

Ethische Fragen spielen in unseren Krankenhäusern und Pflegeheimen eine bedeutende Rolle. Mit den medizinischen Möglichkeiten ist auch die Verantwortung gewachsen, den Menschen gemäß damit umzugehen. Für diese ethischen Herausforderungen hat die methodistische Diakonie vor 15 Jahren zusammen mit der EmK das »Forum sozial-diakonische Ethik« gegründet. Deren erstes Thema hieß: »Wie lange soll der Mensch leben?« Die Fragen der Sterbegleitung und Sterbehilfe werden bis heute kontrovers diskutiert. Beim diesjährigen Forum bei Martha-Maria in

Nürnberg waren Fachleute verschiedener Disziplinen beteiligt. Für diese Ausgabe von »Helfen und Heilen« hat Peter Dietrich deren interessante Impulse zusammengefasst. Gleichzeitig sind in den letzten 15 Jahren in unseren Einrichtungen Ethik-Konsile eingerichtet worden, die in strittigen Fällen Ärzte und Angehörigen bei Entscheidungen beraten sollen. Wie das bei Martha-Maria gestaltet wird, erläutert der Beitrag von Volker Kiemle.

Lothar Elsner
Theologischer Vorstand der Bethanien Diakonissen-Stiftung



Menschenwürde und ethisches Dilemma



Mit »Hilfe beim Sterben – Hilfe zum Sterben« war ein Fachtag des Forums sozial-diakonische Ethik der EmK im März 2017 in Nürnberg überschrieben. Wichtige Thesen im Überblick.

»Unsere **Kultur der Machbarkeit** hält uns von der Auseinandersetzung mit dem Sterben ab«, sagte **Pastorin Birgit Fahnert**, Leitende Seelsorgerin aus Berlin. Leben um jeden Preis erhalten zu wollen, nehme Menschen Würde. »Medizinisch sind viele Dinge möglich, aber menschlich sind sie nicht sinnvoll.« Manches Gespräch über medizinische Eingriffe bei Bewohnern mit Angehörigen oder auch Pflegepersonal habe sie mit der Frage geführt: Wozu soll das helfen? Das sei meist der erste Schritt in die Richtung gewesen, »an den Tod zu denken«. Immer öfter stelle sich ihr die Frage: »Sollten wir nicht eher Sterbeverhinderung bemängeln, als dass wir über Sterbehilfe diskutieren? Und zwar aus Lie-

be zum Menschen und aus Respekt vor Gottes Schöpfung?« Fahnert ist froh über den medizinischen Fortschritt. Aber die Selbstverständlichkeit, mit der agiert werde, macht ihr Sorge. »Würden wir uns mehr mit Tod und Sterben auseinandersetzen, könnten Angehörige Ohnmacht besser aushalten«, sagte Fahnert. »Die meisten Menschen sind hilflos. Kaum einer von uns hat erlebt, wie Sterben geht. Im Film werden noch gute Worte gesagt und dann fällt der Kopf zur Seite. Im richtigen Leben ist das oft anders. Sterben dauert oft mehrere Tage, hat verschiedene Bewusstseinsstufen und fordert die Begleitenden in besonderer Weise heraus. Geruch und Geräusche sind nicht immer schön und

manche macht es hilflos, keine Reaktion mehr von der anderen Person zu bekommen.« Deshalb will Fahnert aufklären. »Mein Traum ist, dass dies nicht erst geschieht, wenn Menschen emotional betroffen sind, sondern viel früher.« Eine gute palliative Versorgung helfe Menschen, das Sterben anzunehmen. Eine gute Schmerzversorgung – mit der Hausärzte überfordert seien – sei dabei nur eine von vier Säulen. »Wichtig für mich ist der Umgang mit dem kranken, sterbenden Menschen. Geben wir ihm das Gefühl, eine Last zu sein, uns Arbeit zu machen?«

Heike Linder, Palliativ-Fachkraft aus Stuttgart, betonte, der reale Wunsch hinter dem »**Sterben wollen**« sei oftmals nicht offensichtlich. »Sterbewünsche können Ausdruck von Einsamkeit sein, von Hilflosigkeit, von unerfüllten Bedürfnissen. Sie können der Ausdruck sein, lebenssatt und sterbebereit zu sein. Sie können in Zusammenhang stehen mit dem Verlust von Fähigkeiten. Sie können ein Ausdruck von unerträglichem Leid sein.« Entstünden, so fragte sie, Sterbewünsche in einer Leistungsgesellschaft durch ein Menschenbild, das von Werten wie Wohlstand, Leistungsfähigkeit, Intelligenz und Selbstbestimmung geprägt sei? Oder dadurch, welchen Stellenwert Krankheit, Schwachheit oder Behinderung haben?

