

# LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:



Nr. 1/2013

ISSN 2194-2730

## Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dem 26. Februar dieses Jahres trat das neue Patientenrechtegesetz in Kraft. Laut Bundesregierung soll das Gesetz die Position der Patienten gegenüber Leistungserbringern (Ärzten und Krankenhäusern sowie Krankenkassen) stärken. Dieses „Dienstleistungsverhältnis“ stellt die eine Seite der Medaille dar. Die andere Seite ist die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Arzt und Patient. Es sind beide Seiten wichtig und richtig, wie die Beiträge (Patientenautonomie und Impuls) in der vorliegenden Ausgabe der „Ludwigshafener Ethischen Rundschau“ (LER) zeigen. Trotz sogenannter „mündiger“ Patienten und ihrer Angehörigen spielen Aufklärung und Beratung durch das behandelnde Team nach wie vor eine große Rolle (siehe ethische Fallbesprechung).

Wie Sie am Logo auf der Titelseite sowie im Impressum auf der letzten Seite sehen, haben wir seit dieser Ausgabe bei der LER den Katholischen Pflegeverband e. V. als Kooperationspartner mit an Bord. Auf die Zusammenarbeit freuen wir uns sehr und hoffen, dass auch Sie als Leser uns weiterhin auf unserem Weg begleiten.

Bleiben Sie mit uns ethisch am Ball.

*Ihr Klaus Klother*

## Inhalt

2	<b>Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge</b> Dominik Balthes / Jonas Pavelka
6	<b>Der Pränatest</b> Marcus Patenge
9	<b>Führungskraft in einem christlichen Kontext</b> Klaus Klother
14	<b>Die Begegnung von Arzt und Patient</b> Johannes Lorenz
18	<b>Ethische Fallbesprechung: Therapiebegrenzung gegen den Willen des Angehörigen</b> Claudia Bozzaro
22	<b>Rezension: Müller-Busch – „Abschied braucht Zeit“</b> Stephan Koch

Das Zitat



Der Patient ist seinem Arzt der Nächste; und umgekehrt,  
was vielleicht vergessen wird: auch der Arzt für seinen  
Patienten. *Bernhard Welte, Seite 15*

# Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge

## Das ethische Prinzip der Patientenautonomie

Es mag auf den ersten Blick gar nicht so sehr verwundern, dass im Medizinbetrieb seit vielen Jahren eine Diskussion über die Autonomie, wörtlich übersetzt also die Selbstgesetzgebung des Patienten, stattfindet. Denn wer heutzutage in einer freiheitlich-demokratischen Kultur westlicher Prägung aufwächst, der weiß die Vorzüge eines Lebens in Freiheit und Rechtsstaatlichkeit zu schätzen. So dürften es beispielsweise die meisten von uns nicht als Nachteil empfinden, dass sie keinem gesetzlichen Zwang zu einem bestimmten Kleidungsstil unterliegen, oder dass Wissenschaft und Kultur grundgesetzlich Freiheit garantiert wird. Vieles davon dürfte uns heute so selbstverständlich geworden sein, dass wir uns den Verlust und die Einschränkung solcher Grundrechte kaum vorzustellen vermögen.

Wieso sollte ein mündiger Bürger, der es in seinem Alltag gewohnt ist, sich frei zu entfalten, zwischen vielen Angeboten auszuwählen, nicht auch in der Lage sein, eigenständig – *autonom* – Entscheidungen in Fragen der medizinischen Behandlung zu treffen? Was auf den ersten Blick als eine schlüssige Frage mit einer sehr nahe liegenden Antwort erscheint, entpuppt sich schließlich beim näheren Hinsehen als durchaus komplexe Materie.

### Verschiedene Autonomie-Konzepte

1. Es war Immanuel Kant, der große Philosoph aus Königsberg, der sich ausgiebig mit dem Begriff der Autonomie befasste. Das Ergebnis, zu dem er kam, ist durchaus verschieden zu dem, was heute so landläufig unter Autonomie und



»»  
**Dominik Baltes,**  
Promotion in Moraltheologie,  
Lehrbeauftragter an der Uni  
Freiburg



**Jonas Pavelka,** Doktorand am  
Lehrstuhl für Moraltheologie  
und Referent für Ethik in  
Medizin und Pflege im HPH

Selbstbestimmung verstanden wird. Kant formulierte: Dadurch, dass der Mensch sich selbst ein Gesetz geben kann, dadurch dass er also selbstgesetzgebend (autonom) handelt, kommt ihm eine besondere Würde zu. Zugleich eröffnet sich darin die Würde des anderen, was zu der Formulierung des sogenannten kategorischen Imperativs durch Kant geführt hat: „Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“<sup>1</sup> Kant versteht Autonomie also sowohl als Fähigkeit zur Selbstbestimmung wie auch als Beschränkung einer „Verabsolutierung individueller Selbstverwirklichung“.<sup>2</sup>

*Die Würde des Menschen resultiert aus seiner Autonomie, das heißt der Fähigkeit, sich selbst Gesetze zu geben und danach zu handeln.*

<sup>1</sup> Immanuel Kant: AA IV, 429.

<sup>2</sup> Bielefeld, Heiner, in: Handbuch der Bioethik, S. 307.

2. Aufgrund der technischen Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin haben Entscheidungen am Lebensende zwischen Lebensverlängerung und Lebensqualität zugenommen. Dies führt zu der Frage, ob der Patient ein Recht auf die Beendigung seines eigenen Lebens hat. Zur ethischen Beurteilung dieser und anderer auftretender Konfliktfelder hat sich in der medizinischen Praxis der Ansatz von *Beauchamp* und *Childress* etabliert. Mit Hilfe vier „mittlerer medizinethischer Prinzipien“ (Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schadensprinzip und Gerechtigkeit) soll es leichter möglich sein, ethisch schwierig gelagerte Fälle bewerten zu können, indem die Prinzipien auf den Fall angewendet werden.

3. Ein Autonomieverständnis, das vor allem die selbstständige Wahl und Entscheidung zwischen Alternativen betont und heute en vogue ist, ist mit Kants Verständnis von Autonomie – wie gezeigt – nicht vollumfänglich zu vereinbaren. Mit den höheren rechtlichen Anforderungen z.B. in Form einer ‚informierten Zustimmung‘ (s.u.) und den Patientenverfügungen hat sich eine Verschiebung vollzogen weg von einer rein durch die Fürsorge des Arztes bestimmten Arzt-Patienten-Beziehung hin zu einem von der Autonomie und dem Willen des Patienten bestimmten Verhältnis.

*Das früher allein durch die Fürsorge des Arztes geprägte Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich durch die Selbstbestimmungsrechte der Patienten verändert.*

Eine hochtechnisierte kurative Medizin lässt auch neue Probleme aufkommen, wenn z.B. eine technisch mögliche Lebensverlängerung nicht im Verhältnis zu der verbleibenden Lebensqualität und den Wünschen des Patienten steht. Der Unterschied zwischen Experten und Laien kann und darf nicht dadurch aufgehoben werden, dass entweder die ärztliche Seite überzogen gestärkt oder die Patientenautonomie ein-

seitig überhöht wird. Grundsätzlich gilt: Das Wohl des Patienten sollte im Vordergrund aller Überlegungen stehen. Kollidieren Fürsorgepflicht des Arztes und Patientenautonomie im Falle der Lebensverlängerung, gilt: „Aus der Patientenautonomie folgt das Recht zur Ablehnung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, selbst wenn diese aus medizinischer Sicht geboten wären und die Verweigerung oder der Abbruch nach »objektiven« Maßstäben schlicht als unvernünftig gelten müsste.[...] Das Lebensrecht gibt dem Staat oder Dritten also keine Befugnis, dessen personalen Träger entgegen seinem Willen zu behandeln und somit zum Weiterleben zu zwingen.“<sup>3</sup> Das Recht auf Selbstbestimmung ist also gegenüber der Fürsorgepflicht des Arztes zu Recht durch den Gesetzgeber gestärkt worden.

