5. Jahrgang

Ludwigshafener Ethische Rundschau

verständlich · christlich · praxisorientiert

Nr. 1/2016

ISSN 2194-2730

hph
Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

zefog
ethisch gut beraten

Liebe Leserin, lieber Leser,
Anfang April 2016 hat der Deutsche Ethikrat eine Stellungnahme veröffentlicht, die zahlreiche Empfehlungen für eine am Patientenwohl orientierte Krankenhausplanung beinhaltet. Dabei spielen die Sorge für die Selbstbestimmung der Patienten und der gleiche Zugang zu Krankenhausleistungen sowie eine transparente Verteilung der Ressourcen eine bedeutende Rolle.
Die Ausgestaltung der Sorge für die Selbstbestimmung schlägt sich auch in der Frage nach dem normativen Inhalt der Indikation nieder, die wir in dieser Ausgabe aufgreifen.
In den Diskussionen über eine angemessene Versorgung im Krankenhaus geht es auch immer wieder um personelle Ressourcen. Um den Personalmangel in der Pflege zu beheben und die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen, wird derzeit ein Gesetzesentwurf zur Zusammenlegung der Ausbildungszweige diskutiert. Die einzelnen Positionen greift der Beitrag von Hendrik Graßme auf.
Neu aufgenommen haben wir ein Glossar am Ende der Ausgabe, in dem Sie einzelne Fachbegriffe nachlesen können.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!
Ihr Jonas Pavelka

2 **Bedingungen einer neuen Sterbekultur**
Pavel Radchenko

6 **Für und Wider der generalistischen Pflegeausbildung – Eine Frage der Perspektive**
Hendrik Graßme

11 **Die medizinische Indikation**
Walter Höltermann

Fallbesprechung:

18 **Patientenorientierte Indikation**
Timo Sauer

Impuls:

22 **Selig die Armen**
Bernd Strohmeier

Buchbesprechung:

25 **Henry Marsh: »Auf Leben und Tod«**
Jonas Pavelka

29 Glossar

Das Zitat »

Es sollte nicht vergessen werden, dass das Sterben immer eine Konfrontation mit den Fragen nach dem Sinn des Lebens bedeutet.
Pavel Radchenko, Seite 4

Die LER entsteht in Kooperation mit:

Katholischer Pflegeverband e.V.

KKV Osnabrück caritas
Katholischer Krankenhausverband der Diözese Osnabrück e.V.

Ludwigshafener
Ethische
Rundschau

Bedingungen einer neuen Sterbekultur

Der technisch-medizinische Fortschritt erlaubt nicht nur ein längeres Leben, sondern führt auch zu einem längeren Sterbeprozess. Das Sterben, das heute zu einer eigenständigen Lebensphase geworden ist, bringt zahlreiche Konflikte und Herausforderungen mit sich. Die alte Generation wird mit Patientenverfügungen und Sterbeversicherungen konfrontiert. Die junge Generation muss sich fragen, ob der Umgang mit sterbenden Menschen im Pflegeheim oder im Krankenhaus eine menschenwürdige Verabschiedung erlaubt. Was die alternde Gesellschaft braucht, ist eine neue Sterbekultur.

Die sterbenden Alten und ihre Angst

Aktuelle Studien zeigen, dass die meisten Menschen zu Hause, im Kreise ihrer Familie sterben möchten und sich vor einem langen und entwürdigenden Verenden im Krankenhaus fürchten. Ihre Angst ist nicht unbegründet. Die technisch hoch komplexen Maßnahmen zur Lebenserhaltung, wie sie in Krankenhäusern üblich sind, können nur von professionell geschultem Personal durchgeführt werden. Um die reibungslose Versorgung der Sterbenden zu gewährleisten, muss das Personal den Sterbeprozess kontrollieren. In den meisten Fällen führt die technisch-medizinische Kontrolle zur räumlichen und sozialen Isolation der Betroffen. Man denke an die Vereinsamung in den sterilen Räumen der Intensivstation.

Der Zwang zur Optimierung des Körpers im Kampf gegen das Sterben verhindert eine persönliche Zuwendung.

Der Grund hierfür liegt unter anderem in der medizinischen Ethik, wenn sie ein solches Verhalten toleriert. Der Lebenserhaltung in der Medizin kommt eine hohe Bedeutung zu, was wiederum oft dazu führt, den Tod und das Sterben so gut es geht zu beherrschen. Die körperlichen Grenzen werden als Hindernisse wahrgenommen,

Pavel Radchenko
promovierte in Philosophie zur Doppeldeutigkeit des Todes und daraus erwachsenden Herausforderungen. Derzeit arbeitet er an einem dokumentarischen Filmprojekt zum gegenwärtigen Umgang mit dem Holocaust.
www.siebzigsiebzig.de

gegen die sich der medizinische Kampf richtet. Der Zwang zur Optimierung des Körpers im Kampf gegen das Sterben verhindert eine persönliche Zuwendung. Weil alles auf die Erhaltung des Menschen als Körper gerichtet ist und der Mensch als Individuum in den Hintergrund tritt, sprechen die Soziologen Armin Nassehi und Georg Weber von einer »Depersonalisierung« des Patienten.

Überforderte Angehörige und Grenzen der Hospizbewegung

Auf der Seite der Angehörigen muss gleichzeitig festgehalten werden, dass viele Menschen sich es kaum leisten können, ihre sterbenden Eltern durchgehend zu betreuen. Eines der größten Hindernisse dafür ist die Leistungserbringung, die gesellschaftlich permanent abverlangt wird. Der berufliche Leistungsdruck lässt kaum Platz für die emotional herausfordernde und kräftezehrende Begleitung von Angehörigen im Sterbeprozess.

Auf den ersten Blick scheinen die Hospize einen Ausweg zu bieten. Im Unterschied zur Fremdbestimmung in den Krankenhäusern wird in Hospizen eine möglichst individuelle Betreuung der Sterbenden unter Einbindung ihrer Angehörigen angestrebt. Doch das Ideal entspricht selten der Realität. Der offene Markt und die Konkurrenz zwischen den Anstalten prägen den Hospizalltag. Sie zwingen diese Institutionen zur Kostenoptimierung und Standardisierung. So wird in vielen Fällen die Hospizarbeit anhand von modellierten Sterbe- und Trauerverläufen konzipiert. In Folge erwartet das Pflegepersonal von den Betroffenen, dass sie sich modellkonform verhalten. Durch vorgefertigte Konzepte untergraben die Hospize aber ihre primäre Idee der individuellen Sterbebegleitung. Der Umgang mit sterbenden Alten läuft damit Gefahr, bloß ein Sterbemanagement mit individuellen Modifizierungen zu bleiben.

Der Umgang mit sterbenden Alten läuft Gefahr, bloß ein Sterbemanagement mit individuellen Modifizierungen zu bleiben.

Sterben – mehr als ein Managementproblem

Es sollte nicht vergessen werden, dass das Sterben immer eine Konfrontation mit den Fragen nach dem Sinn des Lebens bedeutet.

Worin die Mängel des gesellschaftlichen Umgangs mit hochbetagten Sterbenden genau bestehen, kann gut am vorherrschenden Todesverständnis demonstriert werden. Weit über die Medizin und die Naturwissenschaften hinaus wird heute der Tod als ein »natürliches« Ende begriffen. Diese scheinbar sachlich-nüchterne Betrachtung des Todes hat eine normative Seite. Ist der Tod ein biologisches Faktum, gilt es gegen ihn wie gegen eine Naturkatastrophe mit allen Mitteln der Technik und Wissenschaft anzukämpfen. Der Kampf gegen den Tod und die gegenwärtige Kultur der Körperoptimierung – gut zu sehen an der Entwicklung von einer kurativen zu einer wunscherfüllenden Medizin (z.B. Enhancement, plastische Chirurgie) – machen es uns fast unmöglich, das Sterben aus einer anderen als der biologischen Seite zu sehen. Was hierdurch aber unter den Tisch fällt, ist die soziale Seite des Sterbens. Es sollte nicht vergessen werden, dass das Sterben immer eine Konfrontation mit den Fragen nach dem Sinn des Lebens bedeutet. Gerade deshalb sind die Menschen am Ende ihres Lebens in besonderer Weise auf sozialen Beistand und eine Haltung der Fürsorge angewiesen. Denn nur innerhalb einer menschlichen Gemeinschaft können Sinnfragen überhaupt aufgeworfen und beantwortet werden. Solange dies nicht bedacht wird, verkommt das Sterben für die Betroffenen, ihre Angehörigen und letztendlich für die Gesellschaft zu einem Managementproblem.