Eine verantwortungsvolle Medizin, betonte **Professor Dr. Jürgen M. Bauer**, Geriater aus Heidelberg, müsse in der Hochaltrigkeit die verbliebene Lebenszeit, die individuelle Lebensqualität und, wenn erhebbar, den **Patientenwillen** einschließen. Eine besondere Herausforderung stelle in der Phase des Abschiednehmens die Überlagerung von Patientenperspektive und Angehörigenwunsch dar. »Eine medizinisch sinnlose Therapie, die nicht auf den Erhalt von Lebensqualität zielt, muss im Alter unbedingt vermieden werden.«

»Wir können **von Rechts wegen** grundsätzlich über unser Leben verfügen«, sagte **Professor Dr. Thomas Gutmann**, Jurist aus Münster. Der Mensch dürfe »seinen« Tod sterben. Eine künstliche Ernährung gegen den erklärten Willen des Patienten sei rechtswidrig, auch wenn die Unterlassung zum Tod des Patienten führe. Die Gewissensfreiheit des Pflegepersonals verleihe diesem kein Recht, sich über das Selbstbestimmungsrecht des durch einen Betreuer vertretenen Patienten hinwegzusetzen. Eine Sterbehilfe, die dem Patientenwillen entspreche und einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf lasse, sei sowohl durch Unterlassen als auch durch das aktive Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung gerechtfertigt. Den seit 2015 geltenden § 217 StGB zur »Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung« hält er für eine verfehltete Vorschrift. Die Regelung kriminalisiere Ärzte, die im Rahmen ihrer dauerhaften Tätigkeit handeln. Das ärztliche Ethos rechtfertige ärztliche Suizid-

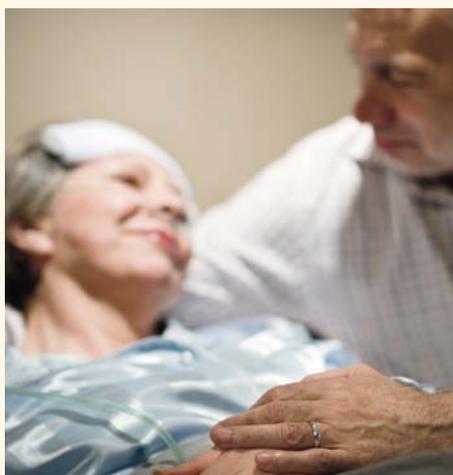
beihilfe als eine ultima ratio für verzweifelte, suizidwillige Schwerstkranke. »Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen gilt weiterhin unverändert.« Das wichtigste politische Ziel sei der Ausbau einer guten palliativmedizinischen und pflegerischen Versorgung, die Patienten mit Sterbewünschen »lebbare« Alternativen anbiete, ohne ihr Selbstbestimmungsrecht gering zu schätzen. Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation sei auch zulässig, wenn sie als unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen könne.