*Das immer noch von Vertrauen geprägte Verhältnis zwischen Arzt und Patient trägt mittlerweile auch den Charakter eines Verhältnisses zweier Vertragspartner.*

<sup>3</sup>Nationaler Ethikrat (Hg.), Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme, Berlin (2006), S. 59.

## Patientenautonomie

Das Arzt-Patientenverhältnis stellt ein komplexes Beziehungsgeschehen dar. Auf der einen Seite gibt sich der Patient (griechisch: pathein - leiden) als „Leidender“ in die Hände eines Arztes. Er macht sich vom Arzt abhängig, denn er vertraut darauf, dass der Arzt sein Leiden lindern kann, er also wieder gesund wird. Der Arzt bekommt einen Vertrauensvorschuss des Patienten, ohne den Erfolg seiner Arbeit garantieren zu können. Auf der anderen Seite ist der Patient aber auch ein autonomer Partner in einer Vertragsbeziehung, und der Arzt erhält für seine Leistung eine finanzielle Zuwendung durch die Krankenkassen.

Die Bestimmungen des Weltärztebundes aus dem Jahre 1982 beinhalten das Recht auf freie Arztwahl und das Recht auf die Information und die Zustimmung zu einer Therapie. In der Regel muss eine Aufklärung über Risiko, Diagnose und Verlauf stattfinden, um die Selbstbestimmung zu ermöglichen (informierte Zustimmung).<sup>4</sup> Eine umfassende Information muss aber für den Patienten nicht immer das Beste sein, denn es gibt auch ein „Recht auf Nichtwissen“, das zur informationellen Selbstbestimmung gehört.<sup>5</sup>

Besonders prekär erweist sich die Entfaltung der Autonomie hinsichtlich medizinischer Eingriffe bei Kindern und Menschen, die aufgrund einer Behinderung oder Krankheit der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, da hier eine grundsätzlich

<sup>4</sup>Vgl. dazu in detaillierter Weise: Katzenmeier, C., Patientenautonomie und Patientenrechte.

<sup>5</sup>Vgl. Siep, Ludwig, Patient/Patientenrecht – Ethisch, in: Lexikon der Bioethik, S. 840–841.

höhere Gefahr der Verletzung der Autonomie und auch ein höheres Maß an Abhängigkeit besteht. Die Sterbehilfe bei psychisch kranken Menschen, Komplikationen bei schwerstbehinderten Neugeborenen sowie der Umgang mit der Autonomie bei Menschen mit einer Demenzerkrankung verschärfen die Frage zusätzlich.

Wie kann die Würde des Menschen gewahrt bleiben? Bei Minderjährigen sowie bei psychisch kranken oder behinderten Menschen kann die Zustimmung durch die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters ersetzt werden. Das sind in der Regel die Eltern, Betreuer, das Vormundschaftsgericht oder die Pfleger. Ein umstrittenes rechtliches Dokument stellt in solchen Fällen auch die schriftlich verfasste Patientenverfügung dar.<sup>6</sup>

## Ausblick

Um der schwierigen Situation angemessen begegnen zu können, ist am 29. November das neue Patientenrechtegesetz vom Bundestag verabschiedet worden. Das Gesetz regelt die Information, Aufklärung und Einwilligung und möchte damit zu einer Stärkung der Patientenautonomie beitragen. Mit diesem Gesetz wurde auch versucht, Patientinnen und Patienten mehr über ihre Rechte aufzuklären. Es muss aber berechtigterweise ungeklärt bleiben, wie der Umgang mit Patienten am Lebensende geregelt werden kann, da „weder der Sinn einer Therapie noch die Bewertung von Lebensverlängerung standardisierbar“<sup>7</sup> sind.

*Der Umgang mit der Patientenautonomie ist besonders bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten schwierig, wie z. B. Kindern und Menschen mit geistiger Beeinträchtigung.*

<sup>6</sup> Die entsprechenden rechtlichen Regelungen finden sich im BGB § 1901 bis 1904. Vgl. zur Diskussion auch: Stellungnahmen des Nationalen Ethikrates: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, S. 19–20 und Stellungnahme zur Patientenverfügung.

<sup>7</sup> Albisser Schleger, A. / Pargger, H. Reiter-Theil, S., „Futility“-Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung. in: Palliativmed. (2008), 9, S. 68.

## Der PränaTest

### Eltern und ein folgenschwerer Test

„Ein gesundes Kind!“ So oder ähnlich dürfte die Antwort von werdenden Eltern ausfallen, wenn sie nach Wünschen für ihr zukünftiges Kind gefragt werden. Dieser Wunsch ist verständlich und keineswegs verwerflich. Die moderne Medizin kennt daher eine Vielzahl von Test- und Diagnoseverfahren, um zu prüfen, ob der heranwachsende Embryo auch tatsächlich gesund ist. Aber sollten auch wirklich all diese möglichen Verfahren angewendet werden? Was sollen Eltern eigentlich mit diesem Wissen anfangen?

Der „PränaTest“ ist eine neue Methode für Mediziner zur vorgeburtlichen Untersuchung von Föten. Mit seiner Hilfe kann das ungeborene Kind auf den Gendefekt Trisomie 21 getestet werden, der gemeinhin als „Down-Syndrom“ bekannt ist. Zwar gab es schon vor dem PränaTest Mittel, Trisomie 21 im Mutterleib festzustellen, aber die dazu notwendigen medizinischen Verfahren sind mit erheblichen Risiken verbunden, z.B. der Gefahr einer spontanen Fehlgeburt. Der PränaTest umgeht diese Gefahren, da eine einfache Blutabnahme bei der Mutter ausreicht. Im mütterlichen Blut befinden sich nämlich Spuren der Erbgutinformation des ungeborenen Kindes. Diese Informationen werden in Laboren aufbereitet und anschließend auf Trisomie 21 getestet. In verschiedenen Prüfverfahren konnte der PränaTest seine hohe Präzision unter Beweis stellen:

*Doppelte Sicherheit  
für Ergebnis und  
Gesundheit der Mutter  
durch den PränaTest*

Die Genauigkeit dieses Testverfahrens liegt bei etwa 95 %, d.h. in 95 % aller Fälle, in denen Trisomie 21 tatsächlich vorliegt, wird dieser Gendefekt erkannt. Lediglich bei 0,2 bis 0,3 % wird Trisomie 21 festgestellt, obwohl dieses Krankheitsbild nicht vorliegt. Und bei 2 bis 3 % aller Proben führt der Test zu keinem verwertbaren Ergebnis.



Markus Patenge,  
wissenschaftlicher  
Mitarbeiter am Lehrstuhl  
für Moralthologie an der  
Philosophisch-Theologischen  
Hochschule Sankt Georgen,  
Frankfurt/Main

## Das Für und Wider des Pränatests

Die Vorteile des Pränatests dürften auf der Hand liegen. Die Risiken durch die bisherigen Untersuchungsmethoden werden erheblich reduziert, da der neue Test lediglich eine Blutabnahme der werdenden Mutter verlangt.

Gänzlich können die bisher üblichen, risikobehafteten Methoden durch den Pränatest jedoch nicht ersetzt werden. Ihr Einsatz wird lediglich minimiert. Wenn nämlich ein Pränatest positiv ausfällt, ist es weiterhin notwendig, eine abschließende Diagnose mittels Fruchtwasseruntersuchung u. ä. vorzunehmen. Ohne Zweifel bringt der Pränatest aber eine große Erleichterung für Eltern und Ärzte mit sich, da er einen einfachen und risikoarmen Weg darstellt, Ungeborene auf Trisomie 21 zu testen.

