4. Jahrgang

Ludwigshafener Ethische Rundschau

hph
Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Nr. 2/2015

ISSN 2194-2730

Liebe Leserin, lieber Leser,

Anfang Juli haben die Abgeordneten im Bundestag in einer ersten Lesung die vier vorliegenden fraktionsübergreifend verfassten Gesetzesentwürfe zum ärztlich assistierten Suizid diskutiert. Im November wird dann endgültig über eine mögliche Gesetzesänderung entschieden werden.

Ob es dann ein Verbot jeglicher Form der Suizidbeihilfe oder eine Regelung des ärztlich assistierten Suizids geben wird, ist bislang noch nicht abzusehen. Fest steht, dass nicht nur im Parlament ernsthaft und besonnen diskutiert wird. Auch in weiten Teilen der Gesellschaft finden Gespräche darüber statt, was Selbstbestimmung am Lebensende bedeutet und was Menschen brauchen, um gut sterben zu können.

Verschiedene Institutionen haben sich bereits zum Thema Suizidbeihilfe positioniert und Stellungnahmen formuliert. Diese können Sie im Beitrag am Ende des Hefts nachlesen.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen mit unserer Sommer-Ausgabe der LER weitere Themen zur ethischen Reflexion an.

Gute Lektüre wünscht Ihnen

Ihr Jonas Pavelka

Das Zitat »

Wir brauchen nicht mehr Geld; wir brauchen das Geld an der richtigen Stelle, und das ist dort, wo sich Patient und Arzt in Ruhe begegnen und ein Vertrauensverhältnis entfalten können.

Giovanni Maio, Seite 5

Die LER entsteht in Kooperation mit:

Katholischer Pflegeverband e.V.

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

2 **»Wissenschaftlichkeit mit Zwischenmenschlichkeit verbinden!«**
Interview mit Giovanni Maio

6 **Kann Recht alles regeln, was Ethik fordert?**
Stefan Hofmann

11 **Ärztliche Beihilfe zum Suizid**
Bernhard Wallacher

17 **Patientenaufklärung unter der Perspektive der Inklusion**
Jonas Pavelka

Fallbesprechung:

22 **Eine Ethikberatung aus der Neonatologie**
Katja Weiske / Timo Sauer

Impuls:

27 **Wer glaubt, folgt einem Ruf**
Martin Splett

Rezension:

30 **»Diagnose: Empathie. Aus dem Alltag einer jungen Ärztin« von Olga Kogan**
Stephan Koch

Stellungnahme:

33 **Positioniert!**
Johannes Lorenz

»Wissenschaftlichkeit mit Zwischenmenschlichkeit verbinden!«

Die LER fragt den Freiburger Medizinethiker Professor Giovanni Maio:

Die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauses stellt das Ethos der Heilkunst infrage. Steigt aber nicht bereits durch einen kalkulierten Einsatz von medizinischen Leistungen auf der Makroebene (z.B. BMG und G-BA, IQWiG) auch der Nutzen für die Patienten auf der Mikroebene?

Professor Maio: Durch die Ökonomisierung der Medizin erfolgt gerade keine Steuerung, die dem Patienten dient, sondern es ist eine Steuerung, die rein nach ökonomischen Kriterien folgt. Das heißt, dass Medizin verstanden wird als Wirtschaftsunternehmen, und so wird über die Medizin ein Credo verhängt, das zwar für die Produktion von industriellen Gütern geeignet wäre, für die Medizin aber fatal ist. Denn in der Medizin geht es ja nicht um die Herstellung von Gegenständen mit den Werten von Effizienz, minimiertem Aufwand, schnellem Durchschleusen oder Betriebsamkeit. Medizin ist eine soziale Praxis, die andere Werte braucht: Sorge, Verständnis sowie Beziehungsqualität. Durch die Ökonomisierung haben wir eine Beschleunigung aller Prozesse mit dem Verlust der psychosozialen Betreuung der Patienten; wir haben eine Umorientierung der Medizin nach dem Kriterium der Erlösorientierung und nicht mehr primär nach dem Kriterium des Patientenwohls. Patienten werden nicht mehr behandelt, weil man ihnen helfen möchte, sondern sie werden dazu benutzt, um die Erlöse zu maximieren. Das halte ich für grundlegend falsch. Die Identität der Medizin darf nicht einfach der Logik der Ökonomie geopfert werden, weil die Patienten die Verlierer sind und sich die Ärzte in diesem System nicht mehr als Ärzte fühlen und eine Sinnentleerung ihrer Tätigkeit empfinden.

Prof. Dr. Giovanni Maio ist Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität in Freiburg.

Sie plädieren für mehr Zuwendung zum Patienten. Wie können wir gewährleisten, dass Ärztinnen und Ärzte neben ihren fachlichen Fähigkeiten auch eine umfassende, am »ganzen« Menschen orientierte Anamnese und Therapie erlernen?

Professor Maio: Es ist wichtig, dass Ärzte anders ausgebildet werden. Das Studium ist zu einseitig; es vermittelt fast nur naturwissenschaftliche Fakten. Dies ist wichtig, aber es reicht nicht. Durch die Auswahl der Studieninhalte erziehen wir mechanistisch denkende Ärzte. Vor allem aber brauchen Ärzte gute Vorbilder in den Kliniken, die ihnen zeigen, worauf es bei der guten Behandlung von Patienten ankommt: Dass man sich Zeit nehmen muss, um einen Patienten erst einmal zu verstehen; dass man Fingerspitzengefühl braucht, wenn man mit Patienten spricht; dass das Wort oft wichtiger ist als das Skalpell und dass das Mutmachen entscheidend ist für den Erfolg einer Therapie. All das muss den jungen Ärzten vorgelebt werden. Wenn aber die Strukturen so sind, dass die erfahrenen Ärzte dazu verbraucht werden, in der Funktionsdiagnostik Erlöse zu erwirtschaften und sie dadurch auf der Station fehlen und dort nie Zeit haben, um den jungen Ärzten etwas zu erklären und sie sich auch selbst keine Zeit für das Gespräch mit den Patienten nehmen, dann bilden wir auch nach dem Studium eine Generation heran, die noch mehr verlernt, mit den Patienten zu sprechen, weil sie es nie anders gesehen hat. Das ist eine sehr besorgniserregende Situation, die mit der Ökonomisierung und »Ver-Naturwissenschaftlichung« der Medizin zu tun hat.

Das Studium ist zu einseitig; es vermittelt fast nur naturwissenschaftliche Fakten.

Was können Geschäftsführungen von Krankenhäusern Ihrer Meinung nach tun? Sind Budgetvorgaben, Personalabbau, Rationalisierungsmaßnahmen (Umstrukturierungen und Optimierungen von Arbeitsabläufen) notwendig, um weiterhin gute Medizin anbieten zu können?

Professor Maio: Das sind alles ökonomisch motivierte Entscheidungen, die ich scharf kritisiere. Wenn wir eine gute Medizin haben wollen, müssen wir für gute Arbeitsbedingungen sowohl für die Ärzte als auch für die Pflege sorgen. Die Helferberufe bringen so viel intrinsische Motivation mit, die durch die widrigen Bedingungen ei-

ner Ökonomisierung jedoch Zug um Zug abgebaut wird. Das Einsparen von Personal ist katastrophal für die Versorgung von kranken Menschen, weil das dazu führt, dass dann erst recht an der Kontaktzeit mit dem Patienten eingespart wird. Kein Patient möchte so eine Medizin! Die Erlösorientierung führt dazu, dass viel zu viel gemacht wird, nur weil es sich rentiert. Das zeigt auf, dass wir durch die ökonomischen Weichenstellungen nicht nur eine schlechtere Medizin haben, bei der auch unnötige Prozeduren angeboten werden und die Zuwendung zum Patienten abgeschafft wird, sondern wir haben zugleich ein noch teureres System auf den Weg gebracht. Die Ökonomisierung hat zu einer Verteuerung geführt, weil die Ärzte gezwungen werden, in die Ausweitung der Eingriffe zu flüchten und sie davon abgehalten werden, eine gute Medizin mit Augenmaß zu betreiben. Insofern ist die Ökonomisierung eine irrationale Entscheidung, die revidiert werden muss. Den Ärzten muss ermöglicht werden, ärztlich zu entscheiden und nicht ökonomisch. Sie dürfen keine Verschwendung betreiben, ja, aber sie sollten vom System nicht umerzogen werden, nur noch die Erlöse zu sehen und nicht mehr das Leid ihrer hilfsbedürftigen Patienten.

Kann man Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung als Arzt im Krankenhaus noch verhindern?

Professor Maio: Wir brauchen keine Rationierung in so einem reichen Land wie dem unsrigen. Wir müssen nur von den Fehlanreizen weg und Medizin Medizin sein lassen. Wenn wir den Ärzten das Zepter zurückgeben, dass sie nach rein ärztlichen Kriterien entscheiden dürfen ohne sanktioniert zu werden, dann wird die Medizin wieder ruhiger, vernünftiger und automatisch billiger. Je mehr wir das Sprechen, die Zuwendung, das Verstehen des Patienten ermöglichen, desto weniger aktionistisch ist die Medizin und desto weniger teuer ist sie. Die Rationierungsfrage stellt sich nicht. Sie stellt sich nur dem, der nicht darüber nachgedacht hat, dass Medizin bedeutet, dem kranken Menschen bedingungslos zu helfen und nicht etwa, die Menschen auszusuchen, denen man helfen darf und die anderen von der Hilfe auszuschließen. Eine Medizin, die Menschen von der Hilfe ausschließt, ist keine Medizin, meine ich.