Bedingungen einer neuen Sterbekultur

Aus dem Bisherigen folgt, dass der Anfang einer neuen Sterbekultur in der Überwindung des heutigen Zwangs zu Todesbeherrschung liegen sollte. Immer bessere Maßnahmen zur Lebenserhaltung haben unbestreitbar ihren Sinn, sie gehen jedoch an der grundsätzlichen Angst vor der Endlichkeit und möglichen Sinnesleere des Lebens, die uns im Sterben ergreifen, vorbei. Eine neue Sterbekultur braucht aber einen Freiraum für Sinnfragen. Dieser ermöglicht erst die persönliche Zuwendung und menschenwürdige Verabschiedung. Konzentrieren wir uns ausschließlich auf die Kontrolle des Sterbeprozesses, sind wir nicht im Stande, einen solchen Freiraum

zu schaffen. Entscheidend für den Wandel ist daher der Perspektivenwechsel und das Verständnis des Sterbens als eines sozialen Prozesses, der eine viel stärkere soziale Integration der Sterbenden erfordert als es bis heute der Fall ist.

Da der Verbleib der sterbenden Alten in familiären Bindungen die soziale Integration am ehesten gewährleistet, müsste die Debatte über die finanzierte Elternbetreuung an dieser Stelle intensiviert werden. Bei der Zurückholung der sterbenden Eltern in die Familie geht es jedoch nicht darum, die palliative Versorgung zurückzufahren und den Fachkräftemangel in der Pflege zu umgehen. Eine Sterbekultur jenseits von Sterbemanagement bedeutet vielmehr, dass für die Angehörigen Möglichkeiten geschaffen werden, sich bei Wunsch von beruflichen Leistungsanforderungen zu befreien und der Verabschiedung der Eltern zu widmen. Die derzeitige gesetzliche Regelegung, die dem Arbeitnehmer eine dreimonatige Freistellung zur Begleitung eines nahen Angehörigen im Sterbeprozess erlaubt, geht hier in die richtige Richtung. Vorausgesetzt, dass der Mensch sowohl am Anfang als auch am Ende seines Lebens ganz besonders auf Fürsorge und soziale Wärme angewiesen ist, scheint das auf zehn Tage begrenzte Pflegeunterstützungsgeld doch »etwas« knapp bemessen zu sein.

Eine Sterbekultur jenseits von Sterbemanagement bedeutet, dass für die Angehörigen Möglichkeiten geschaffen werden, sich bei Wunsch von beruflichen Leistungsanforderungen zu befreien und der Verabschiedung der Eltern zu widmen.

» Literatur beim Verfasser

Für und Wider der generalistischen Pflegeausbildung – Eine Frage der Perspektive

Aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden gesellschaftlichen Veränderungen wird die professionelle Pflege vor zunehmend komplexe Herausforderungen gestellt. Die Bundesregierung hat im Januar 2016 einen Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe vorgelegt, um auf jene Veränderungen reagieren zu können. Während manche Akteure gar den Niedergang der Altenpflege prognostizieren, bewerten Befürworter das Gesetz als notwendige Neuerung für eine professionelle Pflege in der Zukunft. Doch was spricht für und was gegen die so genannte »Generalistik«?

Was ist mit der generalistischen Pflegeausbildung gemeint?

Die generalistische Pflegeausbildung meint die Zusammenlegung der bisherigen Ausbildungsberufe der »Gesundheits- und Krankenpflege«, der »Altenpflege«, sowie der »Kinderkrankenpflege«. Zukünftige Absolventen werden den Berufstitel »Pflegefachkraft« tragen und sollen in allen drei Bereichen ausgebildet und eingesetzt werden können. Während der Ausbildung soll eine Schwerpunktsetzung die Interessen der Berufsanfänger berücksichtigen. Die Berufsbezeichnung kann zum einen über eine dreijährige Ausbildung mit Teilzeitoption und zum anderen über eine hochschulische Ausbildung absolviert werden können. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die Pflege von Menschen unterschiedlicher kultureller Hintergründe, die Versorgung von Menschen am Lebensende sowie die Zunahme an Multimorbidität und Demenz sind nur einige Stichworte, welche die zunehmend kompli-

Hendrik Graßme ist Referent beim Katholischen Krankenhausverband in Osnabrück. Zu seinen aktuellen Schwerpunktthemen zählen neben der generalistischen Pflegeausbildung die Pflegekammer Niedersachsen.

zierten Versorgungslagen von Pflegebedürftigen skizzieren. Die Verbesserung der Ausbildungsqualität durch eine breiter aufgestellte Ausbildung ist daher ein zentrales Reformziel.

Was spricht für die Generalistik?

Die gesellschaftlichen Veränderungen beeinflussen zunehmend die pflegerische Versorgung in den Versorgungssettings »ambulant«, stationär« und »akutstationär«. So werden in der Altenpflege auch zunehmend verschiedene Leistungen der Behandlungspflege abgedeckt. In Krankenhäusern ist das Thema der »Versorgung von Menschen mit Demenz« ein Zukunftsthema. In der Kinderkrankenpflege zeigen sich insbesondere im Bereich der Neonatologie die großen ethischen Herausforderungen in Medizin und Pflege. Eine wichtige Entwicklung in der pflegerischen Versorgung ist es daher, dass die typischen Pflegeberufe zunehmend vor Herausforderungen gestellt werden, die teilweise Überschneidungen aufweisen. Weiterhin offenbaren die Ausbildungsziele der Alten-, der Kranken- und der Kinderkrankenpflege verschiedene Schwachpunkte. Aufgrund der zahlreichen ethischen Herausforderungen in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung würde mit der generalistischen Ausbildung auch die ethische Reflexion in das Ausbildungsziel mit aufgenommen. Weiterhin wird sogar die Entwicklung eines »ethisch fundierten Pflegeverständnisses« gefordert.

Eine wichtige Entwicklung in der pflegerischen Versorgung ist es, dass die typischen Pflegeberufe zunehmend vor Herausforderungen gestellt werden, die teilweise Überschneidungen aufweisen.

Die ethische Schwerpunktsetzung ist ein notwendiger und überfälliger Schritt, sowohl für die Pflegefachkräfte als auch für pflegebedürftigen Menschen. Durch eine fundierte ethische Ausbildung würden Pflegefachkräfte in Zukunft ihr Handeln und ihre Entscheidungen besser reflektieren und begründen können, da das Thema der Ethik mit der Generalistik in allen Pflegeschulen Ausbildungsinhalt sein würde.

Weiterhin ist mit der generalistischen Pflegeausbildung auch die Qualifikation durch ein Hochschulstudium vorgesehen. Dies begrüßen Befürworter insbesondere aus einer professionstheoretischen Perspektive. Mit der Einführung einer akademischen Ausbildung wird auch ein in Europa vergleichbarer Abschluss ermöglicht. In den meisten EU-Mitgliedsstaaten wird eine pflegerische Ausbildung bereits durch

ein Studium vermittelt. Dadurch könnten in Zukunft Pflegefachkräfte, die eine hochschulische Qualifikation durchlaufen haben, einfacher in anderen EU-Staaten tätig werden. Gleichzeitig wird hier der Forderung des Wissenschaftsrates Rechnung getragen, dass in Zukunft mindestens 10-20% aller Pflegefachkräfte mit akademischem Hintergrund in der Pflege eingesetzt werden sollten. Die Akademisierung der Pflege wird damit auch in gesetzlicher Form festgehalten und gestärkt.

Was spricht gegen eine generalistische Pflegeausbildung?

Es wird gegen eine Zusammenlegung der Pflegeberufe plädiert, da der eigene Berufsstand gefährdet werden würde.

Das »Bündnis für Altenpflege«, ein Zusammenschluss verschiedener Träger und Verbände von Pflegeeinrichtungen, bewertet das Reformziel hingegen kritisch und ablehnend; der Erhalt der bisherigen Altenpflegeausbildung wird gefordert. Das Bündnis befürchtet unter anderem eine »Gefährdung der Personalsituation in der Altenpflege« und einen »Rückgang der fachlichen Qualität« sowie eine »Überforderung der Berufsakteure«. Es wird gegen eine Zusammenlegung der Pflegeberufe plädiert, da der eigene Berufsstand gefährdet sein könnte. Weiterhin wird vermutet, dass durch die Zusammenlegung weniger Auszubildende in der stationären oder ambulanten Versorgung tätig wären.

Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung würden Auszubildende die Bereiche der Alten-, der Kranken- und der Kinderkrankenpflege in Form von Praxiseinsätzen unterschiedlich gut kennenlernen. Auszubildende würden dann nicht nur in einer Einrichtung eingesetzt, sondern sie lernten verschiedene Versorgungskontexte kennen und verbrächten in Folge dessen weniger Zeit in einer Einrichtung. Vor diesem Hintergrund würden Träger von Altenpflegeeinrichtungen in Konkurrenz mit Trägern von Krankenhäusern treten. In Zukunft könnten ausgebildete »Pflegefachkräfte« nämlich eine Schwerpunktsetzung in Anlehnung an die »Altenpflege«, »Krankenpflege« oder »Kinderkrankenpflege« vornehmen und ein Arbeitsumfeld aussuchen. So würde nicht vor der Ausbildung eine Fachrichtung gewählt, sondern während der Ausbildung eine Entscheidung getroffen. Nicht selten könnte eine Entscheidung dann auch von den Rahmenbedingungen in den Ein-

richtungen abhängig gemacht werden. Wo werde ich angemessen oder sogar besser bezahlt? Welche Einrichtung hat sich für meine Ausbildung besonders eingesetzt? Mit einer Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes müssten sich Träger in Zukunft besonders für Berufsanfänger einsetzen, sodass diese auch in den entsprechenden Einrichtungen tätig würden.

Die Argumentation der »Generalistik-Gegner« aus der Altenpflege offenbart insbesondere eine berufspolitische Perspektive. Es wird befürchtet, dass durch ungleiche Rahmenbedingungen in der Pflege auch die Beschäftigungszahlen negativ beeinträchtigt werden könnten. In Zukunft werden Arbeitgeber besonders gefordert sein, Berufsanfänger zu gewinnen. Weiterhin wird deutlich, dass die Diskussion um die Verbesserung der Ausbildungsqualität nicht loszueisen ist von der Diskussion für bessere Rahmenbedingungen in der Pflege.

Neben den kritischen Stimmen aus der Altenpflege befürchten auch Berufsvertreter der Kinderkrankenpflege eine Abwertung des Qualifikationsniveaus der Absolventen. Auch hier wird die Verteilung der Praxiseinsätze der Auszubildenden kritisch angemerkt. Weiterhin wird bemängelt, dass medizinische und pflegerische Themen der Kinderkrankenpflege schwierig mit anderen pflegerischen Inhalten verglichen werden können. Es wird auch in Zukunft eine spezialisierte Wissensvermittlung notwendig sein, um die besonderen Bedarfslagen von Kindern und Säuglingen berücksichtigen zu können. Grundsätzlich wird eine gemeinsame Ausbildung begrüßt, doch sollte eine Schwerpunktsetzung in der Ausbildung in der Wahrnehmung der Kritiker unbedingt berücksichtigt werden. Weiterhin wird problematisiert, dass alle Auszubildenden in Praxiseinsätzen auch Kinderkrankenpflegeeinrichtungen durchlaufen müssten. Deshalb würden entsprechende Stationen bzw. Einrichtungen in Zukunft deutlich mehr Auszubildende betreuen müssen. Die Kritik der Kinderkrankenpflege betrifft vor allem die noch ungeklärten Ausbildungsinhalte sowie die praktischen Einsätze der Auszubildenden. Hierbei wird deutlich, dass eine Ausgestaltung der Reform unter Einbezug der Pflege unbedingt notwendig ist.

Es wird auch in Zukunft eine spezialisierte Wissensvermittlung notwendig sein, um die besonderen Bedarfslagen von Kindern und Säuglingen berücksichtigen zu können.

Eine Perspektive der bestmöglichen Versorgung ist notwendig

Die Diskussion über das »Für und Wider« einer generalistischen Pflegeausbildung offenbart insbesondere, dass eine Perspektive in Zukunft intensiver diskutiert werden muss: Wie können ausgebildete Pflegekräfte eine bestmögliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sicherstellen? Der Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes hat dazu einige gute Neuerungen formuliert:

- Durch eine gemeinsame Grundausbildung werden Auszubildende zum einen theoretische Inhalte einüben und zum anderen den kompletten Versorgungsablauf kennenlernen.
- In Zukunft könnten Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen eingedämmt werden, da Pflegefachkräfte eine gemeinsame Ausbildung absolviert haben.
- Weiterhin werden Pflegefachkräfte medizinische und pflegerische Inhalte gleichermaßen kennenlernen, wodurch alle Versorgungssettings profitieren könnten.
- Ethische Inhalte werden als Teil eines professionellen Selbstverständnisses Einzug in den pflegerischen Alltag erhalten.
- Die Angleichung der Ausbildungsziele würde das Niveau auf eine Stufe stellen; hiervon könnten in Zukunft vor allem pflegebedürftige Menschen profitieren.

Weiterhin muss angemerkt werden, dass das Feld der Pflege ungemein vielfältig und komplex ist. Deshalb werden auch in Zukunft weiterführende Qualifikation in Form von Weiterbildungen notwendig sein, um den zahlreichen Anforderungen gerecht zu werden. Die Weiterbildungsmöglichkeiten sind ein Beispiel für die hohe Attraktivität des Berufes.

Trotz vieler guter Ansätze darf die generalistische Pflegeausbildung nicht als *die* Antwort auf den bevorstehenden Personalmangel in der Pflege missverstanden werden. Es müssen in Zukunft bessere Rahmenbedingungen für Pflegefachkräfte geschaffen werden, um die Attraktivität des Berufes auf verschiedenen Ebenen zu fördern. Dies betrifft nicht einzig und allein die Ausbildung, sondern auch die kontinuierliche Entwicklung der Rahmenbedingungen. Die inhaltlichen Kritikpunkte offenbaren vor allem, dass eine nähere Ausgestaltung der Reform unbedingt notwendig ist. Weiterhin scheint die Forderung der langfristigen wissenschaftlichen Begleitung sinnvoll, um Langzeiteffekte der Berufsreform messen und um auf verschiedene Herausforderungen zeitnah reagieren zu können.

» Literatur beim Verfasser

Die medizinische Indikation

Die Entscheidung des Arztes *(im Folgenden wird für eine bessere Lesbarkeit die männliche Bezeichnung verwendet)* für eine bestimmte diagnostische Maßnahme und/oder einen Heileingriff orientiert sich an dem Wohl des sich ihm anvertrauenden Patienten. Dabei erfordert es oft höchste Sorgfalt und Empathie, um dabei zu guten Entscheidungen und Empfehlungen zu kommen. Diese sind nur dann möglich, wenn dem Patienten eine wirklich umfassende, ganzheitliche und ihm in allen Belangen höchst gerechte Lösung für seine Probleme angeboten wird.

Verschiedene Aspekte der medizinischen Indikation

Dabei geht es vornehmlich nicht nur um hochkomplexe und zuweilen spektakuläre Entscheidungen am Lebensende, sondern vielmehr zuvorderst um die alltägliche Praxis des sorgfältigen Abwägens, um den bestmöglichen Weg einer Behandlung zu finden. Dieser erschließt sich nicht allein durch die Anwendung der medizinisch-fachlichen Ebene in Gestalt von Leitlinien, Algorithmen oder Checklisten. Vielmehr ist er das Ergebnis eines Reflexionsprozesses, der neben der externen Evidenz auch die Individualität eines Patienten berücksichtigt. Letzteres erfordert eine umfassende Anamnese, das Verständnis für die Auffassungen und Belange des Patienten sowie ärztliche Erfahrung. Letztendlich wird der Patient entscheiden müssen, was für ihn richtig und gut ist, doch die Empfehlung des Arztes hat eine nicht zu unterschätzende präformierende Bedeutung. Die Empfehlung des Arztes beeinflusst die Entscheidung des Patienten (im positiven wie auch negativen Sinne) mit.

Letztendlich wird der Patient entscheiden müssen, was für ihn richtig und gut ist, doch die Empfehlung des Arztes hat eine nicht zu unterschätzende präformierende Bedeutung.

Dr. Walter Höltermann
leitet als Chefarzt im Bonifatius Hospital in Lingen die Fachabteilung Anästhesie und Schmerzmedizin.

Mit dem medizinischen Begriff der »Indikation« (von lateinisch »indicare« = »anzeigen«, Synonym: Heilanzeige) werden medizinische Maßnahmen bezeichnet, die bei einer bestimmten Erkrankung bzw. beim Verdacht darauf angebracht sind. Auch wenn ausschließlich medizinische Erkenntnisse den Ausgangspunkt (im Sinne einer unabdingbaren Voraussetzung) dafür bieten, ob eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme sinnvoll ist und deshalb nach den Regeln der Kunst (»lege artis«) angeboten werden kann, so reichen diese allein nicht aus. Denn auch andere Faktoren beeinflussen die letztendliche Indikationsstellung mit. Diese ergeben sich primär aus den Besonderheiten der Person des jeweiligen Patienten (wie etwa Wertvorstellungen oder Weltanschauung), sie können jedoch auch völlig fachfremd von außen in die Indikationsstellung mit einbezogen werden. Derartige fremde Einwirkungen sind beispielsweise immer dann gegeben, wenn ökonomische Überlegungen die Indikation steuern oder aber billigend hingenommen werden, etwa um höhere Erlöse zu erzielen oder sogar die Umsatzerwartungen industrieller Partner zu erfüllen. Letztendlich bleibt bei der Indikationsstellung eine Diagnose- bzw. Rechtsunsicherheit des Arztes bestehen, die gleichermäßen durch die Einzigartigkeit des individuellen Patienten wie die des behandelnden Arztes erklärbar ist.