Natürlich hat jede Medaille ihre zwei Seiten. Und so gibt es auch beim Pränatest einen gewichtigen Grund, der den Einsatz dieses Tests in der Medizin diskussionswürdig erscheinen lässt. Die Position der Kritiker kann auf eine Frage reduziert werden: Was sollen Eltern mit einem positiven Testergebnis anfangen? Auf den ersten Blick scheint diese Frage so banal zu sein, dass nicht klar ist, worin genau der Kritikpunkt liegt. Ihre Brisanz wird aber deutlich, wenn man sich eingehender mit dem Krankheitsbild Trisomie 21 beschäftigt.

Für unseren Zusammenhang ist dabei wichtig, dass es keine Heilungschancen für diesen Gendefekt gibt. Im Gegensatz zu anderen vorgeburtlich feststellbaren Krankheiten, bleibt den werdenden Eltern bei dieser Diagnose daher ein Therapieweg verwehrt. Was können Eltern also tun, wenn bei ihrem Kind das Down-Syndrom festgestellt wird? Wünschenswert wäre es natürlich, wenn sie die Zeit bis zur Geburt nutzen würden, um diese Diagnose zu verarbeiten und sich mit der Krankheit vertraut machen. Denn auch ein Kind mit Trisomie 21 ist ein wertvoller Mensch, der es verdient, von seinen Eltern in freudiger Hoffnung erwartet und liebend angenommen zu werden.

Diesen Wünschen steht aber nur allzu oft die Realität entgegen. Behindertenverbänden zufolge werden bei festgestelltem Down-Syndrom etwa 90% der Föten abgetrieben. Aus dem Wunsch der Eltern nach einem gesunden Kind wird daher oft der Wille: Bloß kein krankes Kind! Gerade weil es keine Therapiemöglichkeit für Trisomie 21 gibt, wird eine solche Diagnose für das ungeborene Kind schnell zu einer

Was bringt den Eltern die Diagnose „Trisomie 21“ während der Schwangerschaft?



Frage über Leben und Tod. Kritiker des PränaTests sprechen daher davon, dass dieses Verfahren allein der Selektion von Embryonen dient und keinen medizinischen Nutzen hat.

Die beiden Positionen im Streit um den PränaTest sind also deutlich: Während die Befürworter vor allem die Gefahrenreduzierung für Mutter und Kind sehen, wenden die Gegner ein, dass dieser Test der einfachste Weg sei, um kranke Föten erkennen und abtreiben zu können.

### Ein verantwortungsvoller Umgang mit dem PränaTest

In der Frage, wie Eltern und Ärzte mit dem PränaTest umgehen sollen, wäre es ein einfacher Weg, sich nur der einen oder der anderen Seite anzuschließen. Es gäbe dann nur zwei Handlungsmöglichkeiten: Entweder man nutzt diesen Test bedenkenlos oder man verbietet ihn absolut. Sinnvoller erscheint es aber, einen Umgang mit diesem Testverfahren zu entwickeln, der seine Vorteile nutzt ohne die Gefahren auszublenden. Ein solcher Weg könnte im Groben folgende Grundzüge haben: Der PränaTest sollte dann angewendet werden, wenn konkrete Verdachtsmomente vorliegen, die eine Trisomie 21 wahrscheinlich machen. Dies können beispielsweise eine gewisse Häufigkeit innerhalb der Familie oder Auffälligkeiten während der Ultraschalluntersuchung sein. Sollte der Test positiv ausfallen, sollte den werdenden Eltern ein umfassendes Beratungsangebot zur Verfügung stehen. Dabei könnte ein Berater in der Form eines „Kindesanwalts“ Wege aufzeigen, welche Hilfen Familien mit Kindern mit Down-Syndrom erhalten können und wie ein gemeinsames Leben gelingen kann.



# Führungskraft in einem christlichen Kontext – immer wieder den ersten Schritt machen

Das Thema „christliches Profil“ steht seit langem schon auch im Gesundheitswesen auf der Tagesordnung. Die christlichen Träger (diözesane ebenso wie Orden) suchen und finden immer neue Wege, ihre Einrichtungen nicht nur wirtschaftlich, sondern auch ideell für die Zukunft zu rüsten. Ein zentraler Baustein bei dem Projekt „christliches Profil“ ist die Arbeit mit den Führungskräften. Diese sollten einerseits ihre Aufgaben als Vorbilder und Entscheidungsträger wahrnehmen und andererseits Verantwortung übernehmen mit allen Konsequenzen. Aber: Gibt es denn so etwas wie „christliche Führung“? Und wie könnte „christliche Führung“ dann aussehen?

Christliche Führung muss gute Führung sein, denn sie ist ja immerhin Führung. Das heißt, eine christliche Führungskraft muss ganz normale Führungs-Instrumente beherrschen. Themen wie Teamentwicklung, Gesprächsführung, Motivation und Change Management sollten wie bei jeder guten Führungskraft

*Jede Führungskraft – auch die christliche – muss erst einmal gute Führung lernen.*

auch bei einer christlichen Führungskraft zum Standard-Repertoire gehören. Der (wirtschaftliche) Betrieb in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung muss ja auch funktionieren.

Und dazu gehört es ganz wesentlich, dass die Mitarbeiter befähigt und angeleitet werden, ihre Arbeit gut zu erledigen. Das ist meine oberste Aufgabe als Führungskraft: Organisieren, Delegieren und Motivieren.

Und diese Dinge kann und muss jede Führungskraft lernen und als eine Art Werkzeug-Kasten zur Hand haben. Darin unterscheidet sich eine christliche Führungskraft nicht von einer nichtchristlichen. Freilich wird in vielen Bran-



**Klaus Klother**, Promotion in Moraltheologie, Referent für Ethik in Medizin und Pflege im Heinrich Pesch Haus

chen – nicht nur im Gesundheitswesen – das Thema Führungskräfteentwicklung vernachlässigt. Ein Ingenieur in leitender Position hat im Studium nichts über Personalführung gelernt. Ebenso wenig ein Arzt oder eine Pflegekraft. In Studium und Ausbildung geht es um die notwendige fachliche Qualifikation, weil Führung ohne ein gewisses Fachwissen eben nicht gut funktioniert. Dieses Fachwissen genügt jedoch noch nicht. Denn als Führungskraft hat man Menschen zu führen und dazu bedarf es weiteren, speziellen Wissens, gewissermaßen einer weiteren Ausbildung.

### Christliche Führung bedeutet: Grenzen erkennen und annehmen

Die Arbeit im Gesundheitswesen berührt einen sehr empfindlichen Bereich, denn es geht um Gesundheit und Krankheit, um körperliche und geistige Veränderungen von Menschen verschiedenen Alters. Die Arbeit in Medizin und Pflege bringt es mit sich, dass man mit sehr intimen Sphären des Menschen in Kontakt kommt. Daher erfordert diese Arbeit viel Feingefühl und Vorsicht. Besonders die Arbeit im Krankenhaus ist gewissermaßen ständige Krisenintervention, da man dort auf Menschen trifft, die aufgrund physischer oder psychischer Faktoren aus ihrem „normalen“ Leben herausgerissen sind. Zu der von Patienten individuell empfundenen Not im Krankenhaus kommt hoher zeitlicher und finanzieller Druck auf die Mitarbeiter aus Medizin und Pflege hinzu. Dies ist deshalb eine besondere Herausforderung, weil Menschen mehr sind als Nummern und Diagnosen. Zwar sollten Nummer und Diagnosen effizient verarbeitet werden, Menschen jedoch nicht.

