

Medizinische Klinik

Intensivmedizin und Notfallmedizin

Elektronischer Sonderdruck für

W. Huber

Ein Service von Springer Medizin

Med Klin Intensivmed Notfmed 2012 · 107:464–468 · DOI 10.1007/s00063-012-0152-8

© Springer-Verlag 2012

W. Huber

Der Mensch im Mittelpunkt

Med Klin Intensivmed Notfmed 2012 ·
107:464–468
DOI 10.1007/s00063-012-0152-8
Online publiziert: 7. September 2012
© Springer-Verlag 2012

Redaktion

M. Buerke, Siegen

W. Huber

Beerenstraße 47 A, Berlin

Der Mensch im Mittelpunkt

Was ist der Mensch?

„Der Mensch im Mittelpunkt“. Das ist eine ermutigende und provozierende Themenstellung für einen Medizinerkongress. Aber auch für politische Zusammenkünfte und Wirtschaftstagungen wäre das ein passendes Motto. In jedem dieser Fälle wäre klar, dass nicht technokratische Argumente als solche, sondern allein die Achtung vor dem Menschen unser Handeln bestimmen sollte. Keine Eigengesetzlichkeit – der Medizin, der Politik, der Wirtschaft – darf ein solches Gewicht gewinnen, dass darüber der Blick auf den Menschen verloren geht. Der Mensch ist nicht für die Wirtschaft, die Politik, die Medizin da, sondern sie alle dienen dem Menschen. Das ist die Kernaussage, die sich mit einer solchen Themenwahl verbindet. Der Mensch ist das Wesen, das sich jeder Instrumentalisierung zu fremden Zwecken widersetzt. Er hat seinen Wert in sich selbst; er ist mit Würde begabt. Unter dieses Leitmotiv stellen Sie das Nachdenken auf diesem Kongress. Leitmotive, so lernt man aus Richard Wagners Opern, sollen das Charakteristische einer Person hervorheben. Sie werden deshalb im Verlauf der Oper häufig wiederholt und variiert. Wenn Ihr Motto den Charakter eines Leitmotivs annehmen soll, muss es immer wieder aufgegriffen werden – nicht nur in diesem einleitenden Vortrag, sondern auch darüber hinaus. Ich freue mich deshalb darüber, dass ethische Fragen während dieses Kongresses an verschiedenen Stellen eine Rolle spielen werden. So umkreisen sie das Leitmotiv: „Der Mensch im Mittelpunkt“.

Doch was ist der Mensch? Für jedes der gerade genannten Lebensfelder – Politik, Wirtschaft, Medizin – hat sich auch ein eigenes Bild vom Menschen entwickelt. Die einen setzen auf den *Homo politicus*,

die anderen verlassen sich auf den *Homo oeconomicus*. Und die Medizin? Giovanni Maio hat in seinem gerade erschienenen Lehrbuch der Medizinethik – mit dem an dieses Kongresssthema erinnernden Titel: „Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin“ – nach den Menschenbildern in der modernen Medizin gefragt und vier solche Menschenbilder hervorgehoben. Der Mensch als Körpermaschine, der Mensch als souveräner Kunde, der Mensch als atomistisches Einzelwesen und der Mensch als das Machbare. Die Liste ist bestimmt nicht vollständig; und die vier von Maio ausgewählten Bilder vom Menschen schließen sich keineswegs aus. Vielmehr weisen sie gerade in ihrer Zusammengehörigkeit auf Züge im modernen Menschenbild hin, die keineswegs auf die Medizin beschränkt sind, in ihr aber besonders deutlich hervortreten. Ich will den inneren Zusammenhang dieser vier Bilder folgendermaßen skizzieren.

Der Siegeszug der modernen Naturwissenschaft hat auch vom Menschen Besitz ergriffen. Der Mensch erkennt nicht nur die Natur und bemächtigt sich ihrer; er ist auch selbst Natur. Indem er auch die eigene Natur erforscht, will er auch über sie die Herrschaft erringen. Deshalb gehört es zu den großen Kränkungen neuzeitlichen Selbstbewusstseins, wenn dem Menschen nachgewiesen wird, dass er nicht Herr im eigenen Hause ist, wie dies durch Sigmund Freuds Psychoanalyse geschah. Doch selbst diese Kränkung hat den Siegeszug der naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin nicht aufhalten können. Dessen Grundsatz heißt: Der menschliche Körper ist nach den Gesetzen der Naturwissenschaften zu erforschen und nach Möglichkeit funktionsfähig zu halten. Die Aufgabe einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin besteht demnach