Bei der medizinischen Indikation handelt es sich um eine wägende Entscheidung des behandelnden Arztes, der Art und Ausmaß einer Behandlung verantwortet. Diese Auffassung korrespondiert auch mit der rechtlichen Bewertung der medizinischen Indikation, die sich an einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 17.03.2003 orientiert. Darin hat der XII. Zivilsenat die Festlegungskompetenz der Indikation dem Arzt überlassen und es liegt danach allein im Ermessen des Arztes, ob eine therapeutische Maßnahme angezeigt ist oder nicht.

Bei der medizinischen Indikation handelt es sich um eine wägende Entscheidung des behandelnden Arztes, der Art und Ausmaß einer Behandlung verantwortet.

Die medizinische Indikation als Ausdruck einer ärztlichen Haltung

Es ist daher absolut nachvollziehbar, wenn die medizinische Indikation als ein »Kernstück der ärztlichen Identität« (Giovanni Maio) bezeichnet wird. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass der Arzt dem Patienten lediglich das empfehlen kann, was für ihn prinzipiell zuträglich ist. Die Kluft zwischen einer allgemeinen und stan-

dardisierten Medizin und dem individuellen Patienten gilt es zu überbrücken. Die ärztliche Indikation sollte daher Bestandteil einer »Medizin der Zuwendung« sein, die nur dann eine kluge Entscheidung ist, wenn sich der Arzt zuhörend auf den Patienten einlässt. So wichtig objektive Befunde auch sein mögen, so werden sie doch erst durch die spezifische Situation eines Patienten für den Einzelfall gültig. Indikationen sind daher immer singuläre Entscheidungen, die nicht schematisiert werden können und die auch nicht durch fachfremde Überlegungen, zum Beispiel solche der Ökonomie, beeinflusst werden dürfen. Um Ärzte in ihrem Auftrag zu einer sorgfältigen primär ärztlichen Indikationsstellung zu bestärken, hat der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer eine Stellungnahme zur »Medizinischen Indikationsstellung und Ökonomisierung« verfasst. Danach haben Ärzte eine ethische Verpflichtung gegenüber ihren Patienten und (Ärzte) dürfen in ihren Entscheidungen die Interessen Dritter nicht über die Interessen ihrer Patienten stellen.

Ärzte dürfen in ihren Entscheidungen die Interessen Dritter nicht über die Interessen ihrer Patienten stellen.

Ein dreistufiges Entscheidungsmodell für die Indikationsstellung

Der behandelnde Arzt entwickelt die medizinische Indikation in einem dreistufigen Entscheidungsmodell:

1. Empirischer Aspekt: Die Indikation muss dem evidenzbasierten aktuellen Stand des Wissens der jeweiligen Fachdisziplin entsprechen. Dieser muss auf den jeweiligen Patienten bezogen entsprechend der spezifischen Anamnese und Diagnose zur Anwendung kommen. Damit wird die medizinisch-fachliche Ebene angesprochen, die an objektive Parameter, an den Stand der Wissenschaft und an den allgemein anerkannten medizinischen Standard gebunden ist.
2. Finaler Aspekt: Dieser stellt die Frage nach dem Therapieziel, die mit der angedachten Maßnahme erreicht werden soll.
3. Kausaler Aspekt: In diesem abschließenden Schritt wird geklärt, ob aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse (Anamnese und Untersuchung) die Maßnahme überhaupt geeignet ist, das angestrebte Therapieziel zu erreichen. Dadurch wird dem finalen Aspekt das Kriterium der Erreichbarkeit hinzugefügt.

Die stringente Anwendung des vorstehenden Entscheidungsmodells sichert ein streng logisch-argumentatives Vorgehen in der medizinischen Entscheidungsfindung und damit der ärztlichen Indikationsstellung, was eine Reflexion des empirischen, also methodisch erworbenen, medizinischen Fachwissens gewährleistet. Erst dadurch wird der Heilauftrag des Arztes (Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten sowie an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen mitzuwirken) umfassend für die Überlegungen und Analysen zur ärztlichen Entscheidungsfindung verfügbar.

Aus alldem wird deutlich, dass die medizinische Indikation explizit ein Therapieziel – sei es kurativ oder palliativ – verfolgen muss. Unmittelbar daran knüpft sich die Frage an, ob bei dem vorliegenden individuellen Krankheitsbild des Patienten (empirischer Aspekt) das Therapieziel (finaler Aspekt) auch tatsächlich mit der vorgesehenen Maßnahme erreichbar ist (kausaler Aspekt). Erst wenn dieses zur Überzeugung des behandelnden Arztes geworden ist, besteht für ihn die ärztliche Pflicht, diese Maßnahme entsprechend anzubieten. Umgekehrt, wenn das ursprünglich festgelegte Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, besteht auch für die ursprünglich angesetzte Maßnahme keine Rechtfertigung mehr. Dieses gilt auch für schon begonnene Therapien, in deren Verlauf das anfangs als kurativ ausgegebene Behandlungsziel sich als unerreichbar erweist und infolgedessen auch die Indikation für diese Therapien nicht mehr gegeben ist. Damit endet nicht der gesamte ärztliche Handlungsauftrag, vielmehr muss umgehend ein anderes Therapieziel formuliert und eine andere patientenbezogene Indikation gestellt werden. Dabei ist vom Grundsatz des »Primum nihil nocere« her immer die medizinische Maßnahme zu wählen, die dem Patienten am wenigsten Schaden zufügt und damit sein Recht auf körperliche Unversehrtheit wahrt.

Die medizinische Indikation muss explizit ein Therapieziel – sei es kurativ oder palliativ – verfolgen.

Indikationsstellung zwischen Standard und Einzelfall-Entscheidung

Die Indikationsstellung ist also grundsätzlich nicht standardisierbar, sondern sie ist ein Beurteilungsprozess, bei dem es um das Zusammenführen von medizinischem Wissen und einzelfallbezogenen Erwägungen geht. Zu Letzterem gehören die Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten, seine lebensgeschichtlichen Besonderheiten sowie seine religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen als

auch die damit in Einklang stehenden Annahmen über die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen der in Aussicht genommenen Maßnahme. Auch ist die Indikationsstellung ein Prüfungsprozess mit der stetigen Möglichkeit einer Revision, da der dieser zugrunde liegende Vorgang der Beurteilung immer auch eine Momentaufnahme darstellt. Die medizinische Indikation ist demzufolge das Ergebnis einer individuellen ärztlichen abwägenden Einschätzung, die sich auf einen bestimmten Zeitpunkt bezieht und die in ihrem Ablauf stets an typisierte Entscheidungsregeln rückgebunden wird, welche zu einem gewissen Grad formalisiert sind und die nicht beliebig kreiert werden können.

Ärztliche Indikation und Einwilligung des Patienten

Neben der ärztlichen Indikation ist auch die Einwilligung des Patienten »Kernstück ärztlicher Legitimation« und es ist wichtig, beide Begriffe voneinander zu unterscheiden. Die Indikation geht der Einwilligung des Patienten voraus und sie wird unabhängig von ihr gestellt. Die Indikation ist gleichsam ein »Filter« und ein »Interventionsangebot« des Arztes, welches neben dem medizinischen Standard auch die lebensweltlichen Aspekte des Patienten, die Behandlungs-Aussichten sowie die individuell zu fassenden Auswirkungen der jeweiligen Maßnahme umfassen. Von Notfällen abgesehen bleibt es der Entscheidung des Patienten vorbehalten, ob die in Aussicht genommene Maßnahme auch durchgeführt wird. Die ärztliche Indikation bildet die Grundlage für die Information und die Aufklärung des Patienten, und nur dessen Einwilligung kann die aus ärztlicher Sicht indizierte Maßnahme rechtfertigen.

Die ärztliche Indikation bildet die Grundlage für die Information und die Aufklärung des Patienten und nur dessen Einwilligung kann die aus ärztlicher Sicht indizierte Maßnahme rechtfertigen.