Der heilige Vinzenz von Paul, auf den eine Vielzahl von Einrichtungen und Bemühungen im Gesundheitswesen zurückgehen, hat den vielschichtigen wie einfachen Satz geprägt: „Sorgt, so gut Ihr könnt“. Einerseits einfach, weil der Satz darauf verweist, in der Sorge keine Mühen zu scheuen. Vielschichtig andererseits, weil das „so gut ihr könnt“ darauf hindeutet, dass die Sorgen um bedürftige Menschen Grenzen hat und auch haben darf. Perfektion und Allmacht werden auch in der Sorge um Kranke gar nicht erst erwartet, jedenfalls nicht vom heiligen Vinzenz. Er erkennt vielmehr wertschätzend an, dass das Wirken des Menschen immer fragmentarisch, also bruchstückhaft und unvollendet, bleibt. Es gibt Krankheiten und Rahmenbedingungen meiner Arbeit, gegenüber denen ich schlicht machtlos bin. Das „so gut ihr könnt“ rechnet da-

*„Sorgt, so gut Ihr könnt“  
heißt, trotz maximaler Mühe  
mit Grenzen zu rechnen.*

mit, dass jeder von uns irgendwann einmal oder vor gewissen Problemen eben nicht mehr kann.

Christliche Führung darf sich also von dem Pflichtgefühl und der Erwartung befreien, alles zum Guten wenden zu müssen. Umgekehrt heißt das dann aber auch, dass zum Beispiel die Spannung zwischen Anspruch an gute (oder sogar perfekte) Arbeit und Wirklichkeit wiederkehrender Momente des Scheiterns akzeptiert werden muss. Dafür muss ich mir aber erst einmal selbst zugestehen, Fehler zu machen oder an Grenzen zu stoßen. Das kostet Zeit und bedarf einer langen Reifung.

Nach dieser Zeit der Reifung braucht es Kraft und Durchhaltevermögen, die Spannungen auszuhalten. Denn diese verschwinden ja nicht nur deswegen, weil ich sie akzeptiere und hinnehme. Ich muss Situationen und Zeiten der Begrenztheit, vielleicht sogar des Scheiterns auch durchstehen, ohne selbst Schaden zu nehmen. Vielleicht kann so etwas wie Gottvertrauen dabei helfen, die Un-Vollendung anzunehmen und auszuhalten.

### Christliche Führung als Lebenshaltung

Ich muss kein gläubiger Christ sein, um mich angesichts besonderer Krisen und Konflikte angemessen zu verhalten. Auch sind die Führungs-Werkzeuge zu Themen wie Change Management oder Konfliktgesprächen kein Privileg von Christen. Normalerweise wird jeder Patient in einem kommunalen Krankenhaus genauso gut behandelt wie in einem konfessionellen Krankenhaus. Gott sei Dank!

Rein an äußerlichen Indizien kann ich das spezifisch Christliche nicht festmachen.

Es gibt keinen Frage- oder Fallkatalog, den ich exakt einhalten muss, um etwa eine Art Prädikat „christliche Führungskraft“ zu verdienen, nach dem Motto: Eine christliche Führungskraft würde niemals einem Mitarbeiter kündigen. Auch unangenehme Entscheidungen müssen von Christen wie Nicht-Christen gleichermaßen getroffen werden.

*Rein an äußerlichen Indizien  
kann ich das spezifisch  
Christliche nicht festmachen.*

Den Unterschied ausmachen könnten vielmehr eine besondere Haltung oder etwa verinnerlichte Gewohnheiten (ethisch gesprochen: Tugenden). Die Haltung bestimmt dann, wie Mitmenschen – seien es Kollegen, Geschäftspartner oder eben Patienten – oder auch Problemen begegnet wird. In der antiken Philosophie hat Aristoteles in diesem Zusammenhang von Charaktertugenden gesprochen. Im christli-

chen Kontext könnten es vielleicht Tugenden wie Geduld, Hoffnung oder Demut sein: Geduld etwa mit mir selbst und meinem Umfeld, wenn Dinge nicht schnell und kurzfristig funktionieren. Hoffnung vor allem angesichts ausweglos erscheinender Situationen. Würde eine Führungskraft ihre Hoffnung vorschnell ablegen, könnte das eine fatale Strahlkraft auf die Mitarbeiter haben. Und Demut vor dem Hintergrund der eigenen Menschlichkeit, also auch Fehlbarkeit. Niemand erwartet von einer Führungskraft, dass sie perfekt ist. Perfektion mag Bewunderung hervorrufen, jedoch auch Mitarbeiter in ihrer eigenen Fehlbarkeit einschüchtern. Wahrhaftigkeit und Aufrichtigkeit bei einer Führungskraft erzeugen dagegen Respekt.

*Zu Handwerkszeug und Instrumenten muss bei Führungskräften Persönlichkeit hinzukommen.*

Die Rahmenbedingungen in konfessionellen Einrichtungen sind in der Regel dieselben wie in nicht-konfessionellen. Häufig gibt es sogar noch „schwerere“ Voraussetzungen für Führungskräfte, etwa die tariflichen Vorgaben der Kirchen oder auch – ganz banal – die hohen ideellen Erwartungen der eigenen Mitarbeiter an einen christlichen Arbeitgeber. Funktionieren und wirtschaften müssen alle gleichermaßen, ansonsten lassen sich die Einrichtungen im Gesundheitswesen nicht aufrechterhalten. Weniger das „Was“ ist bei einer christlichen Führungskraft bzw. christlicher Führung entscheidend. Eher das „Wie“ macht den Unterschied. Und das hängt vor allem damit zusammen, „wer“ also welche Persönlichkeit eine Führungskraft ist. Denn Führung besteht nur zu einem begrenzten Teil aus Handwerkszeug und Instrumenten. Hinzukommen muss ganz wesentlich noch Persönlichkeit.

## Führung der ersten Schritte

Aber auch hier lässt sich natürlich einwenden, dass Christen doch wohl nicht die einzigen sein können, die sich derart verhalten, die über die benannten Tugenden verfügen oder entsprechende Haltungen ausprägen. Das ist natürlich richtig. Andernfalls wäre es angesichts der Personalsituation im Gesundheitswesen (Stichwort „Fachkräftemangel“) auch fatal, wenn Mitarbeiter und Führungskräfte nicht nur gut ausgebildet, sondern auch noch unbedingt getauft sein müssten. Außerdem: Was sagt der Taufschein schon aus? Er macht uns ja noch nicht zu guten Führungskräften. Zudem kann ich auch ohne ihn eine gute Führungskraft sein, die alle Attribute verkörpert, die wir hier benannt haben.

Christen sind sicherlich nicht die Einzigen, sie sollten jedoch aus ihrem Hintergrund heraus die Ersten dabei sein, als gutes Beispiel voranzugehen, christliche Führung vorzuleben. Der Glaube kann dabei helfen, den Christen immer wieder nach alternativen Handlungsoptionen suchen zu lassen. Der Glaube kann zwar keine Kreativität oder Effektivität garantieren, aber doch zu einer gewissen Beharrlichkeit in der Suche nach guten Lösungen (für sich selbst, den Mitarbeiter und die Organisation) anspornen.

# Die Begegnung von Arzt und Patient

Gedanken von Bernhard Welte

Halten wir uns heute eigentlich noch ausreichend den Blick frei für das, was im Leben wirklich zählt? Die komplexen Mechanismen in unserer Gesellschaft verhindern dies allzu oft. Ständig werden wir bombardiert von Meinungen aus dem Politikbetrieb, von prophetischen Ankündigungen aus der Gesundheitsindustrie oder dem hochkomplexen Medizinapparat. Diese Mechanismen haben zwar ihr Recht in unserer Gesellschaft, denn Meinungsvielfalt ist eine notwendige Bedingung für ein demokratisches Staatenwesen. Außerdem leisten die Gesundheitsindustrie sowie die Medizin einen unverzichtbaren Beitrag im Kampf gegen Krankheiten. Doch drohen elementare Dinge unseres Menschseins mehr und mehr verschüttet zu werden. Erwischen wir uns nicht gelegentlich dabei, dass wir uns fragen, was eigentlich noch wichtig ist in unseren modernen Tagen? Welches sind eigentlich die elementaren Dinge in unserem Leben?