Brauchen wir letztendlich doch mehr Geld, damit wir mehr Zeit für den Patienten haben? Oder können wir auch ohne Kapital das Hauptaugenmerk auf den Patienten richten? Was schlagen Sie vor? Haben Sie eine Vision?

Professor Maio: Wir brauchen nicht mehr Geld; wir brauchen das Geld an der richtigen Stelle, und das ist dort, wo sich Patient und Arzt in Ruhe begegnen und ein Vertrauensverhältnis entfalten können. Wir müssen die Ärzte unterstützen, die sich jeden Tag dem Gespräch mit dem Patienten aussetzen, weil sie Verantwortung spüren für sie. Wir dürfen nicht die Ärzte belohnen, die möglichst viele Eingriffe vorweisen, sondern wir müssen diejenigen belohnen, die gute Medizin betreiben. Und gute Medizin zu betreiben bedeutet, Wissenschaftlichkeit mit Zwischenmenschlichkeit zu verbinden. Letzteres wird gegenwärtig abgeschafft, und das darf die Politik nicht weiter zulassen.

Wir brauchen nicht mehr Geld; wir brauchen das Geld an der richtigen Stelle, und das ist dort, wo sich Patient und Arzt in Ruhe begegnen und ein Vertrauensverhältnis entfalten können.

Herr Professor Maio, vielen Dank für das Gespräch.

Kann Recht alles regeln, was Ethik fordert?

Ethische Debatten sind ein gängiges Thema politischer Diskussionen. Wer die Nachrichten aufmerksam verfolgt, wird immer wieder über Gesetzesentwürfe zu den aktuellen ethischen Fragen informiert. Beispiele hierfür sind u.a. Stammzellforschung, Organspende, Sterbehilfe – oder, wie momentan, die Frage nach einer rechtlichen Regelung der Suizidbeihilfe. Angesichts der unterschiedlichen Perspektiven auf diese Problemfelder stellt sich auch die Frage, ob das Recht alles normieren kann (und soll), was die Ethik fordert? Ein kleiner Klärungsversuch.

Die Ethik beschäftigt sich seit ihren Anfängen mit dem guten und gerechten Leben: mit der Frage nach dem Glück, den guten inneren Haltungen (den Tugenden), mit dem klugen Entscheiden usw. Ein Teil dieser Reflexion führt nicht nur zu Empfehlungen, sondern auch zu echten Forderungen. So fordert die Ethik beispielsweise, dass wir Versprechen halten, dass wir nicht lügen, dass wir den Unschuldigen nicht töten usw. Manche dieser Normen oder Pflichten betreffen Güter, die auch das Recht fördern und schützen muss, weil sie für das Funktionieren bzw. das Gemeinwohl der Gesellschaft von grundlegender Bedeutung sind: Sicherheit, Frieden, Gerechtigkeit, Gewaltlosigkeit und auch innere Ordnung des Staates sind solche Rechtsgüter. Die ethische Forderung, nicht die körperliche Unversehrtheit eines anderen zu verletzten, wird insofern auch rechtlich normiert. Sie schlägt sich u.a. im Strafrecht nieder.

Dr. Stefan Hofmann SJ
habilitiert am Lehrstuhl für Moraltheologie in Tübingen.

Das wechselseitige Verhältnis von Moral und Recht

Gesetze bilden die Moral und die konkreten Wertvorstellungen einer Gesellschaft ab.

Gesetze bilden also einerseits die Moral und die konkreten Wertvorstellungen einer Gesellschaft ab. Das Entstehen von Rechtsnormen aus Moralnormen ist historisch nachweisbar und auch sehr verständlich. Dieser Prozess der Entstehung des Rechts aus der Moral bleibt allerdings nicht stehen: Auch die Weiterentwicklung moralischer Vorstellungen findet oft Eingang ins Gesetz, ein Beispiel hierfür ist die 1997 in Deutschland vollzogene erbrechtliche Gleichstellung nichtehelicher mit ehelichen Kindern. Die Gesetzesnormen haben aber andererseits auch Auswirkungen auf die vorherrschende Moral, d.h. den Bestand der gelebten Wertvorstellungen der Bürgerinnen und Bürger. Die 1976 erfolgte Abschaffung des Schuldprinzips im Scheidungsrecht der Bundesrepublik dürfte beispielsweise der tatsächlichen Entwicklung der moralischen Vorstellungen zuvor gekommen sein. Bis 1976 war die Schuldfrage bestimmend dafür, ob eine Ehe geschieden werden konnte oder nicht. Das Gesetz zur Reform des Ehe- und Familienrechts (1. EheRG) vom 14. Juni 1976 legte stattdessen fest, dass für das Urteil über eine mögliche Scheidung nicht die Schuldfrage sondern das Scheitern der Ehe maßgeblich ist. Ähnliches gilt vermutlich für die strafrechtliche Verfolgung von Trunkenheit am Steuer u.ä.

Grenzen in der Umsetzbarkeit von Moral im Recht

Nicht alles, was der Gesetzgeber erlaubt, muss allein deshalb, weil es rechtlich erlaubt ist, schon ethisch richtig sein.

Die Tatsache einer solchen Rückwirkung des Rechts auf die (gelebte) Moral ist zunächst eine ganz neutrale Gegebenheit. Sie sollte allerdings nicht Ausdruck einer rechtspositivistischen Haltung innerhalb der Gesellschaft sein: Nicht alles, was der Gesetzgeber erlaubt, muss allein deshalb, *weil es rechtlich erlaubt ist*, schon ethisch richtig sein. Jede Gesellschaft lebt von der kritischen Wachsamkeit ihrer moralfähigen Mitglieder. Der Maßstab für die Rechtsentwicklung muss letztlich das Wahre, Gerechte und Gute sein. Die Aufgabe der Ethik aber ist es, dieses zu ergründen und die Wertvorstellungen der Bürger zu reflektieren.

Dass das Recht nicht alles in Rechtsordnungen gießen kann, was die Ethik fordert, ist damit bereits deutlich geworden: Selbst dort, wo die Ethik nicht nur Wege zum

guten Leben aufzeigt, sondern echte Normen formuliert, ist es nicht immer angebracht, diese Normen in das Recht zu übernehmen. Das Recht regelt nur, was für das Gemeinwohl der Gesellschaft und den Schutz des Einzelnen sinnvoll und nötig ist. Staatliche Gesetze sollen wirksam sein, sie müssen Akzeptanz und Befolgung anstreben und die Einhaltung ihrer Normen im Zweifelsfall auch durchsetzen können. Diese direkte Umsetzung mit Hilfe von Sanktionen kennt die Ethik nicht. Das Recht muss sich deshalb auch an den Bürgerinnen und Bürgern orientieren.

Das Recht regelt nur, was für das Gemeinwohl der Gesellschaft und den Schutz des Einzelnen sinnvoll und nötig ist.

In einer pluralen, modernen Gesellschaft gibt es darüber hinaus in vielen ethischen Fragen keinen Konsens. Verschiedene Ethikmodelle und Argumente für verschiedene Positionen konkurrieren miteinander. Hier muss der Gesetzgeber sich oft um einen Minimalkonsens bemühen oder strittige Punkte offen lassen. Die Organspende beispielsweise wurde 2012 in Deutschland durch eine »Entscheidungslösung« geregelt: Nur wenn der Betroffene selbst oder die Angehörigen klar eine Bereitschaft zur Organspende bekundet haben, dürfen einem klinisch Toten Organe entnommen werden. Für die in Österreich geltende Widerspruchsregelung (wenn nicht widersprochen wurde, wird die Bereitschaft zur Organspende angenommen) konnte in Deutschland kein Konsens erreicht werden. Unabhängig davon, ob die österreichische Lösung tatsächlich wünschenswert gewesen wäre, zeigt das Beispiel klar, dass hier verschiedene Positionen miteinander konkurrieren und dass die deutsche Regelung im europäischen Vergleich sehr zurückhaltend ausgefallen ist. Das Recht kann nicht alles normieren, was von einer Mehr- oder Minderheit von Ethikern gefordert wird.

Verantwortung des Gesetzgebers

Unbeschadet dieser wichtigen Unterscheidungen von Recht und Moral gibt es jedoch Bereiche, in denen der Gesetzgeber nicht schweigen darf. In wichtigen ethischen Kernfragen, in denen basale Rechtsgüter betroffen sind, muss er zum Schutz des Einzelnen und der Gesellschaft insgesamt klare Regelungen treffen. Dies gilt nicht zuletzt für ethische Fragen am Lebensanfang und am Lebensende und somit

auch für die zurzeit laufende Debatte über eine neue Regelung der verschiedenen Formen von Beihilfe beim Suizid.

