ihrer Sicht als Mediziner, die medizinische Praxis, wie sie heute geschieht in den Krankenhäusern, ist die noch so, dass man sagen muss, hier müssen wir eingreifend, also argumentativ eingreifend und ethisch argumentierend hineinwirken, um überhaupt dieses Prinzip des Verzichtes zur Geltung kommen zu lassen, oder ist das, was medizinisch passiert, nicht schon auch in der Praxis vielfach durch das geprägt, was Sie eben ausgeführt haben?“

Herr Professor Heinemann:

„Ja, so würde ich das auch sehen: Es ist in der Tat zunehmend geprägt. Man muss allerdings auch sagen, dass die ethische Reflektion in der Medizin auch in der Tat langsam an Fahrt gewinnt. Insbesondere die privaten Krankenhausträger, die einen ganz großen Wert darauf legen, dass entsprechende Strukturen gebildet werden in ihren Einrichtungen, die vor allen Dingen auch darauf sehen, dass ihre Ärzte ausgebildet werden. Ich sage Ihnen, das kostet eine Menge Geld. Wenn Sie mal so einen Oberarzt zwei Tage auf ein Seminar schicken, und wenn es mehrere Oberärzte sind, dann kostet es noch mehr Geld, aber alles, das machen die. Und von daher ist das auch ein Weg, da würde ich Ihnen auf jeden Fall Recht geben; man muss allerdings auch noch sehen: Es entstehen im medizinischen Fortschritt natürlich immer wieder neue Fragen. Und die müssen dann behandelt werden. Sie müssen erst einmal durchdacht werden. Es müssten Antwortsznarien erstellt werden, und es müssen natürlich diese Antworten auch wieder transportiert werden. D.h., dieser Prozess ist nicht mit dem einmaligen Lernen einer Lösung vergleichbar und auch nicht abgetan, sondern, das

ist ein ständiger Prozess, also, wirklich ein berufsbegleitender Prozess, der da in den Blick genommen werden muss.

Und noch einmal: Die Krankenhausträger müssen das irgendwo ins Budget einstellen, das kommt nicht vom Himmel gefallen.“

Herr Professor Axel von Dobbeler:

„Herr Hauschild, Sie haben zum Schluss Ihres Vortrages ein Stichwort genannt, dass ich gerne noch einmal aufgreifen würde: Mentalitätswandel als eine notwendige Aufgabe, weil Sie darauf hingewiesen haben, dass das, was wir diskutieren, Verzicht als eine Tugend der Medizin, ist eigentlich eingebettet in einen großen gesellschaftlichen Kontext, und es geht darum, einem sehr breiten Mainstream entgegenzuwirken, der von Verzicht eigentlich gar nichts wissen will. Wo könnten Ansatzpunkte liegen, einen solchen Mentalitätswandel herbeizuführen, aus Ihrer Sicht?“

Herr Hauschild:

„Das Erste wäre, dass dieser nötige Mentalitätswandel gewissermaßen alle betrifft. Es sind nicht die Medizinerinnen und Mediziner das Problem. Es sind zugleich die Patientinnen und Patienten das Problem. Es sind zugleich die Angehörigen das Problem. Es ist zugleich der öffentliche Diskurs das Problem. Es ist zugleich das Recht das Problem.

Also, dass dieser Mentalitätswandel nötig ist, ist tatsächlich ein Prozess in der gesamten Gesellschaft, d.h. Veränderungen werden nur Stück für Stück vorangehen. Änderungen sind an jeder Stelle, in der gottesdienstlichen Predigt, in der Rechtsprechung, bei den Ethikkomitees -und ich bin wirklich erschüttert von dem, womit Sie Ihren Vortrag endeten- also, an jeder verschiedenen Stelle möglich. Jede Erfahrung, die Ärztinnen und Ärzte gemacht haben, die Pflegenden machen, die Angehörige, Patienten machen; all' das trägt bei zu einer langsamen Mentalitätsveränderung.“

Herr Professor Axel von Dobbeler:

„Ja, vielen Dank. Herr Lemm. Sie haben auch ein Stichwort genannt, das ich noch einmal aufgreifen möchte, nämlich das ethische Konsil, das notwendig sein könnte und das eben auch durch den Hinweis der Pflegekräfte einberufen werden könnte. Ist das bereits gängige Praxis, oder war das eine Zielvorstellung?“