Elementare Dinge spielen sich z.B. in der Beziehung zwischen einem Arzt und seinem Patienten ab. Mit einfachen Gedanken hat der 1983 verstorbene Freiburger Religionsphilosoph Bernhard Welte versucht, dieser Beziehung näher zu kommen. Seine schlichten Worte zeugen von den tiefen Erfahrungen, die er als Philosoph, Theologe, Priester, aber vor allem als einfacher Christ mit dem Leben gemacht hat. Hier soll er nun zu Wort kommen. Denn er hat auch uns, den heutigen Menschen, etwas zu sagen. Versuchen wir aus einem seiner letzten Texte vor seinem Tod, einige kurze Gedanken mitzunehmen, die er uns zum Nachdenken hinterlassen hat.



»»  
**Johannes Lorenz,**  
Doktorand am Lehrstuhl für  
Moraltheologie in Freiburg,  
freier Mitarbeiter beim  
Heinrich Pesch Haus

## Das Geschenk des Vertrauens

Die Beziehung zwischen einem Arzt und seinem Patienten gründet darin, was Bernhard Welte den Dialog nennt. Was meint er damit? Im Miteinandersprechen und Miteinanderhandeln begegnen sich zunächst einfach zwei Menschen. Es begegnet ein Ich einem Du. Zuerst findet keine Arzt-Patient-Begegnung, sondern eine Begegnung von Mensch zu Mensch statt. Zwar ist die Eigenschaft des einen Menschen, Arzt zu sein, unerlässlich für die Heilung der Krankheit des Patienten. Doch liegt ihr etwas zugrunde, was eben nur in der Beziehung von Ich und Du erreicht werden kann. „Es ist zu wünschen, dass der Patient dem Arzt traut, aber auch der Arzt dem Patienten. Diese Qualität des Vertrauens ist das Unbezahlbare in allem ärztlichen Handeln, so sehr es sonst der Bezahlung bedarf. Aber das Vertrauen kann man sich nur schenken, und zwar genaugenommen, nur gegenseitig.“<sup>1</sup>

Nur dann, wenn sich beide Menschen auf der Ebene der Ich-Du-Beziehung gegenseitig Vertrauen schenken, kann der Dialog beginnen. Wie bedeutsam dieses Geschenk des gegenseitigen Vertrauens-schenkens ist, wird uns heute deutlich, wenn wir lesen, wie stark der ökonomische Druck auf Krankenhäuser und Ärzteschaft genau diese Begegnung des Vertrauens gefährdet. Erst vor einigen Wochen hieß es in der FAZ: „Klar, im Mittelpunkt soll immer noch der Patient stehen. Aber in der Entwicklung hin zur Medizinindustrie ist das Verhältnis des Arztes zum Kranken ein anderes geworden. [...] In den Kliniken geben zunehmend die kaufmännischen Direktoren vor, was an Therapie- und Diagnoseangeboten geleistet werden kann.“<sup>2</sup> In einer späteren Ausgabe war zu lesen: „Hilflos und ausgeliefert fühlen sich viele Patienten im Krankenhaus. Wer sagt ihnen denn, ob ihr Arzt recht hat?“<sup>3</sup> Sprechen diese Zeilen nicht von der Gefahr eines großen Vertrauensverlustes, der zu einer unaufhaltsamen Erosion des Fundamentes der Arzt-Patient-Beziehung zu führen droht? Der Arzt als Chefökonom, der Patient als bloßer Wirtschaftsfaktor?

*Erst das Vertrauen zwischen zwei Menschen macht eine Arzt-Patienten-Beziehung möglich.*

<sup>1</sup> Welte, Bernhard, Die Grenze im ärztlichen Handeln (1982), in: Bernhard Welte Gesammelte Schriften, hrsg. v. Bernhard Casper (Leiblichkeit, Endlichkeit und Unendlichkeit, I/3), Freiburg i. Br. 2006, 143

<sup>2</sup> Müller-Jung, Joachim, Die Evolution des Medizinmanns, FAZ 07.01.2013

<sup>3</sup> Stollorz, Volker, Muss es wirklich sein? FAZ 13.01.2013

## Forderung nach gegenseitiger Nächstenliebe

Wie fremd und doch herausfordernd klingen die Worte Bernhard Weltes da, wenn er von der Notwendigkeit wechselseitiger Nächstenliebe zwischen dem Arzt und



seinem Patienten spricht. „Der Patient ist seinem Arzt der Nächste; und umgekehrt, was vielleicht vergessen wird: auch der Arzt für seinen Patienten.“<sup>4</sup> Wie soll aber das wachsende Misstrauen des Patienten gegenüber dem Arzt noch zu einer gelingenden Beziehung führen? Und wie kann ein Arzt das Vertrauen seines Patienten wieder gewinnen? Nach Bernhard Welte ist wechselseitige Nächstenliebe zwischen Arzt und Patient unbedingt notwendig.

<sup>4</sup> Welte, Bernhard, S. 143

### Die Grenze des (Be-)Handelns

Welches Ziel möchten beide erreichen? Beide haben zum Ziel eine Krankheit zu heilen. Doch kann die Krankheit auch einmal ihre eigenen Kräfte so stark entfaltet haben, dass der Arzt ihr machtlos gegenüber bleibt. Bernhard Welte nennt dies dann eine Grenze. Diese Grenze sollte nicht leichtfertig angenommen werden. Beide sollten ihr bestmögliches tun, um die Grenze überwinden zu können. Doch, trotz aller unbewusster Leugnung dieser Grenze, die eine Krankheit für unser alltägliches Leben bedeuten kann, gilt es für den Christen, diese Grenze zu spüren und anzuerkennen. „Wie gut ist es dann, wenn beide über diese Grenze miteinander reden können.“<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Welte, Bernhard, S. 144

Nehmen wir uns heute noch genügend Zeit, um die uns alle betreffende Grenze zur Sprache zu bringen? Kann es vielleicht angesichts des Todes nicht nur dem Patienten helfen, über diese endgültige Grenze sprechen und diese annehmen zu können, sondern auch dem Arzt, indem er vom Patienten nicht als Alleskönner, sondern eben als begrenzter Mensch gesehen wird?