Ein bekanntes Beispiel für eine fragwürdige gesellschaftliche Entwicklung aufgrund rechtlicher Unklarheiten in diesem Bereich ist meiner Meinung nach die Situation in der Schweiz: Nach dem Schweizer Gesetz ist neben der passiven und der indirekten Sterbehilfe auch die Beihilfe zum Suizid legal möglich. Unter Strafe steht diese nur, wenn sie »aus selbstsüchtigen Beweggründen« geschieht (Schweizerisches StGB Artikel 115). Vor dem Hintergrund dieser Regelung und aufgrund einer Tolerierung der nötigen Übertretungen des Betäubungsmittelgesetzes in Zürich können Sterbehilfeorganisation wie »Exit« und »Dignitas« arbeiten und mittlerweile sogar in Züricher Alten- und Pflegeheimen aktiv werden und werben. Führt derartiges geschäftsmäßiges Auftreten von Sterbehilfevereinen nicht dazu, dass gerade die Alten und Schwachen innerhalb der Gesellschaft unter Druck geraten? Dass Alte und Kranke, deren Pflege und palliativmedizinische Versorgung der Gesellschaft einiges wert sein sollte, sich unmerklich gedrängt fühlen, der Gesellschaft nicht länger »zur Last« zu fallen?

Führt derartiges geschäftsmäßiges Auftreten von Sterbehilfevereinen nicht dazu, dass gerade die Alten und Schwachen innerhalb der Gesellschaft unter Druck geraten?

Die deutsche Situation ähnelt der schweizerischen insofern, als die Sterbehilfe auch hier nicht explizit durch das Gesetz geregelt ist. Im konkreten Fall wird nur geprüft, ob Fremdtötung (Tötung auf Verlangen/aktive Sterbehilfe) vorliegt. Der Suizid selbst ist kein Straftatbestand. Gesetzesinitiativen zum Verbot der geschäfts- oder gar gewerbsmäßigen Suizidbegleitung (vgl. etwa die Aktivitäten Roger Kuschs seit 2007 in Hamburg) scheiterten im Bundestag bereits zweimal (2008 und 2012). Die gegenwärtige Debatte des Bundestags und die Bemühungen, geschäftsmäßige Sterbehilfe zu verbieten, sind insofern sehr zu begrüßen. Hier fordert die Ethik mit gutem Grund, dass auch das Recht Grenzen zieht, um das Leben des einzelnen Menschen und seine Würde zu schützen. Die primäre Antwort auf die Not am Lebensende sollten menschliche Nähe und Schmerzbehandlung sein. Auch die breite parlamentarische Mehrheit für einen Ausbau der Palliativmedizin und der Hospizangebote ist deshalb sehr erfreulich.

Fazit

Das Recht kann und sollte nicht alles regeln, was die Ethik fordert: Zum einen, weil die Ethik nicht nur Normen formuliert, sondern grundsätzlich nach dem guten Leben fragt. Zum anderen aber, weil das Recht nur das regeln kann und soll, was für das Funktionieren der Gesellschaft und den Schutz des Einzelnen erforderlich und sinnvoll ist. Die Kehrseite dieser Zurückhaltung des Staates ist jedoch genauso wichtig: Der moderne Bürger kann und muss sich aktiv mit den je aktuellen ethischen Fragen auseinandersetzen. Eine rechtspositivistische Haltung (»alles, was das Recht erlaubt, ist ethisch richtig«) wird der Mündigkeit und der Moralfähigkeit des Menschen nicht gerecht. Vielleicht ist es angesichts der Bürde dieser Verantwortung aber auch tröstlich zu wissen, dass die Ethik primär nach dem guten Leben, nach Glück und Werten fragt und auch diesbezüglich viel zu sagen hat.

» Literatur beim Verfasser

Ärztliche Beihilfe zum Suizid

Seit Sommer 2014 wird die Debatte zu rechtlichen Regelungen im Kontext der Suizidbeihilfe intensiv geführt. Die Diskussion im Bundestag am 13.11.2014 zeigte eine intensive Beschäftigung der Parlamentsabgeordneten mit den unterschiedlichen Positionen. Ziel der politischen Debatte war und ist es, die bestehende Gesetzgebung zu überprüfen und zum Herbst 2015 gegebenenfalls zu verändern.

Es haben sich parteiübergreifend fünf teils unterschiedliche Positionen herauskristallisiert. Allen Positionen gemeinsam ist die Forderung nach Verbesserung und Ausbau des palliativmedizinischen sowie des ambulanten und stationären Hospizangebotes (dieses Anliegen wird aktuell durch die Vorlage eines neuen Hospiz- und Palliativgesetzes aufgegriffen). Neben den politischen Parteien melden sich auch berufliche, religiöse und gesellschaftliche Verbände mit Vorschlägen zu Wort. Das ist gut und richtig so. Der Stil der Debatte ist ernsthaft und scheint dem Thema durchaus angemessen. Die unterschiedlichen Positionen werden von den Verfassern aus deren Sichtweise heraus meist gut begründet.

Alle Akteure haben mit ihren Positionen das Wohl der betroffenen Menschen im Blick. Im Zentrum steht der zu betreuende Mensch, der sich in einer schwierigen Lage befindet und der eigene Wünsche und Vorstellungen über sein Lebensende hat. Individualität und Selbstbestimmung stehen im Vordergrund. Je nach Position wird auch den Bedürfnissen und Ängsten der Angehörigen, Ärzte und Pflegekräfte, aber auch der Gesellschaft als Gemeinwesen mehr oder weniger Rechnung getragen.

Im Zentrum steht der zu betreuende Mensch, der sich in einer schwierigen Lage befindet und der eigene Wünsche und Vorstellungen über sein Lebensende hat.

Im Folgenden möchte ich die Diskussion und die verschiedenen Positionen im Hinblick auf die Folgen für die Betroffenen unter besonderer Berücksichtigung

Dr. Bernhard Wallacher
ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Ludwigshafen. Er arbeitet u.a. in der ambulanten palliativmedizinischen Betreuung sterbender Menschen.

der Ärzte und Pflegekräfte beleuchten. Gerade in der Palliativmedizin ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen medizinischen und pflegerischen Professionen eine wesentliche Voraussetzung für ein gutes Gelingen.
Ärzte und Pflegekräfte wären unmittelbar von rechtlichen Veränderungen um die Sterbehilfe betroffen, wobei den Folgen für die Ärzte mit ihrer erweiterten Entscheidungsverantwortung eine besondere Bedeutung beigemessen werden muss.

Anlass der Diskussion

Ein Anlass für die derzeitige Diskussion ist die Vorgehensweise in den Nachbarländern und die Berichte über eine wachsende Anzahl von Menschen, die die Tötung auf Verlangen und/oder die Beihilfe zum Suizid besonders im Ausland suchen. Die neueren rechtlichen Regelungen zur Patientenverfügung und die Diskussionen darüber öffnen gleichzeitig die Bereitschaft und auch die Notwendigkeit, sich dieser Thematik zu stellen.
Gleichzeitig erleben wir auch in Deutschland schon viele gute Schritte: Man will weg vom anonymen »Sterben im Bad« und der »Kammer« im Krankenhaus und hin zu einer guten und professionellen Begleitung schwer Kranker und Sterbender und deren Angehörigen, sei es in Krankenhäusern, Hospizen oder ambulant.
Demgegenüber erscheint es mir in der Diskussion mit Laien und Profis jedoch immer noch schwer, das Vertrauen in diese positiven Entwicklungen zu erkennen oder zu erwirken. Im Gegenteil: Das Misstrauen ist scheinbar groß und die Haltung gegenüber Tod und Sterben ist stark ambivalent! Wird das Sterben doch noch derart tabuisiert? Bestehen noch immer so viele Ängste? Rührt diese Angst von der Sorge um sich selbst und Angehörige oder haben die Menschen schlechte Erfahrungen gemacht?

Das Misstrauen ist scheinbar groß und die Haltung gegenüber Tod und Sterben ist stark ambivalent.

Selbstbestimmung

Das hohe Gut der Selbstbestimmung wird niemand in Frage stellen wollen. Wie selbstbestimmt ist ein Mensch, der an einer schweren Krankheit leidet und große Ängste und Schmerzen ertragen muss? Ist Selbstbestimmung in konkreten Fällen möglich, wenn eine Person keine oder unzureichende Kenntnis über die Möglichkeiten der palliativen Versorgung und hospizlichen Betreuung bis hin zur palliativen Sedierung hat oder sich eines informierenden und aufklärenden Gespräches entzieht? Kann sich Selbstbestimmung in einer individualistischen Gesellschaft auf diese Weise zeigen, dass ein schwächer werdender Bezug auf andere Menschen auch egozentrische Züge bekommt? Kann das Verlangen nach Suizidbeihilfe auch Zumutung für andere Menschen sein?

Selbstbestimmung bewegt sich also zwischen dem Ausdruck intuitiver, subjektiver Überzeugungen und einem sozialen Umfeld, was eine Reflexion und möglicherweise auch eine Änderung der ursprünglichen Annahme von Selbstbestimmung nach sich ziehen kann.

Selbstbestimmung bewegt sich zwischen dem Ausdruck intuitiver, subjektiver Überzeugungen und einem sozialen Umfeld.