darin, die Grenzen des Machbaren nach Möglichkeit immer weiter hinauszuschieben und Menschen dabei zu helfen, dass sie immer größere Teile ihrer Lebensspanne bei guter Gesundheit ausschöpfen können. Mit den Erfolgen medizinischer Forschung und Praxis verbindet sich deshalb die Vorstellung von einer Perfektibilität des Menschen. Die Aufgabe der Medizin wird nicht nur darin gesehen, Leben zu erhalten, sondern es zu vervollkommen.

Die so begründete und ausgestaltete medizinische Tätigkeit ist angesichts der erstaunlichen Fortschritte der Medizin auch ökonomisch so erfolgreich, dass der Gesundheitsmarkt sich zu einem Treiber der wirtschaftlichen Entwicklung insgesamt entwickelt hat. Der Patient wird zum Kunden, der selbstbestimmt – auf der Grundlage der von der Ökonomie schon lange verfochtenen Konsumentensouveränität – Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, diese aber zugleich vom Solidarsystem finanzieren lässt. Soweit er sich lediglich als selbstbestimmtes Individuum versteht, wird er dazu neigen, die Vorteile dieses Systems für sich in Anspruch zu nehmen, ohne sich über dessen langfristige Nachhaltigkeit allzu viele Gedanken zu machen.

Naturwissenschaftliches Kausalitätsdenken, die Zuwendung zum Gedanken der Perfektibilität des Menschen und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens stehen in einem inneren Zusammenhang miteinander. Doch kann das durch diese Eckpunkte bestimmte Menschenbild das letzte Wort haben? Auf einem Kongress von Intensiv- und Notfallmedizinerinnen sollte dieses Bild jedenfalls nicht allzu selbst-

Festvortrag zur Eröffnung der 44. Gemeinsamen Jahrestagung der DGIIN und der ÖGIAIN am 07.06.2012 in Köln

verständlich genommen werden. Denn beim Notfalleinsatz nach einem Unfall, bei der Notaufnahme im Krankenhaus, beim Kampf um ein Menschenleben auf der Intensivstation tritt den Notfall- und Intensivmedizinern der Mensch in seiner Verletzlichkeit entgegen. Er begegnet ihnen als ein Wesen, das auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Sie bemühen sich darum, das Leben von Menschen zu erhalten, die in vielen Fällen nicht bei Bewusstsein sind, sodass sie sich zu den Therapiezielen, an denen sie sich orientieren, gar nicht äußern können. In vielen Fällen sind die Suche nach einer Patientenverfügung, das Gespräch mit Angehörigen oder andere Maßnahmen, um die fehlende Einwilligungsfähigkeit auszugleichen, erst in einem zweiten oder dritten Schritt möglich. Unmittelbare, unvertretbare Verantwortung des Arztes ist gefragt.

Die Intensiv- und Notfallmedizin hat auch nach meinen persönlichen Erfahrungen den vulnerablen, beziehungsbedürftigen, auf Stellvertretung angewiesenen Menschen vor Augen. In Ihrem Erfahrungsbereich zeigt sich deshalb ein anderes Bild vom Menschen, als ich es zunächst geschildert habe. Nicht die perfekte Maschine, der souveräne Kunde, der isolierte Egoist, der das Machbare ausschöpfende *Homo faber* steht Ihnen vor Augen. Sie begegnen vielmehr dem Menschen in seiner Endlichkeit und Verletzlichkeit, in seiner Hilfsbedürftigkeit, in der er nur leben kann, wenn andere für ihn eintreten.

So zeigen sich in der Praxis der heutigen Medizin zwei Grundlinien des Menschenbilds in ihrem spannungsvollen Miteinander, die in unserem durch Antike und jüdisch-christliche Tradition geprägten Kulturkreis und seinem Ethos das Nachdenken über den Menschen immer wieder in Bewegung gesetzt und in Bewegung gehalten haben. Diese beiden Grundlinien manifestieren sich historisch besonders markant einerseits im griechischen, andererseits im biblischen Bild vom Menschen. Unser Menschenbild beruht auf der Spannung wie auf dem Zusammenklang dieser beiden Grundlinien.