Der »**Hirntod**« sei ein Produkt der modernen Medizin, sagte **Professor Dr. Frank Erbguth**, Neurologe aus Nürnberg. Ein »Hirntod« bei erhaltener Herz-Kreislauffunktion komme in der Natur nicht vor, er sei ein Produkt der Intensivmedizin, die es ermögliche, selbst bei komplett erloschener Hirnfunktion durch Beatmung den Kreislauf aufrecht zu erhalten. In den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer von 2015 werde nicht mehr vom Hirntod, sondern vom »Irreversiblen Hirnfunktionsausfall« gesprochen (IHFA). Ob er wirklich den Tod des Menschen bedeute, sei keine medizinische, sondern eine anthropologische Frage und werde seit 50 Jahren kontrovers beurteilt. Im Kern gebe es zwei Thesen: Entweder es handle sich um tote Menschen mit künstlich erhaltener Körperfunktion, denen die Leicheneigenschaften fehlt. Oder es handle sich um lebende Menschen ohne Hirnfunktion. Der Deutsche Ethikrat habe 2015 eine ausführliche Debatte zum IHFA geführt und sich mit 18 von 25 Stimmen dafür ausgesprochen, das bislang gültige Konzept des IHFA beizubehalten. Die Feststellung des IHFA erfolge in drei Schritten und sei zweifelsfrei und sicher. Eine neue ethische Herausforderung sei die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Patienten bis zu ihrem Hirntod zum Zweck der Organspende und Organerhaltung weitertherapiert werden können oder dürfen. Diese Problematik habe weitreichende Konsequenzen für die Rollenaufteilung der Ärzte – Behandlung versus Transplantationsinteresse – und die Kommunikation mit den Angehörigen.

»Der Schrecken eines frühen Todes etwa durch Herzinfarkt ist oft dem **Schrecken eines langen Lebens und Leidens** gewichen«, sagte **Pastor Dr. Lothar Elsner**. Viele Menschen erlebten einen langen Zeitraum, in dem sie schon mehr oder weniger gebrechlich sind. Nur noch jeder fünfte

Mensch sterbe im Kreis der Familie, fast jeder zweite im Krankenhaus, knapp jeder Dritte im Pflegeheim. »Damit geschieht das Sterben in einem rechtlich und professionell geregelten Raum. Die Entscheidungen stehen unter einem hohen Rechtfertigungszwang.« Die Aufklärung und Zustimmungspflicht des Patienten wurden immer klarer geregelt. »Damit tauchten die Konfliktfelder der passiven Sterbehilfe auf. Darf man jemand gegen seinen ausdrücklichen Willen behandeln, ernähren?«

**Jeder Mensch darf
»seinen« Tod sterben.**



In Deutschland sei die Beendigung von Behandlungen, etwa der Sondenernährung, bei klar erkennbarem Willen des Patienten zwingend. Eine Verkürzung des Lebens als Nebenwirkung der Gabe von Schmerzmitteln kann im Gesamtkonzept des Palliative Care hingenommen werden. Assistierte Selbsttötung sei straffrei, auch die Hilfe dazu, nur geschäftsmäßige Assistenz werde bestraft und Ärzten drohten berufsrechtliche Konsequenzen.

Nach der Entscheidung des Deutschen Bundestages, so Elsner weiter, sei die Diskussion nicht zu Ende, es gebe Klagen von Palliativmedizinern. Es gebe Situationen, so Elsner weiter, »in denen nicht zwischen Gut und Böse, sondern

zwischen Böse und Böse entschieden werden muss«. In einem ethischen Dilemma gebe es keine gute und glückliche Lösung. Selbst wenn rechtlich keine Schuld entstehe, bleibe die moralische Frage der Schuld. »Verantwortliches Handeln kann demütig und mutig Schuld auf sich laden und von Gott Vergebung erhoffen.«

Die Unterscheidung zwischen »erlaubt« und »straffrei« sei öffentlich schwer zu vermitteln. Töten und jegliche Beteiligung daran sei in Deutschland rechtswidrig und verboten. Doch weil der Mensch, der Suizid begehe, am Ende Täter, Opfer und Zeuge sei, werde auf eine Strafverfolgung verzichtet. Der Versuch, Ausnahmen vom Tötungsverbot rechtlich zu legitimieren, stehe in der Gefahr – auch gegen seine Absicht –, die Sterbehilfe als Regelfall zu etablieren.

Es gebe kein objektives Kriterium für die Unerträglichkeit einer Situation eines kranken, sterbenden Menschen. »Die



Es gibt Situationen, in denen nicht zwischen Gut und Böse, sondern zwischen Böse und Böse entschieden werden muss.