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen zur Stärkung der Selbstbestimmung führen Ärzte und Pflegende nicht selten in ernsthafte Konflikte zwischen Fürsorge und Autonomie des Patienten. Sind wir Menschen nicht doch stärker angewiesen auf unser mitmenschliches Umfeld? Etwa auf die Mutter, die uns zur Welt bringt, auf die Eltern die uns durch alle Stadien der Entwicklung zu Selbstbestimmung führen sollten? Auf Familie, Lehrer, Freunde, Partner und Kinder, die auch steinige Wege durch unser Leben bis zum Sterben mit uns gehen?

Es wird häufig suggeriert, dass unser Leben glatt, sauber und mit Garantieversprechen ablaufen muss. Angefangen bei der Geburt durch eine Wunschkaiserschnittentbindung, während der Jugend und des Erwachsenenlebens und dann eben auch beim Sterben.

Steckt hinter dem Wunsch nach »organisiertem« Sterben vielleicht die Vorstellung, dass damit eine Entlastung von schwierigen Entscheidungsprozessen erzielt werden könnte? Kann ein Regelwerk wirklich alle Aspekte menschlichen Lebens abbilden?

Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ist u.a. sicher wesentlich von Angst und fehlendem oder enttäuschtem Vertrauen geprägt. Kann er aber nicht auch Ausdruck eines Wunsches sein nach klaren und sauberen Regelungen nach dem Muster eines »Problem-Outsourcing«?

Die aktuellen Regelungen:

- Der **Freitod** ist straffrei. **Hilfe zum Freitod** ist straffrei.
- **Tötung auf Verlangen** ist strafbar. **Mord** ist strafbar.
- **Passive Sterbehilfe** (d.h. Unterlassen von med. Maßnahmen) und **indirekte Sterbehilfe** (d.h. in Kauf genommener vorzeitiger Tod z.B. bei erforderlicher hochdosierter Schmerzbehandlung und/oder Sedierung.) sind straffrei.

Die palliativmedizinischen Maßnahmen wie etwa die Gabe schmerzlindernder Medikamente mit möglicherweise lebensverkürzenden Nebenwirkungen werden situationsadäquat ergriffen und ggf. in Ethikkonferenzen interdisziplinär konsentiert. Sie werden mit dem Patienten (oder den Inhalten der Patientenverfügung oder einem Bevollmächtigten) und/oder seinen Angehörigen besprochen und nach, fachlichem Standard durchgeführt.

Worum geht es in der Diskussion?

1. Zulassung oder Verbot von assistierten Suizid z.B durch Vereine, Angehörige, Pflegepersonal/Ärzte und die organisierte Förderung der Suizidbeihilfe.
2. Strafbarkeit von assistiertem Suizid

Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Pflegerat lehnen gesetzliche Änderungen mit Erweiterung der Zulassung von assistiertem Suizid ab. Aus dem Hippokratischen Eid der Ärzte lässt sich ein Verbot zur Tötung auf Verlangen und zur Beihilfe zum Suizid ableiten und auch die Bundesärztekammer (BÄK) lehnt die Beihilfe zum Suizid als Aufgabe der Ärzte ab. In einigen Landesärztekammern, die eigene Empfehlungen geben können, ist die Formulierung mit »..soll nicht...« offener ausgefallen. Das schafft bei den Ärzten Unsicherheiten in einem ohnehin schwierigen Terrain und ist meines Erachtens unklug und kontraproduktiv. Eine einheitliche Position wäre wünschenswert.

Einstimmig wird jedoch die Zulassung von Vereinen o.ä. Organisationen zur Sterbehilfe abgelehnt.
Die Positionen von Ärzten und Pflegenden sind dabei im Wesentlichen von deren berufsethischen Grundsätzen geprägt, die sich auch in den berufsständisch konsentierten Empfehlungen und Stellungnahmen abbilden.
Es erscheint mir sehr wertvoll, wenn wir sehen, dass in den Berufsgruppen, die schwer kranken und sterbenden Menschen zuerst kommen und der Wunsch nach optimierter interdisziplinärem Zusammenwirkung für die Schutzbefohlenen im Sinne von Palliativ Care eindeutig dominiert und nicht in Frage gestellt wird .
Professionelle, die Menschen und ihre Angehörigen in schweren Lebenssituationen und im Sterben begleiten, erfahren regelmäßig, wie viele wertvolle reiche und sogar glückliche Momente es auch in objektiv sehr schweren Lebensphasen geben kann.

Professionelle, die Menschen und ihre Angehörigen in schweren Lebenssituationen und im Sterben begleiten, erfahren regelmäßig, wie viele wertvolle reiche und sogar glückliche Momente es auch in objektiv sehr schweren Lebensphasen geben kann.

Fazit

Durch den Akt eines assistierten Suizides könnte Patienten diese Chance der wertvollen Begegnung mit anderen und mit sich selbst genommen werden.
Die Angst der Ärzte und Pflegenden vor einem Vertrauensverlust gegenüber den schwer kranken Patienten ist gerechtfertigt und zu berücksichtigen. Sterbehilfevereine und die Legalisierung solcher Institutionen sind auf dem Weg zu einem optimierten Palliative Care jedenfalls hinderlich. Gutes Palliative Care konkurriert mit »schnellen Lösungen«.
Neue strafrechtliche Regelungen mit dem verfehlten Wunsch nach vermeintlicher Rechtsicherheit würden meiner Einschätzung nach nur zu Verunsicherung führen. Zu einer Verunsicherung gerade in schwierigen Fällen, wo individualisierte Therapieentscheidungen zum Wohle der Patienten gefordert sind. Das stünde einer verbesserten Sterbebegleitung entgegen.
Der assistierte Suizid erscheint Ärzten und Pflegekräften überwiegend als ihnen wesensfremd. Sicherlich ist hierbei zu berücksichtigen, dass in der Vielzahl der Subspezialisierung und unterschiedlichen Generationenerfahrung auch bei Profis der

Segen eines guten Palliative Care noch nicht ausreichend bekannt ist. Die Erfahrung in der Begleitung Sterbender ist unterschiedlich und kann leider auch bei Ärzten noch im Bereich der reinen Theorie liegen.
Es gehört zur Lebenserfahrung speziell von Ärzten, dass autonome Entscheidungen, die in einer speziellen Situation getroffen wurden, mehr als nur gelegentlich unter anderen Umständen später bereut werden. Es gilt dann, mit den Fehlentscheidungen weiter zu leben. Beim Tod ist aber keine Korrektur oder Hilfe mehr möglich.

Was braucht es?

- Hilfe zum Leben – ein Leben lang
- Hilfe auch im Sterben an den Händen und nicht durch die Hände von Ärzten und Pflegekräften.
- Freiräume, Vertrauen in und Unterstützung für vorhandene und wachsende palliativmedizinische Strukturen
- Hilfe beim Schaffen von Vertrauen und dem Abbau von Ängsten in der Bevölkerung.
- Ermutigung zum eigenen Leben und zum Leben miteinander bis zuletzt
- Vermeidung von Druck auf Patienten und Sterbende zu ultimativen Entscheidungen, vor allem nicht da, wo die Kraft für echte Autonomie geschwächt ist.
- Vermeidung von Handlungsdruck auf Ärzte und Pflegekräfte entgegen eigener Überzeugungen durch den Imperativ gesetzlicher Regelungen.
- Medizin und Pflege, die Vertrauen in einem angemessenen Handlungskorridor genießt, und zwar ohne das Damoklesschwert der Strafverfolgung
- wirkungsvollere Lösungsansätze zur Suizidprävention
- Vermeidung des Angebots von Sterbehilfevereinen mit Dienstleistungscharakter zum vermeintlich » guten Tod«, weil gutes Palliative Care diese überflüssig macht.

» Literatur beim Verfasser

Patientenaufklärung unter der Perspektive der Inklusion

In den Einrichtungen des Gesundheitswesens fällt auf, dass sich das Recht der Patientinnen und Patienten auf eigene, selbstbestimmte Entscheidungen in den letzten Jahren zu einer höheren Anspruchshaltung gegenüber den Behandelnden entwickelt hat. Das ist nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass die oft gut gemeinte Fürsorge für Menschen schnell in ihr Gegenteil umschlagen kann. Dann, wenn nämlich aus dem gut gemeinten fürsorglichen Handeln ein die Freiheit der Patienten übergreifendendes Handeln wird. Das geschieht, wenn Ärzte meinen, bereits zu wissen, was ein Patient braucht. Es muss also genau hingesehen werden, wie das Verhältnis zwischen Autonomie und Fürsorge bestimmt werden kann.

Insgesamt wird von den Patienten heute ein flexibles Modell der informierten Einwilligung (»informed consent«) erwartet. Flexibel in dem Sinne, dass es auf das je individuelle Informationsbedürfnis der Menschen eingeht, um sie zu einer informierten Zustimmung zu befähigen. Neben dem Aspekt, dass Ärzte sich durch die informierte Einwilligung rechtlich absichern müssen, ist das Aufklärungsgespräch die zentrale Bedingung für die Möglichkeit einer selbstbestimmten Entscheidung eines Patienten. Bedauerlicherweise wird das Aufklärungsgespräch von den Ärzten häufig aber als eine Hürde erlebt, da vor allem Diagnostik, Therapievorschläge und die Therapien selbst als elementare Aufgaben ärztlichen Handelns aufgefasst werden.