Das griechische Bild eines Menschen, der durch die Vollkommenheit der Tugend, durch das Ideal der Schönheit und durch gelingendes Leben ausgezeichnet ist, orientiert sich an der gesunden, ja makello-

sen Person, wie sie in den Statuen von Phidias oder Praxiteles in einer uns auch heute unmittelbar anrührenden Weise dargestellt ist. Die Vorstellung von menschlicher Würde ist an der Person ausgerichtet, in der sich die Qualität der Leistung und die Anmut des Körpers miteinander verbinden, also an der unmittelbaren Verbindung des Guten und des Schönen. Der Sieger in den Wettkämpfen von Olympia ist der Prototyp dieser Vereinigung zwischen dem Guten und dem Schönen. Man kann insofern von einem olympischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Autonomie, der Selbstbestimmung des Menschen.

Auch die biblische Tradition ist von einer bemerkenswerten Hochschätzung des Menschen geprägt. Sie zeigt sich in der Überzeugung, dass Gott den Menschen zu seinem Ebenbild geschaffen hat. Der Mensch ist deshalb nur „wenig niedriger“ als Gott (Psalm 8). Doch mit dieser Hochschätzung verbindet sich eine ausdrückliche Hinwendung zum Leidenden, Kranken, Hilfebedürftigen. Dass der Mensch ein verletzliches, auf die Hilfe anderer angewiesenes Wesen ist, tritt in der biblischen Tradition markant hervor – ganz besonders im leidenden Hiob, der scheinbar alles Unglück dieser Welt auf sich zieht, aber nicht zuletzt auch in Jesus, dem „Schmerzmann“, der Leiden und Tod auf sich nimmt, um ihnen die letzte Macht zu nehmen. Wir können deshalb von einem jesuanischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Nächstenliebe, der Fürsorge für den Mitmenschen, die im barmherzigen Samariter sein Urbild hat – einem frühen Urbild der Notfallmedizin, die stets, wie schon der barmherzige Samariter, rechtzeitiges Eingreifen und kompetentes Handeln miteinander verbinden muss.

Die Spannung zwischen den beiden geschilderten Menschenbildern ist tief in unserem kulturellen Bewusstsein verankert. Das olympische, leistungsorientierte Ideal ist ein kräftiger Anstoß für die Bereitschaft, sein Bestes zu geben und seine Gaben zu entfalten. Das jesuanische Ideal, das den leidenden Menschen würdigt, gibt unserem Menschenbild und unserem Wertesystem eine tiefe und echte Humanität. Es ist an der Zeit, dass die Spannung wie die Zusammengehörigkeit

dieser Haltungen wiederentdeckt und in unserer Gesellschaft zur Geltung gebracht wird. Das bedeutet aber auch, dass Autonomie und Nächstenliebe, Selbstbestimmung und Fürsorge in der Balance gehalten werden. Bei aller Pflicht, sich am Patientenwillen sowie am medizinisch Machbaren auszurichten, hat das ärztliche Ethos nach meiner Auffassung seine Grundlage in dieser Balance von Autonomie und Nächstenliebe, von Selbstbestimmung und Fürsorge, von olympischem und jesuanischem Modell.

Die Medizin schuldet dem Menschen ein unverkürztes, ganzheitliches Menschenbild. Eine solche Erweiterung des Blicks auf den Menschen verbindet sich mit der Einsicht, dass die Medizin es nicht nur mit der Perfektibilität, sondern auch v. a. mit der Vulnerabilität des Menschen zu tun hat. Diese Einsicht muss gerade angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin erneuert und vertieft werden. Daraus folgt die Bereitschaft, die Verletzlichkeit, Hinfälligkeit und Endlichkeit ebenso als Teil des Menschseins zu verstehen wie Leistungsfähigkeit und Lebenskraft.