Schmerzen und noch mehr die psychosozialen und spirituellen Probleme entziehen sich einer solchen Bemessung. Wir dürfen uns nicht anmaßen, zu sagen, das sei doch alles noch erträglich, weil es Schmerzmittel gibt, weil wir die Einsamkeit doch abmildern, weil es doch nicht so schlimm sei, hilflos zu sein. Wir müssen aber auch entsprechende Aussagen als subjektiv sehen, uns zwingt kein objektiv feststellbarer Zustand zum rettenden, erlösenden Handeln.«

»Von Pflege abhängig zu sein, ist nicht unwürdig, so wie es auch für ein Kind nicht unwürdig ist, in Windeln gewickelt zu werden«, betonte Elsner. Oder noch radikaler: »War Jesu Tod am Kreuz menschen-

würdig? Nach Maßstäben der Unerträglichkeit und Selbstbestimmung wohl kaum und doch sollen wir genau da mit dem Hauptmann unter dem Kreuz den Menschen erkennen.«

Elsner verwies auf die »Sozialen Grundsätze« der EmK. Sie äußerten sich zwar nicht zu den Details der verschiedenen Formen der Sterbehilfe und des assistierten Suizids, seien aber hilfreich, die Waage zu halten zwischen klarer Benennung von Grenzen und der Vermeidung von Verurteilungen in schweren Entscheidungen. »Wir brauchen in Deutschland weder Verschärfungen noch Lockerungen der rechtlichen Regelungen. Das ethische Dilemma lässt sich nämlich dadurch nicht lösen. Eine gewisse Rechtsunsicherheit fördert vielleicht sogar, sich genau zu prüfen.«



Peter Dietrich
Freier Journalist

Ethikkonzile an den Krankenhäusern Martha-Maria Halle und Nürnberg

An den Grenzen des Lebens sind therapeutische Entscheidungen nicht einfach. Die Krankenhäuser des Diakoniewerks Martha-Maria haben dazu das Instrument der »ethischen Fallbesprechung«.

Die Metastasen haben sich im ganzen Körper ausgebreitet. Der 76-Jährige ist geschwächt, nach aller Erfahrung wird er nur noch wenige Wochen leben. Er kann sich kaum mehr äußern,

doch die Angehörigen bestehen auf einer weiteren Chemotherapie – auch wenn die Ärzte abraten.

Situationen wie diese sind im Krankenhaus nicht selten. An den Grenzen des Lebens sind Ärzte und Pflegekräfte oft mit drängenden Fragen konfrontiert: Wie kann einem todkranken Menschen geholfen werden? Kann der Patient noch selbst entscheiden und wenn ja, welche Maßnahmen sind medizinisch angezeigt? Wie werden Angehörige einbezogen?

Für solche Fälle gibt es in den Krankenhäusern des Diakoniewerks Mar-

tha-Maria die »ethische Fallbesprechung«: Dabei beraten Ärzte und Pflegenden darüber, wie die Behandlung fortgeführt werden kann.

Auch Angehörige können mit dabei sein. Die Gesprächsleitung hat in Nürnberg eine Seelsorgerin oder ein Seelsorger. »Damit haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht, weil die Seelsorge eine neutrale Institution im Krankenhaus ist«, sagt Jutta Specht, Seelsorgerin im Martha-Maria-Krankenhaus Nürnberg. »Wir



Jutta Specht



haben uns in den vergangenen Jahren durch unsere Umsicht und Kommunikationsfähigkeit ein großes Vertrauen erarbeitet und werden dadurch im Haus sehr geschätzt.«

»In der Regel sind ethische Fallbesprechungen dann sinnvoll, wenn es im Behandlungsteam unterschiedliche Einschätzungen zum Therapieziel gibt und wie es verändert werden kann«, ergänzt Pastorin Sabine Schober, Seelsorgerin im Martha-Maria-Kranken-

haus Halle-Dölau. Bei komplizierten Krankheitsverläufen biete dieses Vorgehen allen Beteiligten eine Sicherheit, dass die unterschiedlichen Perspektiven aus den verschiedenen Berufsgruppen, von Patienten- und Angehörigenseite genügend berücksichtigt worden seien.