Die »Kontrollfunktion« der Indikation

Die normative Kraft der ärztlichen Indikation steuert die Behandlung eines Patienten, deren Durchführung sich erst durch dessen Einwilligung verwirklichen kann. Diese Teilung in der Verantwortung im Behandlungsprozess, bei der jeder der beiden Verantwortlichkeiten ein eigener Stellenwert zukommt, lässt wenig Raum für medizinische Interventionen, für die es keine ärztliche Indikation gibt und die lediglich auf Wunsch der Patienten vorgenommen werden (z.B. ästhetische Eingriffe, Kaiserschnitt oder Pränataldiagnostik auf Wunsch).

Es kommt zu einer Verletzung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, wenn die Indikationsstellung beispielsweise durch ökonomische Überlegungen geleitet wird

Die Indikationsstellung für eine medizinische Maßnahme ist ein Abwägungs-, Beurteilungs- und Entscheidungsvorgang, in den sowohl wissenschaftlich gesichertes Wissen als auch patientenbezogene Aspekte und Nutzen-Risiko-Abwägungen einfließen. Nur wenn dieser Vorgang von Analyse und Entscheidungsfindung frei von nicht-medizinischen und auch emotionalen Einflüssen bleibt, kann der Patient auf die Verlässlichkeit der durch den Arzt indizierten Maßnahmen vertrauen. Es kommt zu einer Verletzung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, wenn die Indikationsstellung beispielsweise durch ökonomische Überlegungen geleitet wird, die nicht ohne Zweifel mit dem Primat des Patientenwohls in Einklang stehen. Die ärztliche Indikation ist ein »normatives Korrektiv«, mit dessen Hilfe verhindert werden soll, dass Patienten durch ihre Ärzte verleitet werden, sich für schädliche Eingriffe zu entscheiden.

Fazit

Die Indikation ist bei der Behandlung eines Patienten durch einen Arzt für dessen ärztliche Tätigkeit von zentraler Bedeutung und zudem eine nicht wegzudenkende Voraussetzung für die Begründung seines ärztlichen Handelns. Angesichts von nicht-medizinischen Einflüssen auf der einen und Wünschen von Patienten auf der anderen Seite, mit denen auf die Indikationsstellung eingewirkt wird, bleibt die Medizin auf ein tragfähiges Konzept der medizinischen Indikationsstellung ange-

wiesen. Da sich die Einflussnahme auf die medizinische Indikationsstellung auf die Sicherheit der Patienten schädlich auswirken kann, ist es unerlässlich, den Stellenwert der medizinischen Indikation zu bewahren und durch eine breite Diskussion im ärztlichen Alltag präsent zu halten.

Vertrauen und Vorsorge auf Gegenseitigkeit

sichern Zukunft mehr als 60 Jahre SELBSTHILFE

Attraktive Altersvorsorge – Ihre Vorteile

- Höhere Rente und jederzeitige Beitragsflexibilität sichern
- Attraktives Garantiemodell mit Höchststand-Garantie für Ihre Altersvorsorge nutzen
- Innovative Tarife ohne Abschlussprovision und dadurch hohe Vertragsguthaben ab dem ersten Beitrag

Jetzt starten!

SELBSTHILFE
Pensionskasse der Caritas VVaC

Mehr Informationen:
www.sh-rente.de · info@sh-rente.de · Tel.: 0221 46015-0

Fallbesprechung: Patientenorientierte Indikation

Ein 1929 geborener Patient leidet seit längerem unter einem Plattenepithelkarzinom des Penis mit Lymphknotenmetastasierung. Nach einer Teilresektion und einer anschließenden Strahlentherapie wird die Prognose als infaust eingeschätzt. Im Zusammenhang mit der geschwürartigen Lymphknotenmetastasierung kam es zu einer Schädigung der naheliegenden rechten Oberschenkelarterie. Immer wieder kommt es zu gefährlichen arteriellen Blutungen. Der Patient musste innerhalb einer Woche dreimal notfallmäßig operiert werden. Die Blutung konnte so jedes Mal gestoppt werden. Durch die Narkose sind die Eingriffe jedoch sehr belastend.

Einige im Team – insbesondere im Pflegeteam – bezweifeln, ob bei einer (wahrscheinlichen) erneuten Blutung auf die gleiche Art verfahren werden sollte. Der Operateur hingegen geht davon aus, dass man den Patienten nicht verbluten lassen darf und dass solange eine Indikation für das operative Stillen der Blutung besteht, wie der Erfolg der Maßnahme wahrscheinlich ist. Eine ablehnende Haltung des Patienten würde er akzeptieren. Der Patient selbst wirkt jedoch unschlüssig und hat bisher kaum Position bezogen.

Beschreibender und wertender Anteil der Indikationsstellung

Wie soll verfahren werden? Zunächst liegt es nahe, die Entscheidung für oder gegen eine weitere Intervention dem Patienten zu überlassen. Er muss selbst entscheiden dürfen, ob er noch gegen seine Krankheit ankämpfen will mit dem Risiko eines prä-, intra-, oder postoperativen Versterbens, oder ob er eher ei-

Timo Sauer setzt sich neben verschiedenen Fragestellungen in der Ethik derzeit besonders mit dem Thema: »moral distress« auseinander.

nem palliativen Szenario zugeneigt ist, das ggf. mit einem früheren aber bewussten Versterben verbunden sein kann. Dieser Ansatz ist auf den ersten Blick plausibel und soll durch die folgende Argumentation nicht grundlegend in Frage gestellt werden. Es soll aber auf einen aus ethischer Sicht problematischen Aspekt eines unklar bestimmten Indikationsbegriffs hingewiesen werden. Der Indikationsbegriff enthält grundsätzlich den deskriptiven Anteil einer Wahrscheinlichkeitsaussage: Diese oder jene Maßnahme ist effektiv. Er enthält aber auch den evaluativen Anteil einer Wertaussage: Das Realisieren dieser oder jener Maßnahme führt zu einem Ergebnis, das für einen konkreten Menschen als wünschenswert betrachtet werden kann. Im vorliegenden Fall geht der Operateur davon aus, dass eine operative Intervention eine auftretende arterielle Blutung mit großer Wahrscheinlichkeit stoppen kann. Damit ist sie für ihn medizinisch indiziert. Die Pflegenden hingegen sind der Meinung, dass eine erneutet operative Intervention mit den allgemeinen Vorstellungen eines guten Sterbens nicht vereinbar ist. Sie halten die Maßnahme entsprechend nicht mehr für medizinisch indiziert. Wer hat nun Recht?

Je nachdem, auf welchen Aspekt der medizinischen Indikation man sich bezieht, kann man beiden recht geben. Ärzte oder auch Pflegende, die in einer Entscheidungssituationen Position beziehen, können sich sowohl auf den deskriptiven als auch auf den evaluativen oder auf beide Aspekte beziehen. Häufig wird zwischen diesen beiden Aspekten überhaupt nicht unterschieden, was jedoch in einem Fall wie diesem zwingend nötig wäre. Nicht alles, was funktioniert, ist auch empfehlenswert. Die Effektivität einer Maßnahme ist, wenn man so will, eine *notwendige* Bedingung der Durchführung. Die *hinreichende* Bedingung ist die angemessene Einschätzung, ob der Erfolg der Maßnahme für den Patienten sinnvoll ist. Die Praxis des Operateurs – eine formale Indikation zu stellen und die Entscheidung dem Patienten zu überlassen – ist in gewissem Sinne typisch für die moderne Medizin. Allerdings wird dadurch etwas ausgeblendet, was vor dem Hintergrund der immer effektiver werdenden Möglichkeiten eher an Bedeutung gewinnt: eine ergebnisoffene Beratung.

Die Effektivität einer Maßnahme ist, wenn man so will, eine notwendige *Bedingung der Durchführung. Die hinreichende Bedingung ist die angemessene Einschätzung, ob der Erfolg der Maßnahme für den Patienten sinnvoll ist.*

Können Pflegende eine Indikation in Frage stellen?