Medizin als Anwalt des Lebens

Die Medizin ist ein Anwalt des Lebens. Der Arzt übernimmt einen Garantenstatus gegenüber dem Leben wie gegenüber dem Willen seines Patienten. Dieser doppelte Garantenstatus kann nur aufrechterhalten werden, so lange im ärztlichen Ethos Handlungen aktiver Lebensbeendigung durch die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zum Suizid ausgeschlossen sind. Der Deutsche Ärztetag hat deshalb am 01.06.2011 bekräftigt, dass Ärzte keine derartige Beihilfe leisten dürfen. In den Regelungen zum Beistand für Sterbende in der ärztlichen Berufsordnung wurde ausdrücklich klargestellt: „Ärztinnen und Ärzten ist es verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Diese Klarstellung ist wichtig und hilfreich, auch wenn wahrscheinlich jeder erfahrene Arzt Grenzsituationen kennt, in denen er sich fragt, ob nicht die konkrete Situation eines Patienten und die ärztliche Beziehung zu ihm einen Schritt über die Grenze hinaus nahe legen könnten. Doch auch in diesen Grenzsituationen muss im Bewusstsein bleiben, was

der verstorbene Bundespräsident Johannes Rau unter Berufung auf einen Arzt folgendermaßen formuliert hat: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet“.

Dieser Parteinahme für das Leben wird heute entgegengehalten, niemand könne daran gehindert werden, aus freier Selbstbestimmung für sich den Tod und nicht das Leben zu wählen. Doch auch wenn aus Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen die Strafbarkeit des Suizids aus unserer Rechtsordnung verbannt wurde, folgt daraus keine Gleichwertigkeit der Entscheidung für das Leben und für den Tod. Aber gehört zur Lebenskunst nicht auch die Bereitschaft, das Sterben anzunehmen, wenn seine Zeit gekommen ist? Doch diese Bereitschaft gründet nicht darin, dass der Freiheit für das Leben eine gleichrangige Freiheit für den Tod zur Seite träte. Es ist nicht die Freiheit für den Tod, sondern die Freiheit vom Tod, die uns Menschen ermöglicht, Sterben und Tod anzunehmen, wenn ihre Zeit gekommen ist. Diese Freiheit wurzelt in der Gewissheit, dass Leiden, Krankheit und Tod nicht das letzte Wort über unser Leben sind. Denn diesem Leben ist eine über all das hinausweisende Gültigkeit zugesprochen, die wir als ewiges Leben bezeichnen.

Religiös und ethisch gibt es keine Gleichwertigkeit zwischen der Option für das Leben und der Option für den Tod. Besteht rechtlich eine solche Gleichwertigkeit? Das Bundesverfassungsgericht hat formuliert, die Freiheit des Einzelnen bestehe in der „Selbstbestimmung über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug“. Für die individuelle Lebensführung, so hat der Verfassungsrechtler Horst Dreier erläutert, kann das auch Entscheidungen einschließen, die unvernünftig, medizinisch unvertretbar, ja selbstzerstörerisch sind. Doch selbst wenn das Grundrecht auf Selbstbestimmung solche Entscheidungen einschließt, ergibt sich daraus kein Verzicht auf den Versuch, einen Menschen dazu zu bewegen, dass er nicht zu unvernünftigen, medizinisch unvertretbaren und selbstzerstörerischen Handlungsweisen greift. Gerade auf solche Situationen bezieht sich unsere Pflicht zur Fürsorge und zur Verantwortung für fremdes Leben. Dem Mit-

menschen auch in solchen Situationen zu raten, beizustehen und zum Leben zu helfen, ist unsere vorrangige Aufgabe. Seine Entscheidung ist zu respektieren; die Einsamkeit, die ihn vielleicht zu dieser Entscheidung führt, ist dagegen nicht hinzunehmen. Alle Anstrengung ist darauf zu richten, dass er nicht unberaten und unbegleitet zu einer solchen Entscheidung kommt. Das erscheint als so normal, dass man darüber gar nicht reden mag. Doch je riskanter unser Leben wird, desto wichtiger werden die elementaren Lebensgewissheiten – insbesondere Vertrauen und Zuversicht.

Die Medizin ist ein Anwalt des Lebens; aber sie ist nicht ein Anwalt des unbegrenzten Lebens. Sie entwickelt keine „Immortalitätstechnosophie“ und entdeckt kein „Unsterblichkeitsenzym“. Ärzte sind vielmehr Experten in der Endlichkeit des Lebens. Sie haben ihre Aufgabe deshalb nicht nur darin, die Todesgrenze nach Kräften hinauszuschieben. Zu ihrer humanen Verantwortung gehört es vielmehr auch, dem Sterben Raum zu geben, wenn es an der Zeit ist. Die biblische Weisheit, nach der nicht nur das Leben, sondern auch das Sterben seine Zeit hat, enthält deshalb eine unaufgebbare medizinethische Einsicht. Ob diese Einsicht das ärztliche Handeln noch bestimmt, ist die entscheidende Frage hinter vielen medizinethischen Debatten der Gegenwart.