Eine »informierte Einwilligung« verschärft sich bei minderjährigen oder psychiatrischen Patienten, aber auch bei Patienten in der Intensiv- oder Notfallmedizin.

Die Problematik der Einwilligungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit als Voraussetzung für eine »informierte Einwilligung« verschärft sich bei minderjährigen oder psychiatrischen Patienten, aber auch bei Patienten in der

Dr. Jonas Pavelka beschäftigt sich gerade mit dem Thema ärztliche Beihilfe zum Suizid und bereitet Veranstaltungen für die Einführung in die Theologische Ethik vor.

Intensiv- oder Notfallmedizin. Auch in der Neurologie oder der Geriatrie treten oftmals Situationen auf, in denen die Selbstbestimmung eingeschränkt sein kann. Hier kommt es verstärkt zur Frage nach der Bestimmung einer freiwilligen Zustimmung. Und hier setzt die ethische Diskussion an. Wie kann gewährleistet werden, dass Patienten in den genannten Bereichen bzw. Situationen eine weitgehend selbstbestimmte Entscheidung treffen können?

Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung

Grundsätzlich denkbar in einer Arzt-Patienten-Beziehung ist, dass ein Arzt in paternalistischer Weise die Entscheidung des Patienten vorgibt, weil er von objektiven Kriterien für die Gesundheit bzw. das Wohl des Patienten ausgeht. Er kann aber dem Patienten auch viele Informationen zur Verfügung stellen, ohne diese selbst zu gewichten, so dass dem Patienten selbst die Deutung und Interpretation überlassen wird. Diese zuletzt genannte Variante geht davon aus, dass die Patienten sich im Klaren über ihre Wertvorstellungen sind und die »neutralen« Informationen des Arztes selbst beurteilen können.
Diese beiden Ebenen lassen sich noch einmal um ein interpretatives und ein deliberatives Modell ergänzen. Beim interpretativen Modell unterstützt der Arzt den Patienten darin, seine eigenen Wertvorstellungen zu klären und damit die vorliegende Behandlungssituation zu interpretieren. Beim deliberativen Modell betont der Arzt, dass es um eine gemeinsam erwogene und getragene Entscheidung für oder gegen eine Behandlungsoption geht. Beiden Modellen gemeinsam ist der jeweils rational begründete Konsens, d.h., dass es um eine argumentative und überlegte Entscheidung geht.

Was tun bei fehlender Einwilligungsfähigkeit?

Es sollte aus ethischer Perspektive letztlich darum gehen, den Patienten so weit wie möglich und so viel wie nötig am Entscheidungsprozess zu beteiligen und zu einem selbstbestimmten Urteil zu befähigen. Um diesen »inklusiven« Ansatz zu fördern,

soll am Beispiel eingeschränkt einwilligungsfähiger Patienten eine Haltung verdeutlicht werden, die die Selbstbestimmung trotz bestehender Umstände stärkt. Wie können z.B. bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung oder bei einem Notfall-Patienten paternalistische Entscheidungen verhindert werden?

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit ist zunächst der rechtliche Weg zu beschreiten, d.h., dass nach einer Patientenverfügung oder gemäß einer entsprechenden Vorsorgevollmacht gehandelt wird. Liegen diese nicht vor und ist der Wille des Patienten fraglich, muss der sogenannte »mutmaßliche Patientenwille« bestimmt werden. Es geht dabei (wie auch bei der Auslegung einer Patientenverfügung) darum herauszufinden, wie der Patient entscheiden würde, wenn er selbst dazu in der Lage wäre. Eigene Interessen müssen in jedem Fall hintan gestellt werden. Es geht um den Willen, das Interesse und das Wohl des Patienten und nicht des Betreuers, des Bevollmächtigten oder des Behandlungsteams.

Es geht um den Willen, das Interesse und das Wohl des Patienten und nicht des Betreuers, des Bevollmächtigten oder des Behandlungsteams.

Die Einwilligung ist prinzipiell von verschiedenen Faktoren abhängig. Die Zustimmung setzt voraus, dass der Patient eine Information erhält und dass er freiwillig handelt. Um eine Einwilligung geben zu können, ist für die ethische Reflexion die Frage nach der Einwilligungs- bzw. Selbstbestimmungsfähigkeit wichtig. Diese lässt sich wiederum unterteilen in ein Verständnis über die Tragweite einer Maßnahme und die Urteilsfähigkeit eines Patienten. Ist beispielsweise ein Notfall-Patient oder ein psychiatrischer Patient, der weder eine Patientenverfügung noch eine Betreuungsverfügung hat, in der Lage, die relevanten Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten? Kann er die Konsequenzen und die Tragweite einer Behandlungsoption überblicken? Hier stellt sich für den behandelnden Arzt die Herausforderung einer adäquaten Einschätzung.

Es ist in der Abwägung zu berücksichtigen, dass ein Patient in Bezug auf eine bevorstehende Entscheidung urteilsfähig sein kann, auch wenn er grundsätzlich nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen mit einer gewissen Tragweite überschauen zu können. So läge beispielsweise die Entscheidung zur Einnahme von Tabletten oder alternativ Tropfen durchaus im Entscheidungsbereich eines psychiatrischen Patienten. Und auch umgekehrt lässt sich annehmen, dass ein Patient grundsätzlich in der Lage wäre eine Entscheidung zu treffen, also über eine angemessene Urteilsfähigkeit verfügt, die aber aktuell z.B. durch einen Unfall stark beeinträchtigt ist. Ein

schwer verletzter, sonst voll zurechnungsfähiger Patient könnte am Unfallort mit der Entscheidung einer sofortigen Maßnahme überfordert sein.

Haltung der Inklusion entwickeln

Es sollte den behandelnden Ärzten stets darum gehen, möglichst die Stufe der Eigenverantwortlichkeit der Patienten zu beachten und diese zu stärken. Insbesondere bei psychiatrischen Patienten ist es daher wichtig, nicht nur die medizinischen, sondern besonders auch die sozialen und praktischen Lebensumstände zu berücksichtigen. In diesem Bereich wäre also in Ergänzung zu den dargestellten Modellen der Arzt-Patienten-Beziehung eine von der Grundidee der Inklusion ausgehende Haltung wünschenswert. Die behandelnden Ärzte könnten versuchen, einen Patienten so weit wie möglich zu einer auf der Grundlage seiner (verbleibenden) Möglichkeiten eigenständigen Entscheidung zu befähigen. Dazu zählt auch, die bestehenden Barrieren, die die Urteilskompetenz behindern, so weit wie möglich abzubauen.
Es geht also nicht in erster Linie um »gut gemeinte« Fürsorge, da diese einseitig bleibt. Es ist vielmehr ein »Nachteilsausgleich«, der angestrebt werden müsste. Das bedeutet, dass ein Wechsel von einer »Haltung der Fürsorge« hin zu einer »Haltung der Befähigung von Rechten« angezielt werden sollte, was den Kern der informierten Zustimmung anzielt. Damit werden die Freiheitsrechte nicht nur in ihrer Abwehrfunktion (z.B. eine bestimmte Therapiemaßnahme abzulehnen), sondern auch in ihrer Funktion der Anspruchsrechte gesehen. Das bedeutet auf der Seite der Behandelnden, dass nicht nur direkte Assistenz- und Pflegeleistungen erbracht werden, sondern dass auch die verborgenen Ressourcen hervorgehoben und das soziale Umfeld eines Patienten gestärkt werden sollte (z.B. zum Verständnis bei einer Therapie-Einwilligung). Patientinnen und Patienten können mit der Hilfestellung des Arztes in dieser Weise zur Ausgestaltung ihrer eigenen Freiheit befähigt werden.

Das bedeutet, dass ein Wechsel von einer »Haltung der Fürsorge« hin zu einer »Haltung der Befähigung von Rechten« angezielt werden sollte.

Der Aspekt der Fürsorge meint eine Haltung, die in das Wohlbefinden des Anderen investiert. Dazu gehört auch eine Haltung, die von Zuneigung geprägt ist und die in der Beziehung ein angemessenes Verständnis von Fürsorge erleichtert.
Bei einer »inklusiven Patienten-Aufklärung« geht es also um mehr als ein Kommunikationstraining für Ärzte, das eine Reduktion von Fachbegriffen, ein angemes-

senes Sprechtempo und z.B. die Aufforderung an den Patienten, Fragen zu stellen, beinhaltet. Grundsätzlich zielführender scheint die Reflexion der eigenen Haltung des Arztes zu sein. Also eine Frage, die die Einstellung und das Ethos eines Arztes betrifft. Ein Anfang könnte auch die Leitfrage sein: Wie kann auch in akuten Entscheidungssituationen eine bevormundende Entscheidung vermieden, Hindernisse für eine selbstbestimmte Entscheidung aus dem Weg geräumt und Möglichkeiten zur Stärkung der informierten Einwilligung gegeben werden?