### Sterben und Hoffnung

Und für die Tage und Stunden, in denen die Grenze beginnt Wirklichkeit zu werden, wo sich das endgültige Ende nähert, da rät uns Bernhard Welte: In den schweren Stunden muss die Würde und Freiheit des Patienten so gut es geht geehrt und gewürdigt werden. Die Würde und die Freiheit werden dadurch gewürdigt, wenn sich beide die Nächsten bleiben, wenn die schweren Stunden von gelebter Sympathie (Mit-leid) geprägt sind. Indem der Christ das Leiden eines sterbenden Mitchristen mitträgt, solidarisiert er sich mit ihm. Er versucht dabei gerade nicht zu fliehen vor

der Grenze, denn das würde nicht nur bedeuten, den Leidenden als ein immer noch ehrwürdiges Du aufzugeben, sondern auch die tiefste Wahrheit seines eigenen Lebens zu verleugnen. Freilich wusste Bernhard Welte – und wir wissen es heute genauso gut –, dass dies nicht immer in dieser gewünschten Weise geschehen kann. Doch wenn der Arzt einen Kranken so begleiten könne, „dann ist dies etwas wie ein Wunder christlicher Gemeinschaft, einer Gemeinschaft, die auch und gerade diese ehrwürdige Grenze zu bestehen vermag mit dem Blick auf das große Und [...]“<sup>6</sup> Das große Und war für den Christen Bernhard Welte die christliche Hoffnung darauf, dass der Tod nicht das letzte Wort hat. Nur diese Hoffnung vermöge es, solche Situationen zu tragen. Er hat uns dazu einige Gedichtszellen hinterlassen, von denen die letzten heißen:

*Die christliche Hoffnung  
darauf, dass der Tod nicht das  
letzte Wort hat, vermag es,  
auch aussichtslos scheinende  
Situationen zu ertragen.*

<sup>6</sup> Welte, Bernhard, S. 146

*Hoffnung geht um  
auf Menschenfüßen  
und Engelsflügeln,  
und etwas singt selbst in ertaubten Ohren:*

*Siehe ich mache alles neu!*

Die christliche Hoffnung darauf, dass der Tod nicht das letzte Wort hat, vermag es, auch aussichtslos scheinende Situationen zu ertragen.

Bernhard Weltes Worte sind einfach. Doch sprechen sie die Sprache eines erfahrungsreichen Lebens. Sie sollten nicht belehrend wirken, sondern zum Nachdenken und Weiterdenken anregen. Die Gedanken werden die großen und komplexen Mechanismen unserer Tage nicht verändern können. Vielleicht schaffen sie es aber, uns den Blick zu schärfen, für das, was wirklich zählt.

# Therapiebegrenzung gegen den Willen der Angehörigen?

## Eine ethische Fallbesprechung

Die moderne Medizin bietet großartige Möglichkeiten der Behandlung von Krankheiten und der Linderung von Leiden und Schmerzen. Zugleich führt der medizinische und vor allem technische Fortschritt immer häufiger in ambivalente und schwierige Entscheidungssituationen. In diesen oft auch ethisch problematischen Situationen kann eine Ethikberatung sehr hilfreich sein. Was eine Ethikberatung ist und wie sie ablaufen kann, soll im Folgenden dargestellt werden.

Das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin in Freiburg bietet für Ärzte und Pflegende der Uniklinik die Möglichkeit, Ethikberatungen anzufragen. Nach einer Anfrage geht ein Team von zwei Medizinethikern auf die Station, um dort das Beratungsgespräch durchzuführen. An dem Beratungsgespräch nehmen immer die behandelnden Ärzte und Pfleger teil, häufig auch Angehörige oder Betreuer der Patienten. In seltenen Fällen kann eine Ethikberatung auch direkt mit dem Patienten erfolgen.

Das Gespräch ist folgendermaßen strukturiert: Zu Beginn wird die Lage des Patienten aus medizinischer Sicht (Diagnose, Prognose) geschildert. Dann werden Einschätzungen zum Verhalten des Patienten und dessen (mutmaßlichen) Willen eingeholt. Anschließend wird aus den unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten die medizinethische Problematik dargestellt. Es folgt eine Strukturierung und Analyse des Problems unter ethischen Gesichtspunkten. Ziel der Ethikberatung ist es, eine ethisch vertretbare Lösung, die im besten Fall von allen Beteiligten mitgetragen wird, für das Problem zu

*Ziel der Ethikberatung ist es, eine ethisch vertretbare Lösung, die im besten Fall von allen Beteiligten mitgetragen wird, für die schwierige Situation zu finden.*

die medizinethische Problematik dargestellt. Es folgt eine Strukturierung und Analyse des Problems unter ethischen Gesichtspunkten. Ziel der Ethikberatung ist es, eine ethisch vertretbare Lösung, die im besten Fall von allen Beteiligten mitgetragen wird, für das Problem zu



» Claudia Bozzaro,  
Promotion in Philosophie.  
Seit 2010 wissenschaftliche  
Mitarbeiterin am Institut für  
Ethik und Geschichte der  
Medizin, Universität Freiburg

finden. Der Ablauf des Beratungsgesprächs und dessen Ergebnisse werden schließlich in einem Protokoll niedergeschrieben, das in der Patientenakte aufbewahrt wird. Die Ethikberatung und die darin erarbeiteten Lösungsvorschläge sind für Ärzte, Pflegenden und Angehörige nicht bindend. Über den weiteren Verlauf der Behandlung des Patienten müssen letztlich immer die zuständigen Ärzte entscheiden. Das Gespräch hat lediglich eine Beratungsfunktion.

## Fallbeispiel

Die Intensivstation stellt eine Anfrage zur Ethikberatung. Es geht um eine 55 Jahre alte Patientin, Frau Müller (Name geändert). Bei dem Beratungsgespräch sind verschiedene Ärzte der Intensivstation anwesend, eine Pflegerin, vier Kinder der Patientin, ihr Ehemann und ein Pfarrer, der der Familie nahe steht, sowie zwei Mediziner.

## Medizinische Lage

Zunächst wird die medizinische Lage der Patientin von Seiten der Ärzte geschildert. Die Patientin wurde vor einem Monat mit akuter respiratorischer Insuffizienz und einer Lungeninfektion auf der Station aufgenommen. Die respiratorische Insuffizienz ist auf eine akute Verschlechterung einer bereits bekannten Lungenfibrose zurückzuführen. Die Patientin wurde intubiert und tracheotomiert (ein Luftröhrenschnitt wurde durchgeführt). Am selben Tag musste Frau Müller an eine ECMO-Maschine angeschlossen werden, weil ihre Lunge den zum Überleben notwendigen Gasaustausch nicht mehr leisten konnte – die Maschine übernimmt vollständig die Atemfunktion der Patientin. Um Schmerzen zu vermeiden wurde Frau Müller narkotisiert.

*Frau Müller wurde an eine Beatmungsmaschine angeschlossen. Es ist ausgeschlossen, dass sie je wieder selbstständig atmen wird.*

## Einschätzungen aller Beteiligten zum Zustand von Frau Müller

Der Zustand von Frau Müller hat sich, wie die Ärzte und Pflegenden berichten, innerhalb weniger Wochen dramatisch verschlechtert. Aufgrund der ausgeweiteten

Fibrose ist aus medizinischer Sicht ausgeschlossen, dass die Lungenfunktion wieder hergestellt werden kann. Da der Zustand der Patientin bereits äußerst geschwächt ist, ist eine Lungentransplantation nicht möglich. Prognostisch ist keine Verbesserung ihres Zustandes zu erwarten. Daher ist aus Sicht der Ärzte die Weiterführung der Therapie nicht mehr indiziert und stellt lediglich eine Belastung für die Patientin dar. Nach ärztlicher Auffassung sollte deshalb der extrakorporale Lungenfunktionsersatz, der eine hochinvasive Maßnahme darstellt und üblicherweise nur für kurze Zeiträume zum Einsatz kommt, eingestellt werden.

Die Angehörigen von Frau Müller, darunter ihr Sohn, der ihr gesetzlich eingetragener Betreuer ist, sind der Meinung, dass ihre Mutter weiterzuleben gewünscht hätte, dass sie also gegen den Abbruch der Therapie wäre. Wie die Angehörigen und der anwesende Pfarrer angeben, sei ein Therapieabbruch durch das Abschalten der ECMO-Maschine nicht mit ihrem christlichen Glauben vereinbar, da man dadurch den Tod von Frau Müller herbeiführe.