Zur ärztlichen Kunst gehört auch die Einsicht, dass Sterben seine Zeit hat. Man muss einen Menschen an der Grenze des Todes auch gehen lassen. Damit ist nicht gemeint, das Sterben in die Hand zu nehmen, sondern das Leben loszulassen, wenn es an der Zeit ist. Zum ärztlichen Ethos gehört es, dem Sterben Raum zu geben, wenn seine Zeit kommt, und sich auf das „Caring“ zu beschränken, wenn die Zeit des „Curing“ abgelaufen ist. Der Chirurg Axel Haverich hat diese Haltung einmal so beschrieben: „Ausführliche Gespräche, die notwendige Zeit, den Entschluss auch überdenken zu können“, und dann der einfache Satz, wenn es nicht weitergeht: „Lasst ihn gehen“.

Wenn allgemein bekannt wäre, dass dies die ärztliche Haltung ist, würden manche erhitzten Debatten über eine standesrechtliche Anerkennung des ärztlich assistierten Suizids wieder verstummen. Diese

Debatten flammen immer wieder auf, weil der modernen Medizin der Ruf voraussetzt, sie betreibe Lebensverlängerung um jeden Preis. Wehrlos werde der Patient zum Anhängsel intensivmedizinischer Apparaturen und zum Empfänger lebensverlängernder Pharmaka, auch wenn die Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben bereits vollkommen unmöglich geworden sei. So übertrieben solche Bilder den Experten auch erscheinen mögen, so wirksam sind sie doch. Aus ihnen erklärt sich der populär gewordene Ruf nach dem assistierten Suizid und der Erfolg von Organisationen, die Sterbehilfe anbieten oder sogar vermarkten.

So richtig es ist, die kommerzielle Organisation solcher Sterbehilfe zu unterbinden, so reicht dies allein nicht zu. Wichtiger ist es, das Vertrauen in das ärztliche Handeln zu erneuern – in ein Handeln, das nicht nur von fachlicher Expertise und technischer Fertigkeit, sondern darüber hinaus auch von Empathie und von Weisheit geprägt ist.

Dazu gehört auch der Mut, Therapieziele zu ändern, wenn die Erhaltung des Lebens unmöglich und deshalb auch die Belastung der letzten Wegstrecke durch lebensverlängernde Maßnahmen selbstwidersprüchlich geworden ist. Mich beeindruckt, dass gerade in der Notfall- und Intensivmedizin diese Klärung der Therapieziele und die damit verbundene Therapiebegrenzung auf palliative medizinische Maßnahmen mit wachsender Eindeutigkeit diskutiert wird. Das unter der federführenden Beteiligung des Tagungspräsidenten Professor Uwe Janssens entstandene Positionspapier über „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“ habe ich in diesem Zusammenhang mit großem Respekt zur Kenntnis genommen.

Wenn das Ideal des vertrauenswürdigen Arztes nicht in Vergessenheit geraten soll, ist die Rückkehr zu Maßstäben erforderlich, wie sie der große amerikanische Kardiologe Bernard Lown in Erinnerung gerufen hat. Das Credo seines Buchs über „Die verlorene Kunst zu heilen“ heißt, dass der Mediziner die Wissenschaft beherrscht, aber auf ihrer Grundlage die ärztliche Kunst praktiziert. Das setzt voraus, dass er im Menschen mehr sieht als die Summe seiner Organe, nämlich ein Ganzes aus Körper und Geist. Die entscheidenden

de Folgerung besteht darin, dass sorgfältige Gesprächsführung und Annahme des Patienten im ärztlichen Handeln ebenso wichtig sind wie technische Verfahren und Medikamente.