Eine Ethikberatung aus der Neonatologie

Im Fall von schwierigen Entscheidungssituationen kann an vielen Kliniken eine ethische Fallberatung oder auch Ethikberatung angefordert werden. In einem diskursiven Verfahren soll die im Sinne des Patienten bestmögliche Behandlungsentscheidung erarbeitet werden. Eine spezielle Situation ergibt sich für die Ethikberatung, wenn es sich – wie im vorliegenden Fall – um einen Säugling handelt. Anstelle des (mutmaßlichen) Patientenwillens tritt hier das von den Eltern aufgrund ihres Sorgerechts wahrgenommene »beste Interesse« des Kindes. Medizinische Maßnahmen am (nicht einwilligungsfähigen) Kind bedürfen der Zustimmung beider Eltern.

Falldarstellung

Im vorliegenden Fall wurde die Ethikberatung von einem leitenden Arzt der Neonatologie angefordert. Durchgeführt wurde die Beratung von zwei Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees. Vom Behandlungsteam nahmen eine weitere verantwortliche Ärztin, eine Pflegende sowie die zuständige Stationsleitung teil.

Bei dem Patienten handelte es sich um einen Säugling, der aufgrund von Atemproblemen und zerebralen Krampfanfällen direkt nach der Geburt auf eine neonatologische Station verlegt worden war. Zum Zeitpunkt der Beratung war er ca. 5 Wochen alt. Die Diagnostik ergab eine komplexe Fehlbildung wichtiger Blutgefäße im Gehirn, eine sog. »Vena-Galeni-Malformation«. Die Folge ist eine Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff. Schon im Mutterleib war es zu einem weitreichenden Untergang von Großhirngewebe gekommen, der Gefäß-Defekt erwies sich als inoperabel. Die Prognose war infaust, er-

Dr. rer. nat. Katja Weiske, (Dipl.-Biologin), Mitarbeiterin der Geschäftsführung des Klinischen Ethikkomitees des Uniklinikums Frankfurt sowie wiss. Mitarbeiterin des Dr. Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin (Schwerpunkt Humangenetik/Pränatale Diagnostik)

Dr. Timo Sauer bietet u.a. Lehrveranstaltungen für Ethik bei Medizinstudierenden an und arbeitet als Trainer für Ethikberater im Gesundheitswesen.

wartet wurden eine zunehmende Herzinsuffizienz (verursacht durch einen starken Rückstrom von Blut zum Herzen) und ein fortschreitender Abbauprozess des Gehirns. Aufgrund extremer Unruhe (keine Schlafphasen) und insbesondere von den Pflegenden wahrgenommener andauernder Schmerzreaktionen wurde der Säugling zum Zeitpunkt der Beratung mit Morphin behandelt.

Die Prognose war infaust, erwartet wurden eine zunehmende Herzinsuffizienz (verursacht durch einen starken Rückstrom von Blut zum Herzen) und ein fortschreitender Abbauprozess des Gehirns.

Die Eltern sind Muslime mit nordafrikanischen Wurzeln.

Hauptsächlich kommunizierte das Behandlungsteam mit dem häufig anwesenden Vater, der gut Deutsch verstand und sprach, die medizinischen Sachverhalte gut zu verstehen schien und sehr differenzierte Fragen stellte. Aufgrund der Versorgung eines Geschwisterkindes war die Mutter weniger häufig auf Station, sie erhielt die Informationen hauptsächlich durch ihren Ehemann. Der Vater brachte nach Aussagen des Teams vom Beginn der Behandlung an entschlossen zum Ausdruck, dass er jede mögliche Lebensverlängerung wünsche, z. B. auch eine andauernde künstliche Beatmung. Seine Auffassung beruhte auf der religiösen Überzeugung, dass grundsätzlich eine Verpflichtung zur Lebensverlängerung besteht, auch wenn dies Schmerzen bzw. Leiden für das Kind bedeutet.

Eine Spannung zwischen Fürsorge, Nichtschaden und Autonomie

Der maßgebliche Entscheidungskonflikt zwischen den Eltern des Patienten und dem Behandlungsteam bestand in der Bestimmung des Therapieziels. Das Behandlungsteam war übereinstimmend der Überzeugung, dass eine maximale Ausschöpfung intensivmedizinischer Maßnahmen (z. B. künstliche Beatmung ab einem bestimmten Stadium der Herzinsuffizienz) das Sterben des Säuglings bei einer mutmaßlich schweren Symptomatik hinauszögern würde, den unheilbaren Krankheitsverlauf aber nicht beeinflussen könnte. Aus ärztlicher Sicht bestand aufgrund der Diagnose und der damit verbundenen Prognose eine Notwendigkeit zur Therapiezieländerung mit palliativer Behandlung. Auch die Pflegenden sprachen sich übereinstimmend für eine Vermeidung der Lebens- und Leidensverlängerung aus.

Der maßgebliche Entscheidungskonflikt zwischen den Eltern des Patienten und dem Behandlungsteam bestand in der Bestimmung des Therapieziels.

Hier werden u. A. die medizinethischen Prinzipien der *Fürsorge* und des *Nichtschadens* berührt. Das Prinzip der Fürsorge motiviert dazu, mögliche kurative oder lebensverlängernde Maßnahmen durchzuführen, während das Nichtschadensprinzip diesen Impuls begrenzt. Genau diese Abwägung zwischen Fürsorge und Nichtschaden, zwischen Nutzen und Schaden, war einer der Inhalte der Ethikberatung. Sie führte zur Einschätzung des Teams, dass den intensivmedizinischen Maßnahmen im Falle des Patienten kein entsprechendes realistisches Therapieziel gegenüber steht. Somit gab es keine rechtfertigenden Gründe für das mit der Behandlung wahrscheinlich einhergehende Leiden. Aus Perspektive der Eltern stand bezüglich des von ihnen wahrgenommenen Interesses des Kindes das Handeln gemäß religiöser Vorstellungen im Vordergrund. Dieser Aspekt berührt die zweite prinzipienethische Abwägung zwischen dem Prinzip der *Fürsorge* und dem Prinzip des *Respekts vor der Autonomie*, das in diesem speziellen Fall nicht im Hinblick auf den erklärten oder mutmaßlichen Willen erfolgt, sondern im Hinblick auf das »beste Interesse«.

Es handelte sich aber auch um einen interkulturellen Konflikt. Bei der Analyse strittiger Argumente innerhalb eines transkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses ist darauf zu achten, dass nicht doch kommunikative Probleme eine Rolle spielen, auch wenn – wie im vorliegenden Fall – augenscheinlich eine zufriedenstellende Verständigung herrschte. Im Hinblick auf einen Behandlungsverzicht existieren im Islam vielfältige Sichtweisen. Eine extreme Position sieht eine Therapiepflicht auch in Fällen mit aussichtsloser Prognose und bestreitet den normativen Unterschied zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe. Also wäre hiernach auch eine Schmerzbehandlung mit Morphin nicht gestattet, wenn damit eine Lebensverkürzung einhergehen würde. Dies ist jedoch keineswegs zwingend. Andere Positionen im Islam stellen die Inanspruchnahme lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen bei aussichtsloser Prognose frei.

Handlungsoptionen

Ein Verzicht auf Intensivbehandlung gegen den Willen der Eltern wurde von den Teilnehmern der Ethikberatung als schwer vorstellbar angesehen. Noch problematischer erschien jedoch eine (nicht indizierte) Weiterbehandlung des Säuglings nach Elternpräferenz. Insofern galt es zunächst, weitere Möglichkeiten zu suchen, die Eltern von einem palliativen Behandlungsplan zu überzeugen. Hierfür traten folgende Aspekte in den Vordergrund: Zunächst die Sicherstellung, dass tatsächlich keine Kommunikationsprobleme bestehen und alle medizinischen Fakten richtig verstanden werden. Des Weiteren die Aufnahme von Gesprächen mit der Mutter, ggf. mit Hilfe eines Dolmetschers, sowie die Einbeziehung eines muslimischen Geistlichen für die religiösen Fragestellungen.

Ein Verzicht auf Intensivbehandlung gegen den Willen der Eltern wurde von den Teilnehmern der Ethikberatung als schwer vorstellbar angesehen.

Ergebnis der Beratung

Zunächst wurde zeitnah ein Gespräch mit der Mutter geplant, die bisher wenig einbezogen worden war. Nach umfassender Aufklärung sollte ihr ein palliativer Behandlungsplan vorgeschlagen werden. Eine Verlegung des Säuglings nach Hause mit Unterstützung eines Spezialisierten Ambulanten Palliativ-Teams (SAPV) war denkbar, wenn die Eltern einer palliativen Behandlung zustimmen würden. Parallel wurde ein in solchen Fragen kompetenter muslimischer Ansprechpartner hinzugezogen, der die Eltern in religiöser Hinsicht entlasten könnte. Auch dem Vater sollte nochmals verdeutlicht werden, dass eine mit Maximaltherapie verbunden Leidensverlängerung nicht im »besten Interesse« seines Kindes liegen könne.

Erst nach Ausschöpfen dieser Möglichkeiten sollte erneut die Frage des Therapieverzichts (aufgrund einer fehlenden Indikation) gegen den Wunsch der Eltern gestellt werden. Für diesen Fall erging das Angebot einer erneuten Ethikberatung.