*Das Abschalten der Beatmungsmaschine ist aus der Sicht des Sohnes nicht zu verantworten.*

### Systematisierung des Problems und ethische Analyse

In diesem Fall besteht der Konflikt zwischen der Einschätzung der Ärzte, die den Zustand von Frau Müller als infaust beurteilen und daher die Behandlung durch die ECMO-Maschine für nicht mehr indiziert erachten, und der Auffassung der Angehörigen, die das Abschalten der ECMO-Maschine für unzulässig halten, da sie diese Handlung als einen Akt „aktiver Sterbehilfe“ ansehen.

Von Seiten der Medizinethiker wird klargestellt, dass eine Therapiebegrenzung (in diesem Fall ein Therapieabbruch) bei Patienten, die im Sterben liegen, bzw. deren Sterben nur durch technische Hilfsmittel verhindert wird, auch dann nicht als aktive Sterbehilfe oder „Ermorden“ gewertet werden könne, wenn sie aktives Tun (hier: Abschalten der Geräte) erfordern. Allenfalls wäre in diesem Fall von „passiver Sterbehilfe“ zu sprechen, da sich die behandelnden Personen dem Krankheitsverlauf gegenüber „passiv“ verhalten, also nicht mehr aktiv durch eine Therapie eingreifen. Die Einstellung einer Therapie hätte gemäß den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung zum Ziel, das

*Das Abschalten der Beatmungsmaschine ist keine aktive Tötung, sondern ein Zulassen des Sterbens.*

Sterben zuzulassen und Frau Müller auf diesem Weg mögliches, durch die invasiven Maßnahmen zugefügtes Leid zu ersparen.

Aus ethischer Sicht wäre in diesem Fall eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung durchaus vertretbar und könnte aus juristischer Sicht auch ohne Einwilligung des Betreuers erfolgen.

## Ergebnis

Im Verlauf des Gesprächs konnte Einigkeit darüber erzielt werden, dass beim Auftreten von schwerwiegenden Komplikationen keine neuen intensivmedizinischen Maßnahmen eingeleitet werden sollen. In Bezug auf die ECMO-Therapie konnte dagegen keine Einigung erzielt werden. Trotz des bleibenden Dissenses mit Blick auf die nächsten Therapieschritte hat das Beratungsgespräch zwei wichtige Funktionen erfüllt: Erstens eine Klärung und Differenzierung der rechtlichen und ethischen Richtlinien bei der Begleitung von Sterbenden (passive Sterbehilfe vs. aktive Sterbehilfe). Zweitens eine Wiederherstellung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten und Angehörigen. Die Tatsache, dass die Ärzte die Ethikberatung einberufen haben und dass alle Beteiligten sich Zeit für ein ausgiebiges Gespräch genommen haben, wurde von den Angehörigen anerkennend aufgenommen: Nämlich als Zeichen dafür, dass die Entscheidung bezüglich der Weiterbehandlung von Frau Müller sorgfältig und im Sinne des Patientenwohles getroffen wird.

## Rezension zu „Abschied braucht Zeit“ von H. Christof Müller-Busch

Tod und Sterben fallen „durchs Raster“ moderner Medizin und sollen darum auch unter das Diktat der „Machbarkeit“ gestellt werden: „Wenn schon keine Hoffnung auf Heilung besteht, dann möchte ich doch zumindest den Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen.“ Als Alternative zur Forderung nach Tötung auf Verlangen oder assistiertem Suizid bringt H. Christof Müller-Busch die Palliativmedizin ins Spiel, die auch das Sterben als zum Leben gehörend begreift und ein bewusstes Gestalten dieser Lebensphase ermöglichen will.



Müller-Busch, H. Christof:  
Abschied braucht Zeit.  
Palliativmedizin und Ethik  
des Sterbens,  
Berlin (Suhrkamp Verlag) <sup>3</sup>2012,  
295 S.,  
ISBN: 978-3518463680, 10 Euro

Im Jahr 2012 erschien in der Reihe „medizinHuman“ des Suhrkamp-Verlages in dritter Auflage das Buch „Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens“ von H. Christof Müller-Busch. Der Autor (\* 1943) ist Arzt und beschäftigt sich berufspraktisch wie wissenschaftlich seit vielen Jahren mit dem Thema Palliativmedizin. Er arbeitete an mehreren Berliner Kliniken und als Hochschullehrer an mehreren Universitäten und war Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Im vorliegenden Buch behandelt Müller-Busch in 14 Kapiteln verschiedene „medizinische, ethische und kommunikative Herausforderungen“, denen sich Mediziner, Pflegende und Angehörige



Stephan Koch,  
Akademischer Mitarbeiter  
am Lehrstuhl für  
Caritaswissenschaft der  
Universität Freiburg



ge am Ende des Lebens eines Menschen stellen müssen, die aber auch Anfragen an den gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben sind (vgl. S. 14). Diese Fragen stellen sich immer drängender, da sich mit dem medizinischen Fortschritt auch „Krankheit“ und „Sterben“ stark verändert haben. Die meisten Menschen sterben heute nach längerer Krankheit; die moderne Medizin kann heute nicht nur heilen oder lindern, sondern darüber hinaus auch den Tod hinauszögern – mit Folgen für die letzte Lebensphase.

*Menschen sterben heutzutage häufig erst nach längerer Krankheit als früher, was Auswirkungen auf die letzte Lebensphase hat.“*

### Palliativmedizin und Intensivmedizin

Im ersten Kapitel stellt der Verfasser die Geschichte der Palliativmedizin dar, die als Ergänzung zur heilenden Medizin bereits im 14. Jahrhundert bekannt war (S. 24). Ziel der Palliativmedizin ist die Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Phase des Lebens, was sie eng mit der Hospizbewegung verbindet. So eng sich Palliativmedizin als Ergänzung oder gar Alternative zu moderner Hochleistungs-Medizin versteht, so sehr gehören auch Aspekte der Pflege und der menschlichen Begleitung dazu, was auch „kommunikative und spirituelle Dimensionen“ einbezieht (S. 32).

Dem Verhältnis von Intensiv- und Palliativmedizin widmet Müller-Busch sein zweites Kapitel. Auf den ersten Blick scheinen sich beide Disziplinen auszuschließen: Begleitet die eine bewusst das Sterben medizinisch, will es die andere verhindern, manchmal um jeden Preis. Doch dieser Machbarkeit sind Grenzen gesetzt: Zwischen 10 und 20 Prozent der in Krankenhäusern verstorbenen Patienten starben auf einer Intensivstation (S. 42). Dennoch ist Sterben und das Zulassen des Todes ein immer noch verdrängtes Thema. In die Entscheidungen sind Patienten und Angehörige oft nicht eingebunden.

Die Intensivmedizin wird vom Autor jedoch nicht dämonisiert. Er stellt lediglich dar, dass sie ihre Grenzen anerkennen muss und der Ergänzung durch die Palliativmedizin bedarf – damit der „Mensch wieder zum Subjekt seines eigenen Lebens werden kann“ (S. 60).

Leider führt Müller-Busch als eine der in der modernen Medizin ausgeklammerten Fragen neben jener nach der Lebensqualität auch die nach dem „Lebenswert“ an (S. 47) – ein Begriff, der durch die (meist negative und damit tödliche) „Bewertung“ anderen Lebens im sog. Dritten Reich historisch belastet ist.

## Palliativmedizin im Verhältnis zur Sterbehilfe

Das folgende Kapitel widmet sich der Verhältnisbestimmung der Intensivmedizin zu benachbarten Feldern ärztlichen Handelns: Der Tötung auf Verlangen sowie der Beihilfe zum Suizid. Müller-Busch beginnt das Kapitel mit der Schilderung des Todeswunsches einer Patientin mit Bauspeicheldrüsenkrebs in finaler Phase. Solche Berichte finden sich immer wieder im gesamten Buch, was zum einen dem Leser die Situationen und Themen veranschaulicht, ohne voyeuristisch zu sein. Zum anderen soll dadurch verhindert werden, dass die Fragen rein akademisch-abstrakt und damit an den (schwerkranken) Menschen vorbei behandelt werden.