Herr Lemm:

„Nein, das ist gängige Praxis, meines Wissens gab es das bereits in der Medizinischen Poliklinik, im Johanniter-Krankenhaus ist das Gang und Gebe. Wir haben von Seiten der Pflege schon ethische Konsile einberufen, und wer nimmt daran teil? Daran nimmt teil der behandelnde Stationsarzt, der entsprechende Oberarzt, es nimmt teil die Krankenhauseseelsorge, es nimmt die Pflegedienstleitung teil, die Pflegekräfte, die den Patienten betreuen, die Angehörigen oder aber auch der Patient. In dem Fall, in dem ich an einem solchen ethischen Konsil teilgenommen habe, waren es die Angehörigen. Es wird, im Grunde genommen, das Für und Wider reflektiert und abgewogen, ob man tatsächlich einen Eingriff noch vornehmen soll oder nicht. Das war in diesem konkreten Fall halt auch die Geschichte, wo aus Unwissenheit von einem Betreuer eben tatsächlich ein Eingriff gefordert wurde, weil er in Sorge war, er könnte rechtlich dafür belangt werden, wenn er nicht diesen Eingriff in der Situation verlangt.“

Herr Prof. Heinemann:

„Darf ich da noch eine Ergänzung machen? Das liegt mir immer am Herzen. Das ethische Konsil ist in der Tat, genau, wie Sie es sagen, sicherlich in ganz vielen Häusern eine ganz etablierte Einrichtung. Aber es ist ein Konsil, ein Konsilium, ein Ratschlag; entscheiden tut immer nur der behandelnde Arzt, nie das Ethikkonsil. Es ist immer so, wenn es zu einer Situation kommt, dass die dann aufstehen und sagen, so, wir haben jetzt beschlossen, dass, dann ist was schiefgelaufen. Die

können nichts beschließen, die können nur einen Ratschlag geben, und nur der behandelnde Arzt, genau nach diesem Schema, dass ich Ihnen eben gezeigt habe, nur der behandelnde Arzt trifft die Entscheidung.“

Herr Hauschild:

„Wenn ich da grad' noch einmal einhaken darf: Deshalb finde ich es ganz wichtig, dass in diesem therapeutischen Team, von dem ich sprach, Konsens besteht, dass man sich auf Augenhöhe begegnet und dass beide Seiten sich zuhören und nicht mit Fingern aufeinander zeigen und sagen: Der Doktor hat das und das gesagt und will das und das, und wir Pflegenden wollen das nicht oder, umgekehrt eben, Pflegende tragen einen Wunsch eben nach einem ethischen Konsil an den Arzt heran, und der Arzt sagt, das geht mich gar nichts an. Der Umgang miteinander, ja, die Kommunikation miteinander, die ist im Grunde genommen der entscheidende Schlüssel, dass das im Sinne des Patienten auch funktioniert.“

Herr Professor Axel von Dobbeler:

„Klappt das denn, aus Ihrer Erfahrung heraus, diese Begegnung auf Augenhöhe?“

Herr Lemm:

„Ja. Also, in dem Haus, in dem ich jetzt arbeite, ja, ganz unbedingt, und in dem Haus, in dem ich früher gearbeitet hatte, in der Wilhelmstraße, da hat es auch funktioniert.“

Herr Professor Axel von Dobbeler:

„Bevor ich Ihnen, meine Damen und Herren, das Wort erteile, würde ich gerne noch eine Frage an alle drei hier vorne richten, also, das mag ein bisschen ketzerisch klingen, vielleicht, aber ich wollte einfach mal fragen, wie kommen wir eigentlich darauf, wie kommen wir auf dieses Thema? Wie kommen wir darauf, den Verzicht als Tugend neu zu entdecken? Sie haben begonnen damit, Herr Hauschild, wenn ich mich richtig erinnere, dass Sie gesagt haben: Die Überflusgesellschaft, in der wir leben, Sie haben darauf hingewiesen, auf die rasanten Fortschritte der Medizin. Haben wir uns angewöhnt, die rasanten Fortschritte der Medizin eigentlich immer nur problematisch zu sehen und sofort zu diskutieren: Müssen wir nicht hier verzichten, müssen wir da verzichten? Ist das eine bestimmte Diskussionslage bei uns vielleicht, die uns sofort auf den Verzicht blicken lässt, anstatt medizinische Erfolge zu feiern?“