Eine besondere Problematik besteht für Pflegende, die Zweifel am Sinn der medizinischen Intervention haben, diese im Hinblick auf die medizinische Indikation auch zu artikulieren, da das Stellen der Indikation als eindeutig ärztliche Tätigkeit (Giovanni Maio: »Kernstück der ärztlichen Aktivität«) betrachtet wird. Wo sollte ein Argument also ansetzen, wenn es grundsätzlich in den exklusiven Zuständigkeitsbereich einer anderen Berufsgruppe hineinreicht? Die angedeutete Exklusivität gilt sicher für den deskriptiven Anteil des Indikationsbegriffs, der die Effektivität der Maßnahme anbetrifft. Hierfür sind Ärzte – und nur Ärzte ausgebildet. Der evaluative Anteil hingegen, der den Sinn einer Maßnahme im Hinblick auf einen konkreten Patienten in einer konkreten Situation betrifft, lässt sich mit den analytischen Mitteln der modernen Medizin nicht beurteilen, sondern nur mithilfe geteilter Vorstellungen des guten Lebens und ist insofern auch gegenüber nichtärztlichen Berufen mindestens begründungspflichtig. Er ist damit eben nicht von vornherein der nicht-ärztlichen Kritik entzogen. Dazu bedarf es aber eines mehrschichtigen Indikationsbegriffs, der zum einen die Effektivität einer Maßnahme von dessen Sinn unterscheidbar macht und es zum anderen ermöglicht, dass bestimmte, nicht spezifisch medizinische Aspekte auch durch nichtärztliche Akteure angesprochen bzw. zur Diskussion gestellt werden können. Der Medizinethiker Neitzke (Neitzke: Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns, in: Medizinische Klinik 109, 1:8-12) schlägt vor, zwischen »medizinischer« und »ärztlicher« Indikation zu unterscheiden. Diese aus logischen Gründen sinnvolle Trennung korrespondiert in etwa mit dem, was oben mit deskriptivem und evaluativem Anteil erörtert wird. Allerdings führt die Verknüpfung des evaluativen Anteils mit dem Begriff »ärztliche Indikation« eher dazu, den exklusiven Charakter des Indikationsbegriffs weiter zu zementieren. In dieser Hinsicht wäre es folglich besser, von formaler und patientenorientierter Indikation (o. Ä.) zu sprechen (vgl. Sauer (2014): Die formale Ebene verlassen, in: Pflegezeitschrift 67, 10: 624–627).

Es bedarf eines mehrschichtigen Indikationsbegriffs.

Was ist das Beste für den Patienten?

Wie sollte aber nun im eingangs beschriebenen Fall verfahren werden? Zunächst sollte im Team geklärt werden, welche Komplikationen zu erwarten sind, welche Maßnahmen faktisch noch durchführbar wären (formale Indikation) und welche (patientenorientierte Indikation) dem Patienten, um den es geht, guten Gewissens empfehlen könnte. Aufgrund der infausten Prognose und der erheblichen Belastung für den Patienten, spricht wahrscheinlich mehr für einen Verzicht auf weitere operative Interventionen. Letztlich muss eine solche Position jedoch im interprofessionellen Diskurs entwickelt werden. Wenn hierüber eine gemeinsame Position gefunden ist, kann dies mit dem Patienten erörtert werden. Dabei ist zweierlei wichtig: Das Gespräch muss eine wahrnehmbare Empfehlung enthalten, gleichermaßen aber auch ergebnisoffen sein. Wichtiger als konkrete medizinische Maßnahmen sind in einer solchen Situation eine gute pflegerische Versorgung, menschliche Zuwendung ggf. auch seelsorgerische Begleitung, um dem Patienten in seiner Ungewissheit oder auch Angst vor der unweigerlich auftretenden arteriellen Blutung und dem damit verbundenen Versterben beizustehen.

Aufgrund der infausten Prognose und der erheblichen Belastung für den Patienten, spricht wahrscheinlich mehr für einen Verzicht auf weitere operative Interventionen.

Selig die Armen

Sich dem Thema Armut zuzuwenden, steht auf unserer Prioritätenliste – nicht erst seit Papst Franziskus. Was er unermüdlich anmahnt, gehört zum Ureigenen christlicher Nachfolge und christlicher Gemeinde. Die theologische Herleitung ist klar und stimmig, die Praxis oft schwierig.
Als Diakon für arme und obdachlose Menschen begegne ich täglich Grenzen, Sackgassen und Mauern. Nicht nur strukturellen und verwaltungstechnischen, sondern auch eigenen, persönlichen und inneren Grenzen.

Zum Leben zu wenig, zum Sterben zu viel

Schon mit der Begrifflichkeit fängt es an: Das sogenannte Arbeitslosengeld II – Hartz IV – ein Begriff für Lebensrealitäten, die man ohne Übertreibung so charakterisieren kann: » zum Leben zu wenig, zum Sterben zu viel«. Es schmerzt ganz einfach zu sehen, dass Menschen mit dem Wenigen, das ihnen zur Verfügung steht, nicht zurechtkommen. Es schmerzt zu sehen, dass Wohnungen geräumt, der Strom abgeschaltet und Kinder vom Kindergarten abgemeldet werden – weil es nicht reicht.

Es schmerzt zu sehen, dass Wohnungen geräumt, der Strom abgeschaltet und Kinder vom Kindergarten abgemeldet werden – weil es nicht reicht.

Menschen, die zu uns kommen, weil nichts mehr geht, sind oft erkennbar an ihrer Körperhaltung und an ihrem Blick: er ist unruhig, flackernd und gesenkt. Sie vertrauen weder den Institutionen, den Nachbarn noch sich selbst, der Kirche und Gott. Viele spüren sich nicht mehr. Keine Freude mehr und auch keinen Schmerz.

Bernd Strohmaier arbeitet als Diakon für arme und obdachlose Menschen in Friedrichshafen.

Menschen auf Augenhöhe begegnen

Einen Menschen achtsam und liebe-voll anschauen heißt, in ihm und mir selbst die Gegenwart Gottes erkennen und spüren.

Der Blick des armen Menschen führt mich zu einem Gedanken des 1931 in Alexandria geborenen Jesuiten Henri Boulad. Als langjähriger geistlicher Leiter der Caritas Ägypten kennt er aus eigener Erfahrung die vielen Gesichter der Armut. Er kennt Menschen, die niemand mehr anschaut und die sich nicht getrauen, den Kopf zu heben und auf Augenhöhe zu kommunizieren. Er geht soweit zu sagen, dass es einem Sakrament gleicht, einen Menschen anzuschauen, den niemand mehr eines Blickes würdigt.

»Dieser Blick, den ich einem Menschen entgegenbringe, den niemand mehr eines Blickes gewürdigt hat«, so sagt er, » ist ein Sakrament, das ebenso echt ist wie die Kommunion. Wenn man ihm das erste Mal zulächelt, kann er gar nicht glauben, dass er es ist, dem dieses Lächeln gilt, und dieses Lächeln wird zum Sakrament.« Einen Menschen achtsam und liebe-voll anschauen heißt, in ihm und mir selbst die Gegenwart Gottes erkennen und spüren. Nicht nur der Andere wird dadurch verwandelt, sondern auch ich.

Zurück zu meiner Praxis als Diakon für arme und obdachlose Menschen: Oft geben sie sich im Minutentakt die Klinke der Türe in die Hand: Schulden und Scheitern, Wohnungsverlust und Trennungen, Arbeitslosigkeit und Krankheit zerbrechen das Vertrauen in die eigenen Stärken und Fähigkeiten, in die Kirche und in Gott.

Begegnungen mit Armen kosten Mühe, weil es oft Grenzsituationen sind, an die wir geführt werden – aber sie geben Kraft. In drei Jahrzehnten diakonischer Arbeit durfte und darf ich dies immer wieder erfahren.

So etwa in Gesprächen mit einer schwer psychisch kranken Frau. Im Rahmen meiner Tätigkeit als Seelsorger in einem Zentrum für Psychiatrie suchte sie mich immer wieder auf. Einmal, als sie ging, sagte sie unter der Türe zu mir: »Ich komme gerne zu Ihnen, weil ich spüre, dass sie mich ernst nehmen, obwohl ich so krank bin.«

Oder nachdem es gelungen war, einer alleinstehenden jungen schwangeren Frau eine Wohnung zu vermitteln und sie unter Tränen fragte, ob es sein könne, dass Gott ihre verzweifelten Gebete gehört hat.

Helfen und Bedürftig sein

Solche Begegnungen bereichern. In der Begegnung mit armen Menschen werden meine eigenen Wunden offenbar. Meine Armut wird sichtbar und meine Heilungsbedürftigkeit. Nicht mehr ich bin es, der dem anderen etwas gibt und schenkt, sondern wir beide sind es, die der Heilung bedürfen.
Die Armen selig zu preisen, heißt nicht, ungerechten und unsolidarischen Strukturen und Zuständen das Wort zu reden. Es heißt vielmehr, sich bewusst zu machen, dass wir alle arm und heilungsbedürftig sind vor Gott.

Die Erfahrung der Arbeit mit armen Menschen lehrt mich Dankbarkeit. Nichts ist selbstverständlich und hauch-dünn sind die Grenzen zwischen scheinbarer Sicherheit und dem Absturz, zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen Hoffen und Bangen. Das Wort »Vertrauen« wird neu buchstabiert, ebenso die Erfahrung der Nähe Gottes in jedem Menschen. Gottesdienst und Nächstendienst verlieren ihre künstliche Trennung und das ist es im Tiefsten, was mich erfüllt in meinem Dienst.