Erst nach Ausschöpfen dieser Möglichkeiten sollte erneut die Frage des Therapieverzichts (aufgrund einer fehlenden Indikation) gegen den Wunsch der Eltern gestellt werden.

Kommentar

Im dargestellten Fall handelte es sich nicht um ein medizinethisches Problem im engeren Sinne, da die notwendige medizinische Indikation für den Beginn/Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen unstrittig nicht vorlag. Es ging vielmehr um einen Konflikt seitens des ärztlichen/pflegerischen Teams, einen Behandlungsverzicht gegen die – in diesem Fall kulturell-religiös bedingten – Wünsche der Eltern durchzusetzen (was im Allgemeinen immer als »letzte Lösung« angesehen wird). In der Beratung des Teams wurde deutlich, dass innerhalb eines transkulturellen Arzt-Patientenverhältnisses über die übliche sorgfältige Aufklärung hinaus eine kultursensible Kommunikation (sowohl im Hinblick auf Sprache als auch auf religiöse Expertise) erforderlich ist. So wurde auch in diesem Fall schließlich ein Konsens mit den Eltern erreicht. Mit Hilfe eines religiösen Ansprechpartners, der die vorgeschlagene palliative Behandlung aus islamischer Sicht als »erlaubt« einstufte, sowie einer erneuten Aufklärung über die medizinische Situation (die dann erst wirklich verstanden wurde) konnten sich die Eltern von ihrem unbedingten Wunsch nach Lebensverlängerung lösen und ihr Kind zu Hause mit Hilfe eines SAPV-Teams weiter betreuen.

In der Beratung des Teams wurde deutlich, dass innerhalb eines transkulturellen Arzt-Patientenverhältnisses über die übliche sorgfältige Aufklärung hinaus eine kultursensible Kommunikation (sowohl im Hinblick auf Sprache als auch auf religiöse Expertise) erforderlich ist.

» Literatur beim Verfasser

Wer glaubt, folgt einem Ruf
Zur Grundhaltung gläubiger Menschen

Der christliche Glaube will nicht nur bedacht und im Gottesdienst gefeiert, sondern auch im Alltag gelebt werden. Darum sind Christen herausgefordert, ihren Beruf auch als Be-Ruf-ung zu verstehen. Die Chancen stehen dafür in heilenden Berufen besonders günstig. Im Folgenden werden Grundzüge einer gläubigen Haltung skizziert, die sich aus einem dreifachen göttlichen Ruf von Zusage, Zutrauen und »Zumutung« ergibt.

Gelebter Glaube ist weniger eine Kopfsache, sondern vielmehr eine Herzensangelegenheit (das lateinische Wort für »glauben«, credere, bedeutet »das Herz geben«). Es geht um die Gestaltung einer Beziehung, um die Antwort des Menschen auf das Wort Gottes. Dafür braucht der Mensch ein »hörendes Herz« (vgl. 1 Kön 3,9), um Gottes Ruf zu vernehmen. Denn das Wesentliche ist für die Ohren unhörbar…

»Ich bin gewollt« – Glauben als Selbstannahme

Das erste Wort Gottes an den Menschen ist keine Forderung, sondern eine Zusage: »Du bist gewollt und ich bleibe bei Dir!«, mit anderen Worten: »Ich liebe Dich, und das einfach so, bedingungslos!« Weil Gott mich ins Dasein ruft und mich unbedingt annimmt, kann ich mein Selbst von ihm annehmen, kann ich mich selbst annehmen. Seine Zusage zieht Gott nicht zurück, egal was ich tue; sie ist Grundlage der menschlichen Würde, die deswegen zwar missachtet und verletzt werden, aber nicht verloren gehen kann. Angesichts dieser Würde gebührt jedem Menschen Respekt, unabhängig davon, wer er ist und wie er

Dr. Martin Splett vom Caritasverband für die Diözese Osnabrück ist sowohl als theologischer Referent als auch in der Klinikseelsorge tätig.

handelt – ohne Unterschiede zwischen Besitzenden und Bedürftigen, Stärkeren und Schwächeren, Personal und Patienten oder auch Vorgesetzten und Mitarbeitenden.

»Ich bin zu etwas gut« – Glauben als Selbstvertrauen

Auf seine erste Zusage lässt Gott eine zweite folgen, einen Zuspruch des Zutrauens: »Du bist zu etwas gut, ich traue Dir etwas zu!« Gott hat jedem nicht nur Würde gegeben, sondern auch Wert: jeder hat etwas, das er teilen und für andere einsetzen kann. Und dafür gebührt jedem neben Respekt auch Wertschätzung. Mitunter mag es gar nicht so leicht fallen, Wertvolles bei anderen oder bei sich selbst zu entdecken. Doch nicht nur Leistung und Erfolg haben Wert. Neugeborene können die meisten schnell wertschätzen; doch selbst Sterbende vermögen noch etwas Wertvolles auszustrahlen, wie Begleitende wissen. Und gerade in sozialen Einrichtungen ist immer wieder erfahrbar, wie Leistungsschwache und Leidende nicht einfach nur bedürftig sind, sondern auch etwas zu geben haben – nicht nur Dankbarkeit, sondern auch als Vorbild für Durchhaltevermögen, Lebensfreude und vieles mehr.

Glauben heißt, Zusage und Zutrauen von Gott entgegennehmen, sich selbst als gewollt und wertvoll annehmen, trotz Schwachheit und Schuld. Derartiges Gottvertrauen schafft ein Selbstvertrauen, das ich mir nicht verdienen oder einreden muss, das nicht vom Urteil anderer über mich abhängt. Bei aller Abhängigkeit und Not im menschlichen Miteinander, auch im beruflichen Alltag, können sich gläubige Christen eine letzte Gelassenheit und innere Freiheit bewahren; und die wirkt sich dann auch auf ihr heilendes Wirken aus.

Glauben heißt, Zusage und Zutrauen von Gott entgegennehmen, sich selbst als gewollt und wertvoll annehmen, trotz Schwachheit und Schuld.

Zugleich begegnet uns und vollzieht sich dieser Zuspruch Gottes im Zuspruch von Menschen – beginnend bei den Eltern. Doch nicht nur in der Familie und durch Freunde kann ich Respekt und Wertschätzung erfahren und weitergeben, sondern auch im Beruf, etwa am Krankenbett oder im Stationszimmer.

»Ich bin gesandt« – Glauben als Handeln

Aus Gottes Zuspruch erwächst ein Anspruch, sein dritter Ruf ist ein Aufruf »Du hast von mir Würde und Wert, Liebe und Macht; also lebe und handle auch entsprechend, und nimm dir dazu ein Beispiel an Jesus!« Entscheidend für unser Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen ist die richtige Reihenfolge: Viele kennen Leitsätze wie »Leiste was, dann biste was!« oder »Tu was ich will, dann mag ich dich!«. Verheerende Wirkung hatte und hat teilweise bis heute eine Religionspädagogik im Sinn von »Befolge die religiösen Gebote, dann ist Gott (vielleicht) gnädig!«. Doch bei Gott ist es andersherum: Erst liebt er, dann fordert er auf, diese Liebe anzunehmen – und die Annahme von Liebe schließt ein, sie zu erwidern und weiter zu geben. Unser Tun ist nicht Bedingung für Gottes Liebe, sondern dessen Folge. Allerdings hat es der Anspruch Gottes durchaus in sich, gipfelt er doch in der Zumutung, sich auch denen zuzuwenden, die sich gegen einen wenden, biblisch »Feindesliebe« genannt. Zugleich stärken Gottes Zusage und Zutrauen für diese »Zu-Mut-ung«.

Für Christen ist das Leben also zuerst Gabe und dann Aufgabe.

Für Christen ist das Leben also zuerst Gabe und dann Aufgabe. Zu ihrem Selbstbewusstsein gesellt sich ein Sendungsbewusstsein, mit Auswirkungen auf die Arbeit: Gläubige Arbeitnehmer haben eben nicht nur einen weltlichen Arbeitgeber; sie sind immer auch »im Auftrag des Herrn unterwegs« (Blues Brothers). Ihre fachliche Arbeit, verbunden mit menschlicher Zuwendung, wird zum Ausdruck ihres Glaubens, ohne dass dies ständig thematisiert oder bewusst geschehen müsste.

Wie können nun Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen ihren Christen die Einübung in eine gläubige (Arbeits-)Haltung erleichtern? Eine erste Antwort: Durch die Etablierung einer Unterbrechungskultur. Formelle und informelle, religiöse und soziale Unterbrechungen des Arbeitsalltags können an Zweierlei erinnern: In der helfenden und heilenden Arbeit geschieht mehr, als man in der Routine auf dem Schirm hat. Und es gibt im Leben immer mehr als die Arbeit. Unterbrechungen fördern die Achtsamkeit für die Vielfältigkeit des Lebens und der Menschen, die immer mehr sind als Kollegen oder Vorgesetzte oder Patienten – nämlich gewollte und wertvolle Geschöpfe mit einer göttlichen Berufung. Sich dies bisweilen bewusst zu machen, lenkt nicht von der Arbeit ab, sondern kommt ihr letztlich zugute.