Herr Prof. Heinemann:

„Also, ich würde auf keinen Fall sagen, dass wir medizinische Erfolge nicht feiern sollen. Sie kommen in der ganzen Medizin, die ganze Medizin ist ja Forschung. Sie ist forschungsdurchdrungen, und die Rechtfertigung überhaupt für medizinisches Handeln besteht darin, dass die Forschungsergebnisse, nämlich solche, die verifiziert sind, die nach bestimmten Regeln, die ja existieren und etabliert sind, geprüft wurden, dass Sie die am Patienten anwenden. Sonst könnten Sie alles Mögliche machen. Wie Sie in der Presse gehört haben, Zitronensaft in die Bauchhöhle tropfen lassen oder so. Nein, es ist völlig klar, zunächst mal, kann man dafür dankbar sein. Das ist aber so etwa, vielleicht vergleichbar, wenn Sie auf dem 10-Meter-Brett stehen und da runter gucken, und jetzt gehen wir mal davon aus, dass da unten etwas neues liegt, da wollen Sie nämlich hin, da werden Sie auch erst mal etwas zurück, ich weiß nicht, wie gut Sie auf dem 10-Meter-Brett sind, aber dann halt bis zu 7 m, gut. Ich will nur sagen, der Absprung muss gut überlegt sein, denn, wenn Sie abgesprungen sind, kommen Sie nicht mehr zurück.“

Herr Professor Axel von Dobbeler:

„Herr Hauschild, Herr Lemm, würden Sie vielleicht auch noch kurz reagieren, wie ist es aus Ihrer Sicht? Was sind die Gründe dafür, dass wir den Verzicht als Tugend wieder neu entdecken?“

Herr Hauschild:

„Also, es sind einfach die zwei Seiten einer Medaille, und, noch mal verallgemeinert, lässt sich sagen: Unsere Handlungsmöglichkeiten erweitern sich ständig, im medizinischen Bereich und auch in allen vielen anderen Bereichen, und die Rückseite des Ganzen ist, sozusagen, dass die Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen, Verantwortung zu übernehmen, die Wahrscheinlichkeit, auch Fehlentscheidungen zu treffen, all' dies. Das ist der Preis dafür, was wir bekommen an Handlungsmöglichkeiten und an Fortschritt, in allem, das gilt in allen Bereichen, und es gilt eben auch in diesem Bereich, den wir jetzt diskutieren.“

Herr Lemm:

„Ich glaube, dass es im Grunde genommen eine ganz wesentliche Rolle spielt, dass wir unsere eigenen Grenzen auch begreifen müssen. Dass wir sicher Sorge tragen müssen für das Leben, aber auch, dass wir begreifen müssen, dass das Sterben mit dazugehört, und dass wir das Leben nicht um jeden Preis erhalten können. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt, der mich sehr beschäftigt, ist: mit Krankheit lässt sich viel Geld verdienen, ja? Und, jetzt mal etwas wertend gesprochen, je länger ich einen alten Menschen mit der Pflegestufe III in einem Pflegeheim habe, umso länger kann ich mit ihm Geld verdienen. Ist das ethisch vertretbar? Muss ich nicht irgendwo sagen können, ich lasse los? Ich lasse diesen Menschen auch gehen?“

Herr Professor Axel von Dobbeler:

„Die Ökonomisierung aller Lebensbereiche, auch dieses Bereichs der Medizin oder der Pflege, das finde ich einen ganz wichtigen Aspekt.

Gut, meine Damen und Herren, wir üben uns jetzt hier vorne erst mal in Verzicht und lassen Sie zu Wort kommen? Sie haben lange zuhören dürfen, sage ich jetzt mal, und haben jetzt die Gelegenheit, zu Wort zu kommen.