Ein Gebet von Henri Boulad wurde mir dabei zu einem inneren Begleiter:

»Herr, gib mit deine Augen,
damit ich verstehe, den Menschen so zu sehen,
wie Du ihn siehst.
Einen Blick der liebenden Betrachtung,
einen Blick des Glaubens,
einen Blick der Hoffnung,
einen Blick der Erwartung,
der schöpferisch wirkt.
Leg in meinen diakonischen Dienst
die Flamme der Liebe und der Hoffnung
in mein Lächeln Herzenswärme
und in meine Gesten uneingeschränkten Respekt.
Gewähre mir, dich in jedem Menschen zu achten,
deine Größe zu schauen,
deine Gegenwart im geringsten
unter meinen Schwestern und Brüdern.«

Buchbesprechung zu **Henry Marsh: Um Leben und Tod. Ein Hirnchirurg erzählt vom Heilen, Hoffen und Scheitern**

Dem renommierten englischen Hirnchirurgen Henry Marsh gelingt es in seinem Buch: »Um Leben und Tod. Ein Hirnchirurg erzählt vom Heilen, Hoffen und Scheitern« die Begeisterung für seine Disziplin an Andere weiterzugeben. Den nicht medizinisch geschulten Leser könnten zwar auf den ersten Blick die Bezeichnungen der verschiedenen Krankheitsbilder abschrecken. Dies dürfte aber schon bald durch die persönliche Erzählweise und die bildhafte Erklärung keinen Hinderungsgrund mehr darstellen, sich ganz in die Welt der Hirnchirurgie hinein zu begeben.

Henry Marsh: Um Leben und Tod. Ein Hirnchirurg erzählt vom Heilen, Hoffen und Scheitern. Aus dem Englischen von Katrin Behninger. DVA, Deutsche Verlagsanstalt, München, 2015, 352 Seiten.

Die Kunst des Heilens und die Kunst des Erzählens

Der Autor beherrscht neben der medizinischen Kunst auch die Kunst des Erzählens, was das mit 344 Seiten recht umfangreiche Buch zu einer kurzweiligen Lektüre werden lässt. Die spannenden Dialoge, die Einblicke in die Gespräche hinter den Kulissen in einem Krankenhaus, die anschaulichen Personen- und Szenenbeschreibungen und der transparente Einblick in die Gedankenwelt eines nach außen stets gefasst und professionell auftretenden Hirnchirurgen verleihen dem Buch

Jonas Pavelka entwickelt gerade verschiedene Fortbildungsveranstaltungen für Pflegende und Ärzte im Bereich Ethik. Die Qualifizierung von Ethikberatern und die Begleitung der Ethik-Arbeit in verschiedenen Einrichtungen sind ihm besonders wichtig.

einen insgesamt belletristischen Charakter. Zwei kurze Leseproben sollen das verdeutlichen: »Ich hatte die ganze Zeit unter einen dünnen Decke in meinem Liegewagen gelegen, hatte vor mich hingedöst und dem altmodischen rhythmischen Klang des Zuges gelauscht, der über unverschweißte Schienen quer durch Russland gen Süden ratterte und an schummrigen Bahnhöfen hielt, wo unverständliche Durchsagen über die leeren, schneebedeckten Bahnsteige halten. All das kam mir auf wunderbare Weise fremd und doch merkwürdig vertraut vor – vermutlich aufgrund der russischen Literatur, die ich früher verschlungen hatte« [87–88].
An anderer Stelle schreibt er: »Woher sollen sie [die Patienten] wissen, ob der Chirurg kompetent ist oder nicht? So kommt es, dass sie, um ihrer Angst Herr zu werden, dem Chirurgen übermenschliche Fähigkeiten zuschreiben [55–56].«

Vielfältiges Engagement des Autors

Neben der überzeugenden Darstellung des technischen und medizinischen Könnens und den Möglichkeiten modernster Medizin erfährt der Leser ab dem sechsten Kapitel [100] auch einiges über den Werdegang und das Privatleben des Autors, der erst über Umwege (Studium der Politik, Philosophie und Wirtschaftswissenschaften) und auch ein wenig Glück zu seiner Tätigkeit gelangte. So berichtet er u.a. davon, wie es war, als er die Hiobsbotschaft erhielt, dass sein Kind an akutem Hydrozephalus litt und wie seine Frau und er um das Leben ihres Kindes bangten [140].

Mit hohem privatem Engagement widmet er sich dem maroden Gesundheitssystem in der Ukraine. Die desolaten Zustände vor Ort lassen ihn nicht in Ruhe. Deshalb setzt er sich auf unterschiedlichen Wegen für eine Verbesserung der medizinischen Situation ein [z. B. 290–301].

Das Gehirn – faszinierend und geheimnisvoll

Ganz nebenbei lernt der Leser Erstaunliches über das Innenleben des Gehirns, das einem wie die Erschließung eines neuen Planeten vorkommen mag. Auf eine gewisse Weise wirkt es streckenweise beinahe indiskret, sich in das Gehirn eines Menschen hinein zu begeben, das einen wesentlichen Teil der Persönlichkeit eines Menschen in sich birgt. Der Leser erhält wundersame Einblicke in die Welt von Arterien, Hirnlappen und Blutgefäßen und muss gleichzeitig feststellen, wie verletzlich das Gehirn ist. Einerseits ist die Medizin im Stande, Außergewöhnliches zu leisten, andererseits muss sie doch mit unerbittlichem Ernst ihre eigenen Grenzen akzeptieren. Aussagen wie die eines Patienten, der mit seinem Schicksal hadert, können dem Leser sehr nahe gehen. »Er hat gesagt, ich werde sterben! Ich muss sterben … ich will aber nicht sterben!« An anderer Stelle muss der Autor einem Vater mitteilen, dass man nichts mehr für seinen Sohn tun kann [285]. Man bringt Verständnis für einen Arzt auf, der schreibt: »Es tat gut, der Welt der Krankheit und des Todes, in der ich einen Großteil meines Lebens verbringe, entronnen zu sein, wenn auch nur für ein paar Stunden.«[312]
Glücklicherweise beschreibt Henry Marsh auch zahlreiche erfolgreiche Eingriffe, in denen Menschen neue Perspektiven und ein schmerzfreies Leben geschenkt werden.

Einerseits ist die Medizin im Stande, Außergewöhnliches zu leisten, andererseits muss sie doch mit unerbittlichem Ernst ihre eigenen Grenzen akzeptieren.

Ethik in der Hirnchirurgie

Nicht zuletzt treten durch die schwierigen Entscheidungssituationen, insbesondere dann, wenn die Prognose nach einem Eingriff unsicher ist, ethische Fragestellungen auf, wie sie sich etwa im folgendem Dialog mit seiner Kollegin ausdrücken: »[…] Wenn wir nicht operieren, wird er schnell und friedlich sterben.« »Tja, aber die Familie wird wollen, dass wir etwas unternehmen. Es ist ihre Entscheidung«, gab sie zurück. »Ich erklärte ihr, dass die Entscheidung der Familie sich ausschließlich danach richten würde, was sie zu ihnen sagte.« [157] Eine solche Antwort gibt ebenso zu denken wie die Gedanken des Autors über die Aussagekraft von klinischen Studi-

»Ich erklärte ihr, dass die Entscheidung der Familie sich ausschließlich danach richten würde, was sie zu ihnen sagte.«

en und die Diskussionen zu den Kosten-Wirksamkeits-Analysen von Therapiemaßnahmen und Medikamenten: »Begriffen sie [die Patienten], dass der echte Wert eines solchen Medikaments, wenn es bei der Behandlung zum Einsatz kommt, in der Hoffnung liegt und nicht in der statistischen Wahrscheinlichkeit, im Schnitt, womöglich unter Schmerzen, fünf Monate länger zu leben?« [310].

Begriffen die Patienten, dass der echte Wert eines Medikaments in der Hoffnung liegt und nicht in der statistischen Wahrscheinlichkeit?

Fazit

Es lohnt sich, in die Welt des Hypothalamus und des Frontal- und Parietallappens einzutauchen, um anhand von eindrücklichen Patientengeschichten einen Blick in die faszinierenden Möglichkeiten und Grenzen der Hirnchirurgie zu werfen. Die literarische Darstellung lädt durchaus dazu ein, über das »Wunder Mensch«, seine Verletzlichkeit und Endlichkeit nachzudenken.