Rezension zu **Olga Kogan: »Diagnose Empathie. Aus dem Alltag einer jungen Ärztin«** von Stephan Koch

In dem schmalen Band »Diagnose Empathie. Aus dem Alltag einer jungen Ärztin« nimmt Olga Kogan den Leser mit in den medizinischen Alltag. Selbst Ärztin, gibt sie in kurzen Episoden Einblicke in ihr eigenes Erleben angesichts schwieriger, manchmal schwer auszuhaltender Situationen und Schicksale.

So konfrontiert sie die Leserinnen und Leser gleich im ersten Kapitel mit dem Tod – so wie auch sie als junge Praktikantin erstmals damit konfrontiert wurde.

Olga Kogan
Diagnose: Empathie
Aus dem Alltag einer jungen Ärztin
Mabuse Verlag 20115
ISBN: 978-3-863-21231-5

Kogan schildert eindrucksvoll, aber schlicht, wie sie den Tod des Patienten aus »Zimmer 19« erlebte. Sie beschreibt den kühl-routinierten Umgang des Pflegepersonals mit der Situation, das mangelnde Zutrauen in sie, ob sie das aushalten könne. Sie erzählt aber auch, wie eine Schwester sie behutsam begleitete, ihr Zeit ließ, die Eindrücke wirken zu lassen. Und Kogan lässt uns teilhaben an ihren Emotionen. Wir erfahren, wie die Gedanken an die Familie des Verstorbenen »das Gefühl der Ohnmacht ins Unermessliche« steigerten (15).

Die Auseinandersetzung mit dem Sterben ihrer Patienten durchzieht auch die anderen Kapitel. Sie erspart den Leserinnen und Lesern nicht die Härte dieser Erfahrung und retouchiert nicht die Unmenschlichkeiten. Zugleich zeigt sie aber auch die

Dipl. Theol. Stephan Koch
ist Mitarbeiter am Lehrstuhl für Caritaswissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Rezension

zarten Pflänzchen der Menschlichkeit und Hoffnung. Auch die Ambivalenz ihrer eigenen Gefühle kommt zur Sprache. Im Kapitel »Zweierlei Tod« erzählt sie vom Tod zweier Krebspatientinnen – doch sie kann nur einen als Verlust empfinden. Ihre Vorurteile, auch der Ekel angesichts des körperlichen Verfalls der Patientin wirken sich aus.

Wir erfahren, wie die Gedanken an die Familie des Verstorbenen »das Gefühl der Ohnmacht ins Unermessliche« steigerten (15).

Überhaupt ist die Zwiespältigkeit des ärztlichen Alltags das Thema dieses Buches: Der Stolz auf den eigenen Berufsstand, die Möglichkeiten der modernen Medizin auf der einen, und die eigene tiefe Unsicherheit und Angst, etwas falsch zu machen als Grenzen der Heilkunst auf der anderen Seite.

Von den Grenzen spricht das Kapitel »Michael«. Er wird als polytraumatisierter Patient nach einem schweren Verkehrsunfall operiert. Neuro- und Unfallchirurgen versorgen die vielfachen Verletzungen am ganzen Körper – bis der Anruf kommt: Die Neurologen haben den Hirntod des jungen Mannes festgestellt. »Planänderung« (45). Die Frakturen werden nicht versorgt, die Wunden nur notdürftig verschlossen. Selbst die Wärmedecke nimmt man dem Mann. »So nehmen sie dir auch einen Teil deiner menschlichen Würde« (46). Priorität hat nun nicht mehr, das Leben des Patienten zu retten, sondern etwas anderes: Den Körper auf die Entnahme von Organen vorzubereiten. Welche Paradoxie.

Olga Kogan spricht aber auch von Vorbildern. Es sind nicht vorrangig Vorbilder der ärztlichen Kunst, sondern der Menschlichkeit. Wir erfahren von dem Gynäkologen, der sich Zeit nahm, die Hoffnungslosigkeit seiner Patientin auszuhalten, und von dem Hausarzt, der vor der Ehefrau eines sterbenden Patienten auf die Knie sank, ihre Verzweiflung mittrug.

Die Autorin berichtet in einer klaren Sprache von ihren Erfahrungen als Praktikantin, Studentin, junge Ärztin. Dabei geht es ihr nicht – wie Autoren anderer fiktiver oder realer Erzählungen aus diesem Bereich – darum, den Zynismus des Krankenhausalltages darzustellen und den eigenen, oft egoistischen Weg hindurch, sondern ihr Thema ist die Menschlichkeit, das Einfühlungsvermögen. Es sind nicht theoretische Erwägungen über das Empathie-Konzept, sondern beispielhafte Episoden, die sie heranzieht, um ihr Plädoyer im längeren Schlusskapitel vorzubereiten: Gegen die zynische Hegemonie der Wirtschaftlichkeit fordert sie die Menschlichkeit. Sie nimmt ihre Berufskolleginnen und -kollegen in die Pflicht zu Empathie, und sie för-

dert das Einfühlungsvermögen der Patientinnen und Patienten für die Ärzte. Auch diese sind nur Menschen.

Olga Kogan hat ihre Schlüsse gezogen. Trotz aller Schwierigkeiten und Anfragen ist sie Ärztin geworden und geblieben. Doch sie hat das Fach gewechselt: In der Psychiatrie ist mehr Zeit für Menschlichkeit als in den somatischen Disziplinen, Empathie Voraussetzung für den Behandlungserfolg.

Gegen die zynische Hegemonie der Wirtschaftlichkeit fordert sie die Menschlichkeit.

Positioniert!

Der trägerübergreifende Ethikrat des Bistums Trier, der Deutsche Pflegerat (DPR), der Katholische Pflegeverband (KPV) und zehn Katholische Träger von Krankenhäusern, Senioreneinrichtungen und Behinderteneinrichtungen, positionieren sich in der aktuellen Diskussion um den assistierten Suizid.

In einer Erklärung vom 1. Juli 2015 macht der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, deutlich, was von einem Arzt gefordert sei. Es ist »die Aufgabe von Ärzten Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterben Beistand zu leisten.« Montgomery betont am Ende seiner Erklärung, es sei Aufgabe der Ärzte, Hilfe beim Sterben zu leisten, nicht Hilfe zum Sterben. Die Betonung des Präsidenten der Bundesärztekammer, das Leben zu erhalten, drückt positiv aus, was die Bundesärztekammer in der aktuellen Debatte zum assistieren Suizid auf den Punkt bringt: Es ist keine ärztliche Aufgabe, am Tod mitzuwirken.

Dieser Position schließen sich die vier vorliegenden Stellungnahmen an. Mit Nachdruck weisen sie auf den nach wie vor großen Bedarf an palliativmedizinischen Hilfen für leidende Menschen hin. Die Unterzeichner der **zehn Katholischen Träger** von insgesamt 394 Kliniken und Pflegeeinrichtungen legen u.a. Wert darauf, das Leben als ein Geschenk Gottes zu betrachten und betonen die Notwendigkeit, Schutz vor sozialem Druck zu gewährleisten, der durch eine positive Regelung des assistieren Suizids entstehen kann. Daher gilt dort, dass »weder Ärztinnen und Ärzte noch andere Mitarbeitende« in den Einrichtungen »Unterstützung bei der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizids leisten. Die Träger positionieren sich ebenso entschieden gegen geschäftsmäßig organisierte Suizidbeihilfe.«

Der **Katholische Pflegeverband** fordert besonders die Politik dazu auf, die Pflegeberufe besser zu unterstützen, damit mehr Zeit für den Patienten bleibt. Damit wäre auch einer der häufigsten Ursachen für den Wunsch nach assistiertem Suizid besser in den Griff zu bekommen: die Einsamkeit.

Johannes Lorenz arbeitet als Studienleiter im Bereich Weltanschauungsfragen und Lebenskunst im Haus am Dom in Frankfurt und beschäftigt sich in seinem Promotionsvorhaben mit Bernhard Weltes Verständnis von Personsein.

Der **Deutsche Pflegerat** gibt in seiner Stellungnahme eine ausführliche Erläuterung wichtiger Begriffe wie aktive/passive/indirekte Sterbehilfe an die Hand. Er sieht in einer gesetzlichen Regelung, die den assistierten Suizid erlaubt, die Gefahr, dass Weiterleben unter bestimmen Umständen begründungsbedürftig werden könnte.
In seiner ausführlichen Stellungnahme weist der **Trägerübergreifende Ethikrat des Bistums Trier** darauf hin, dass es aufgrund der Komplexität jedes Einzelfalls immer einer fallorientierten ethischen Beurteilung bedarf. Dies lässt keine vereinheitlichende Regelung zu, auch nicht für Ausnahmefälle.

Die Stellungnahmen stehen hier zum Download bereit:

Stellungnahme des Deutsche Pflegerats

Stellungnahme zehn Katholischer Träger
von insgesamt 394 Kliniken und Pflegeeinrichtungen

Stellungnahme des Katholischen Pflegeverbands

Stellungnahme des Trägerübergreifenden Ethikrats
des Bistums Trier

Ludwigshafener Ethische Rundschau

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:

Katholischer Pflegeverband e.V.

Katholischer Krankenhausverband der Diözese Osnabrück e.V.

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