*Ist es ein Ausdruck von Autonomie, wenn man den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst festlegt?“*

Nach dem Bericht werden Geschichte und gegenwärtige Situation von (aktiver) Sterbehilfe und assistiertem Suizid skizziert. Von Wichtigkeit sind neben den ethischen auch juristische und sogar ökonomische Fragen sowie das Selbstverständnis ärztlichen Handelns. Ein zentraler Aspekt ist dabei, ob selbstbestimmtes Sterben (im Sinne der Bestimmung des Todeszeitpunktes) Ausdruck der Autonomie eines Menschen ist. Im Hintergrund stehen verschiedene Fragen, die vom Autor in unterschiedlicher Weise berücksichtigt werden: Ist nicht der Todeswunsch als letzter Akt der Freiheit zu respektieren? Dagegen gibt es philosophische Argumente, aber auch psychologische: Kann ein Mensch, der schwer leidet, wirklich frei über sein eigenes Leben entscheiden? Welche Rolle spielt dabei das Umfeld, spielen menschliche Beziehungen?

## Palliativmedizin als Alternative

Für Müller-Busch ist die Palliativmedizin im Verbund mit anderen Professionen eine Alternative zu aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. Einen Grund zeigt das erwähnte Fallbeispiel am Kapitel-Anfang: Der Todeswunsch von Frau L. verschwand, nachdem ihre Symptome (Schmerzen, Angst) gelindert werden konnten und sie so auch wieder mit ihrer Umwelt kommunizieren konnte. „Dementsprechend stellt die medizinische Frage der Symptomkontrolle die vielleicht wichtigste Möglichkeit dar, dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen eine Alternative entgegenzusetzen“ (S. 73).

Müller-Busch leugnet aber nicht, dass es Fälle geben kann, in denen auch Palliative Care, die Palliativmedizin und –pflege sowie „Seelsorge“ vereint, kaum helfen kann; die Bereitstellung tödlicher Medikamente könnte dann in seinen Augen sogar eine „Lebenshilfe“ darstellen, weil die Patienten angesichts des „Ausweges“ eine Zunahme an Lebensqualität erfahren, und letztendlich möglicherweise gar nicht auf das letzte Mittel zurückgreifen (S. 92ff).

### Drei Dimensionen des Willens

Kapitel 5 beschäftigt sich nochmals genauer mit dem Respekt vor der Autonomie sterbender Menschen. Besonders im Blick hat Müller-Busch dabei das asymmetrische Verhältnis von Patient und Arzt, das sich in Grenzsituationen des Lebens besonders stark auswirkt. In den Blick kommen auch das Schamgefühl der Patienten sowie der Wille der Patienten, den es aus ärztlicher Sicht zu respektieren gilt. Müller-Busch identifiziert drei Dimensionen des Willens: neben der (neuro-) biologischen und sozialen auch die geistig-spirituelle. Alle drei Aspekte sind zu berücksichtigen – dazu bedarf es der offenen Kommunikationen mit den Patienten.

*Schmerz ist nicht nur ein „pathophysiologischer Mechanismus“, sondern steht in einem „Bedeutungszusammenhang“, der auch Seele, Geist und Spiritualität betrifft.*

Ab dem fünften Kapitel wendet sich das Buch, das ein breites Publikum erreichen möchte, Einzelfragen zu, die sich in der letzten Phase des Lebens ergeben. Die erste ist jene nach Essen und Trinken sowie (künstlicher) Ernährung. Weiter widmet sich der Verfasser dem Schmerz, der naturgemäß im besonderen Fokus der Palliativversorgung ist. Schmerz ist nicht nur ein „pathophysiologischer Mechanismus“, sondern steht in einem „Bedeutungszusammenhang“, der auch Seele, Geist und Spiritualität betrifft. Entsprechend bedürfen an Schmerzen leidende, sterbende Patienten einer guten medikamentösen Schmerzbekämpfung, die aber die anderen Dimensionen des Schmerzes nicht aus dem Blick geraten lassen darf.

### In der letzten Sterbephase

Nachdem Müller-Busch auf Gefühle wie Scham, Schuld und Ekel sterbenskranker Patienten (und der Angehörigen) anspricht, widmet er sich ausführlicher der „Ster-

bensangst“. Diese hat sich mit dem medizinischen Fortschritt verändert – von der Angst vor dem Tod hin zur Angst vor dem Sterben (S. 171) – doch sie ist ein stetiger Begleiter von Patienten wie ihrem sozialen Umfeld.

Im Bewusstsein eines mehr oder weniger nahen Todes verändert sich auch das subjektive Zeitempfinden: Zeit wird zur Frist (S. 187). So verändert sich aber auch Wert und Sinn der verbleibenden Zeit. Mit dem neunten Kapitel über die „Zeit im Angesicht des Todes“ schlägt Müller-Busch auch eine Brücke zum Titel des Buches, der diese Phase als eine Zeit des Abschieds bezeichnet. Nach Nahtoderlebnissen und der „*Hoffnung in der Medizin*“ (die gerade für sterbende Menschen wichtig ist) geht es im zwölften Kapitel um „*Humor bei Sterbenden*“. Lachen und Humor haben auch in der letzten Lebensphase eine wichtige Funktion und Bedeutung, denn sie können die Situation für alle Beteiligten erträglicher machen, Abstand schaffen.

Ermutigung des Leser, sich selbst mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen.

Im letzten Kapitel fragt H. Christof Müller-Busch: „Was ist mein guter Tod?“. Er lässt den Leser in zwölf Abschnitten teilhaben an seinen Vorstellungen vom eigenen Sterben. Nüchtern-tiefgehend und, wie im gesamten Buch, von seinen Patienten und anderen lernend, legt er sehr konkret dar, wie er sich sein Sterben wünscht – und ermutigt so den Leser, sich selbst mit der eigenen letzten Lebensphase, dem eigenen Tod auseinander zu setzen.

Müller-Buschs Buch gibt einen guten und fundierten Überblick über verschiedene Aspekte des Lebensendes. Er lässt dabei auch viele seiner Patienten „zu Wort kommen“, was seinen Ausführungen Tiefe und Kontur verleiht. Gerade die letzten Kapitel sind ein Plädoyer dafür, Sterben und Sterbende nicht aus dem persönlichen wie gesellschaftlichen Bewusstsein zu verdrängen, sondern auch die letzte Phase des Lebens als zum Leben gehörig zu verstehen und bewusst zu gestalten. Eine Möglichkeit dazu bietet Palliative Care, in der Medizin, Pflege und menschliche Begleitung zusammen wirken.



# LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:



## Impressum

### Herausgeber

Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar  
vertreten durch  
P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229  
67059 Ludwigshafen

E-Mail: [info@hph.kirche.org](mailto:info@hph.kirche.org)  
Tel.: 0621/5999-0

### Schriftleitung

Dr. Klaus Klother  
E-Mail: [klother@hph.kirche.org](mailto:klother@hph.kirche.org)  
Tel.: 0621/5999-159

### Redaktion

Dipl. Theol. Johannes Lorenz

### Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

### Layout/Design:

[wunderlichundweigand.de](http://wunderlichundweigand.de) – Büro für Gestaltung

### Kontakt

Heinrich Pesch Haus  
Katholische Akademie Rhein-Neckar  
Postfach 21 06 23  
67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0  
Fax: 0621/517225

E-Mail: [info@hph.kirche.org](mailto:info@hph.kirche.org)

Internet: [www.heinrich-pesch-haus.de](http://www.heinrich-pesch-haus.de)

ISSN 2194-2730