Die Fallbesprechung kann von allen Mitarbeitenden, die an der Behandlung des entsprechenden Patienten beteiligt sind, einberufen beziehungsweise eingefordert werden, auch von Angehörigen. Dazu genügt die sogenannte »moralische Intuition«: Bei einzelnen oder mehreren Mitarbeitenden stellt sich das Empfinden ein, dass der Behandlungsverlauf nicht oder nicht mehr den Leitlinien der Institution, der Würde und den Werten der Betroffenen oder der an einer Behandlung Beteiligten entspricht. In Nürnberg, berichtet Specht, sind zunächst die Klinikseelsorger die Ansprechpartner, die entscheiden, ob ein ethisches Problem vorliegt – und nicht etwa ein Kommu-

nikations- oder ein anderes Problem. Anschließend wird schriftlich erfasst, welche Fragen zu klären sind.

Grundsätzlich geht es um den Willen des Patienten und darum, welche Behandlung für ihn angezeigt ist. Für den Umgang mit dem Patientenwillen gibt es klare gesetzliche Definitionen: Am eindeutigsten ist es, wenn ein Patient klar für sich sprechen kann, also »einwilligungsfähig« ist. Der dann geäußerte Wille hat immer Vorrang vor allem anderen. Kann der Patient sich nicht mehr so äußern, gilt die schriftliche Patientenverfügung. Fehlt diese, versuchen die Ärzte, aus Äußerungen des Patienten dessen Wertvorstellungen zu ermitteln und daraus den mutmaßlichen Willen zu abzuleiten.

Langfristig nicht einwilligungsfähige Patienten brauchen einen rechtlichen Vertreter – Ehepartner sind dies nicht – beziehungsweise einen Bevollmächtigten, den der Patient vorab bestimmt hat. Das kann auch ein von Amts wegen bestellter Betreuer sein. Die Therapie wird dann mit diesen Vertretern besprochen, wobei die Ärzte dazu verpflichtet sind, eine Einigung zu erreichen, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Bei Uneinigkeiten bieten die Martha-Maria-Krankenhäuser auch hier die ethische Fallbesprechung an. Kann auch durch die ethische Fallbesprechung keine Einigung erzielt werden, muss das Betreuungsgericht angerufen werden.

Ein Treffen für die Fallbesprechung muss innerhalb von drei Tagen stattfinden. Der Ablauf ist standardisiert, damit ein einheitliches und transpa-

rentes Vorgehen möglich ist. »Die Besprechung kann im Behandlungsteam eine alle entlastende Klarheit schaffen, weil die unterschiedlichen Berufsgruppen die ethische Fragestellung aus ganz verschiedenen Perspektiven gemeinsam diskutiert haben und zu einer gemeinsamen Handlungsempfehlung kommen«, erklärt Schober. Am Ende steht eine schriftliche Empfehlung für den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin. Weicht sie oder er von der Empfehlung ab, soll er dies der Gruppe gegenüber begründen.

Die Erfahrung zeigt, dass die ethische Fallbesprechung eine hilfreiche Einrichtung ist. So erinnert sich Schober an einen Patienten, der sich im Endstadium einer Parkinson-Erkrankung befand, der sich selbst nicht mehr äußern konnte und der wegen einer Lungenentzündung eingeliefert worden war. »Im Laufe der Behandlung wollten die Angehörigen in ihrer Funktion als Vorsorgebevollmächtigte und unter Berufung auf die Patientenverfügung des Patienten, dass alle Medikamente abgesetzt werden sollten, auch die Parkinson-Medikamente, und der Patient lediglich schmerzlindernde Therapie erhalten sollte.« Die Patientenverfügung sei allerdings sehr allgemein gehalten gewesen und habe sich auf den unmittelbaren Sterbeprozess bezogen. »Zu einem Absetzen der Parkinson-Medikamente in einem bestimmten Krankheitsstatus war dort nichts zu finden.« Hier hatte der Beraterkreis zu klären, ob sich der Patient im unmittelbaren Sterbeprozess befand oder wieder ins Pflegeheim in einem Zustand entlassen werden konnte, in dem er zuvor auch war. Die Angehörigen hätten es als sehr hilfreich erfahren, dass das Behandlungsteam eine Ethikberatung durchgeführt hat und so zu einer fundierten Entscheidung gekommen sei, die den Zustand des Patienten und seinen Willen ernstgenommen habe und die den Angehörigen eine Handlungsempfehlung für die Zukunft in die Hand gab.

Volker Kiemle

Referent für Öffentlichkeitsarbeit
im Diakoniewerk Martha-Maria e.V. Nürnberg



Sabine Schober