Themen der Dialogveranstaltungen „Medizin und Theologie im Gespräch“

Veranstalter: Kath. und evang. Seelsorge der Unikliniken Bonn
in Kooperation mit dem Kath. Bildungswerk und dem evangelischen Forum Bonn
gefördert durch die evangelische Stiftung Krankenhaushilfe

1. Glaube - ein Heilmittel ?

Prof. Dr. E. Hauschild; Dr. A. Glasmacher u. a. - 07. 09. 2000

2. Wenn nichts mehr geht...

- Grenzerfahrungen im Krankenhaus -

Prof. Dr. T. Sauerbruch; Prof. Schmidt-Rost u. a. - 29. 03. 2001

3. Gesellschaftliche Folgen der Gentechnik;

- werden wir neue Ungleichheiten bekommen? -

A. Fischer (MdB) Gesundheitsministerin a.D. u. a. - 06. 12. 2001

4. Euthanasie - und unsere Antwort

- Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben -

Prof. Klaschik; Prof. Molinski SJ u. a. - 25. 04. 2002

5. Geld oder Leben - auf dem Weg in die Zwei-Klassen-Medizin

Prof. Dr. M. Honecker; Dr. med. H. Hüneburg u. a. - 07. 11. 2002

6. Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts

„... über Risiken und Nebenwirkungen...“

Prof. Dr. O. Brüstle; Prof. Dr. U. Eibach u. a. - 15. 05. 2003

7. „eingeliefert – ausgeliefert“

- Der Patient im Krankenhaus zwischen Selbst- und Fremdbestimmung -

Prof. Dr. M. Lentze; Chr. Bremekamp u. a. - 22. 04. 2004

8. Dem Tod entgegenwachsen – Sterben als Abbruch oder Vollendung

Dr. Chr. Ostgathe; Dr. M. Rieger u. a. - 04. 11. 2004

9. Licht am Ende des Tunnels

- Nahtoderfahrung: Hirngespinnst oder Blick ins Jenseits? -

Dr. rer.nat. Chr. Hoppe; Prof. Dr. U. Eibach u.a. - 21. 04. 2005

10. „Mein Wille geschehe“

– Die Patientenverfügung, Bedeutung und Probleme im klinischen Alltag -

R. Rossbruch (Rechtsanwalt); Prof. Dr. med. D. Decker,
Dipl. Theol. Hagedorn und andere - 17. 11. 2005

11. Hauptsache gesund ! Hauptsache gesund ?

Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Schott, Prof. Dr. Dr. h. c. L. Honnefelder u.a. - 30. 11. 2006

- 12. „Die Hoffnung stirbt zuletzt“**
 - vom Umgang mit der Hoffnung in Zeiten der Krankheit-
 Prof.Dr. Y.D. Ko, Prof.Dr. M. Schulz., Barbara Ohrendorf, u.a. -3.05.2007
- 13. „Krank – selber schuld !?“**
 Krankheit: Schicksal oder Folge unserer Lebensführung
 Prof. Dr. R. Hoppe, Dr. Th. Wilde u.a. - 22. 11. 2007
- 14. „Die Wahrheit wird euch freimachen ... ”** -10.04.2008
 aber: wie viel Wahrheit vertragen wir in Zeiten der Krankheit?
 Prof. Dr. Reinhard Schmidt-Rost, Prof. Dr. Andreas Hirner, Pfarrer Andreas Bieneck
- 15. „Wenn Ärzte Fehler machen ... ”** - 30.10.2008
 Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Heiner Koch, Hubert Klein
- 16. „Ersatzteillager Mensch?“** - 26.03.2009
 Organspende und die Auswirkung auf das Bild vom Menschen
 Dr. Ulrike Wirges, Prof. Dr. Hartmut Kreß, Horst Urmersbach
- 17. „Wenn das Leben uns Grenzen setzt ”** - 10.11. 2009
 Pfarrer N. Schneider, Prof. Dr. F. L. Dumoulin, Ilsegret von Hofe
- 18. „Gott und Gehirn ”**
 -wie entsteht Glaube- - 11.03.2010
 Prof. Dr. Saskia Wendel, Dr. Christian Hoppe
- 19. „Was uns heil macht“**
 Prof. Doris Nauer, Dr. Walter Bruchhausen, Pfr. Walter Koll - 4.11. 2010
- 20. „Verzicht: Eine neue alte Tugend in der Medizin ?“** -7. 4. 2011
 Prof. Dr. med. Thomas Heinemann, Prof. Dr. Eberhard Hauschildt, Ulrich Lemm