Glossar

Anamnese

Bei der Anamnese (gr. Anamnesis – Erinnerung) befragt der Arzt den Patienten zu verschiedenen Faktoren, wie z.B. Vorerkrankungen, familiären Erkrankungen oder erbliche Belastungen, Medikamenten und Beschwerden. Dadurch hilft er dem Patienten, sich selbst zu erinnern (Selbstanamnese). Manchmal antwortet auch eine dritte Person auf die Fragen des Arztes (Fremdanamnese).

Bundesärztekammer

Jeder Arzt ist Pflichtmitglied in einer der 17 Kammern, die durch die Bundesärztekammer (BÄK) repräsentiert werden. Die BÄK vertritt im gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess die Interessen der Ärzte. Ihr Präsident ist momentan Frank Ulrich Montgomery. Als Spitzenorganisation zählen zu den gesetzlichen Aufgaben der BÄK u.a. die Qualitätssicherung und die Transplantationsgesetzgebung.

Evidenzbasierte Medizin

Die Evidenzbasierte Medizin hat sich zum Ziel gesetzt, in der Therapie von Patienten den Forschungsstand zu berücksichtigen, d.h. die Patienten mit der zum aktuellen Zeitpunkt bestmöglichen Medizin zu versorgen. Dabei wird dem empirisch nachprüfbaren wissenschaftlichen Stand, z.B. in Form von Studien, ein besonderer Stellenwert beigemessen.

deskriptiv und normativ

Deskriptiv heißt etwas beschreiben, normativ meint etwas zu bewerten oder mit einem Maßstab zu versehen. Aus deskriptiver Sicht einer Situation, die sich auf eine faktenbezogene Darstellung stützt, lassen sich keine wertenden, d.h. normativen Schlüsse ziehen. Wenn beispielsweise rein deskriptiv festgestellt wird, dass ein Großteil befruchteter Eizellen natürlicherweise von einer Frau ausgeschieden wird, lässt sich daraus noch nicht schlussfolgern, dass z. B. eine Abtreibung deshalb auch aus normativer Sicht unbedenklich ist.

Heilauftrag des Arztes

Der Heilauftrag des Arztes lässt sich im weitesten Sinne aus dem Hippokratischen Eid ableiten, den die Ärzte für ihre medizinische Zulassung leisten. Darin verpflichtet sich der Arzt u.a., dem Patienten keinen Schaden zuzufügen (Vgl. hierzu auch: primum nihil nocere) und nach den verfügbaren Mitteln zur Heilung beizutragen. Außerdem geht es auch darum, das Leben zu erhalten, Krankheiten zu heilen und Leiden zu lindern.

(akuter) Hydrozephalus

Die sogenannte Liquorflüssigkeit ist im gesunden Zustand im gesamten Zwischenraum des Gehirns und im Rückenmark des Menschen verteilt. Bei einer krankhaften Erweiterung der Liquor-Bereiche im Gehirn spricht man von einem Hydrozephalus.

Indikation

Zur Formulierung einer Indikation fragt sich ein Arzt unter Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Forschungsstandes und des persönlichen Erfahrungswissens, welche der denkbaren Behandlungsmöglichkeiten für eine bestimmte Situation angemessen sind. Dabei muss die gewählte Therapiemaßnahme das Therapieziel erreichen können, sonst ist sie nicht medizinisch indiziert, d. h. angezeigt. Bei einem Wunsch eines Pateinten, der nicht medizinisch indiziert ist, z. B. bei einem schönheits-chirurgischen Eingriff, kann ein Arzt die Maßnahme aufgrund des fehlenden Therapieziels verweigern.

Informed consent

Ein Arzt muss den Patienten vor einer medizinischen Maßnahme über das Vorgehen, aber auch über mögliche Folgen und Alternativen aufklären. Diese Informationen dienen dazu, dass der Patient eine »informierte Zustimmung« geben kann.
Vgl. hierzu auch: LER_2/2015, 17–21.

Kosten-Wirksamkeits-Analyse

Bei der »Kosten-Wirksamkeits-Analyse« misst man den Nutzen in physischen Einheiten [z.B. in mm Hg (Maßangabe des Drucks) gesenkter Blutdruck, gesenkte Lebensjahre] und setzt ihn ins Verhältnis zu den Kosten, die in Geldeinheiten gemessen werden. Dieser Vergleich wird z.B. bei konkurrierenden Therapien genutzt. So kann beispielsweise ermittelt werden, welche Arzneitherapie das günstigere Kosten-Wirksamkeit-Verhältnis besitzt.

körperliche Integrität

Darunter versteht man die körperliche Unversehrtheit, d.h. den Schutz der körperlichen Gesundheit in biologischer Hinsicht.

kurativ und palliativ

Ein kuratives Handeln zielt auf die Heilung oder die Linderung von Krankheiten, während ein palliatives Handeln den Schutz und die Begleitung eines Patienten am Ende des Lebens bezeichnet. Zu palliativen Maßnahmen zählen vor allem die Behandlung von Schmerzen, Übelkeit und Atemnot.

lege artis

Dies bedeutet, dass ein Handeln nach dem Gesetz bzw. den Regeln der Kunst, im medizinischen Kontext nach den Regeln, d.h. dem aktuellen fachlichen medizinischen Forschungsstand, der die Kenntnisse und Fähigkeiten des ärztlichen Könnens berücksichtigt, durchgeführt wird.

Nutzen-Risiken-Abwägung

Ein Arzt muss bei der Verordnung eines Arzneimittels oder einer medizinischen Maßnahme entscheiden, ob der zu erwartende Nutzen größer ist als das zu erwartende Risiko oder den möglicherweise eintretenden Nebenwirkungen.

Patientenwille

Ein Patient kann einer medizinischen Maßnahme, die von einem Arzt indiziert, d.h. angezeigt bzw. empfohlen worden ist, zustimmen oder sie ablehnen Der Patientenwille ist in den vergangenen Jahren z.B. durch das Patientenrechtegesetz gestärkt worden. Er erstreckt sich von einem Abwehrrecht hin bis zu Mitwirkungs- und Anspruchsrechten. Vgl. auch: Indikation

Primum nihil nocere

Dieser Ausdruck stammt aus dem Lateinischen und bedeutet: Als erstes (gilt): nicht zu schaden. Damit ist gemeint, dass dem Patienten durch eine medizinische Maßnahme kein weiterer Schaden entstehen soll. Die Aussage ist Teil eines dreigliedrigen Ausspruches, der wiederum dem Hippokratischen Eid entnommen ist. Als erstes gilt es nicht zu schaden, dann mit Vorsicht zu handeln und schließlich zu heilen. Daraus lässt sich ableiten, dass im Zweifelsfall eine Handlung, die Schaden vermeidet, hinsichtlich ihrer Dringlichkeit vor dem Handeln steht, das das Wohl des Patienten fördert.

Selbstbestimmungsrecht/ Patientenautonomie

Sowohl Pflegende als auch Ärzte sind verpflichtet, das Selbstbestimmungsrecht und daraus folgende Entscheidungen eines Patienten oder eines Bewohners einer Pflegeeinrichtung zu befolgen. In diesem Sinne ist das Selbstbestimmungsrecht ein Abwehrrecht. Darüber hinaus können Patienten/Bewohner durch Informationen, z.B. in Form eines Patientengespräches in die Lage versetzt werden, einer therapeutischen Maßnahme informiert zuzustimmen (vgl. auch informed consent). In diesem Sinne ermöglicht die Information erst die Selbstbestimmung. Hier wird das Selbstbestimmungsrecht in seinem Status als Mitwirkungsrecht deutlich.
Vgl. hierzu auch: LER_1/2013, 2–5.

Therapieziel

Jede medizinische Handlung erfordert ein Ziel, das im Verlaufe einer therapeutischen Maßnahme erreicht werden soll. Dieses kann auch korrigiert werden, wenn das zuerst ins Auge gefasste Ziel nicht erreicht werden kann. Ein Therapieziel sollte dadurch definiert sein, dass der Nutzen einer geplanten medizinischen Maßnahme die Risiken übersteigt und die Behandlung Leiden lindert, Krankheit heilt und/oder die Gesundheit wieder herstellt.

Ludwigshafener Ethische Rundschau

verständlich · christlich · praxisorientiert

Impressum

ISSN 2194-2730

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
Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung
Dr. Jonas Pavelka
E-Mail: pavelka@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion
Dipl.-Theol. Johannes Lorenz
Dr. Klaus Klother

Erscheinungsweise
digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:
wunderlichundweigand – 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
Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

hph
Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

zefog
ethisch gut beraten

In Kooperation mit:

Katholischer Pflegeverband e.V.

KKV Osnabrück caritas
Katholischer Krankenhausverband der Diözese Osnabrück e.V.