Lown warnt davor, dass die Konzentration auf die Apparatemedizin, ökonomischer Druck und überbordende Administration sich zu einer Gefährdung der ärztlichen Aufgabe insgesamt summieren können. Wohlgermerkt: Diese Warnung stammt nicht aus Ivan Illichs Kampfschrift über „Die Nemesis der Medizin“, sondern von einem berühmten amerikanischen Kardiologen, der zugleich die internationale Vereinigung der Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs (IPPNW) begründet hat. Dafür wurde er zusammen mit seinem russischen Kollegen Eugen Tschasow mit dem Friedens-Nobelpreis ausgezeichnet. Vielleicht hätte man ihm auch den Nobelpreis für Medizin verleihen können. Man hätte damit einer ganzheitlichen Sicht auf die Aufgabe des Arztes einen Dienst erwiesen. Da die fachliche Kompetenz wie die menschliche Autorität dieses Arztes in gleicher Weise anerkannt sind, erlaube ich mir, noch ein paar Sätze von ihm zu zitieren:

Die Patienten werden sich nicht mit der endgültigen Verfremdung abfinden, zu standardisierten Objekten degradiert zu werden. Niemand wird auf Dauer akzeptieren, ausschließlich aufgrund seiner Krankheits-symptome gekennzeichnet zu werden – als nichts anderes als eine Ansammlung entzwei gegangener biologischer Teile. Patienten erbitten eine Partnerschaft mit ihren Ärzten, die ein Gespür sowohl für ihre schmerzgepeinigten Seelen als auch für ihre schlecht funktionierende Anatomie haben. Sie haben überhaupt kein Verlangen nach einem präzise aufgesetzten Geschäftsvertrag, sondern nach einem Bündnis des Vertrauens zwischen Gleichrangigen. Dieses Vertrauen erwirbt sich der Arzt, indem er die Kunst der Anteilnahme am Patienten ausübt.

Angehörigengespräch

Anteilnahme entwickelt sich im Gespräch. Zuversichtlich erklärte der verstorbene Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe bei seinem Amtsantritt im Jahr 1999, die Stärkung der „sprechenden Medizin“ sei innerhalb der Ärzteschaft in

den zurückliegenden Jahren mehrheitsfähig gewordenen. Hat sich diese Einstellung seitdem weiterhin durchgesetzt? Wenn, dann nur gegen erheblichen gegenläufigen Druck ökonomischer und organisatorischer Art. Dennoch bleibt richtig: Zur Weisheit der Medizin gehört die Kunst des Gesprächs, zwischen Arzt und Patient, in der Klinik zwischen den behandelnden Ärzten, im multiprofessionellen Team der Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger und anderer beteiligter Personen, mit den Angehörigen des Patienten – insbesondere bei dessen fehlender Äußerungsfähigkeit. Nur: In den diagnosebezogenen Fallpauschalen, die inzwischen das Rückgrat der Krankenhausfinanzierung bilden, sind solche Gespräche nicht vorgesehen. Diese sind vielmehr allein darauf ausgerichtet, das „medizinisch Machbare“ und die ökonomischen Rahmenbedingungen miteinander auszugleichen. Doch es gibt eine Aufgabe, die darüber hinausgeht. Sie besteht darin, wieder Spielräume für eine Medizin zu gewinnen, die auf die Patienten und ihre Angehörigen ausgerichtet sind.

Das schon zitierte Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) legt einen besonderen Akzent auf das Angehörigengespräch. Es dient dem Einholen medizinischer und persönlicher Informationen über den Patienten, der Aufklärung über die Erkrankung sowie über Therapieziele, Therapie und Prognose sowie der Betreuung und Beratung der Angehörigen in der akuten Krisensituation. Diese Gespräche brauchen eine ruhige Atmosphäre. Deshalb wird gefordert, dass im Raumprogramm einer Intensivstation Besprechungsräume für das Angehörigengespräch vorzusehen sind.

Von besonderer Bedeutung ist das Angehörigengespräch in den Fällen, in denen der Patient nicht äusserungsfähig ist. Für diese Situationen gilt inzwischen die Patientenverfügung als „Königsweg“. Denn sie ermöglicht, so heißt das Argument, die Selbstbestimmung des Patienten auch dann zur Geltung zu bringen, wenn er nicht mehr äusserungs- und einwilligungsfähig ist. Daraus wird die – inzwischen auch gesetzlich geregelte – Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen abgeleitet. Doch sollte im Blick bleiben, dass die

selbstbestimmte Einwilligung im Verhältnis zwischen Arzt und Patient das Resultat eines Gesprächs ist, in dem die akute Situation des Patienten ebenso zur Sprache kommt wie die angesichts dieser Situation gegebenen Therapiemöglichkeiten. Patientenverfügungen müssen aber gerade unabhängig von einer solchen konkreten Situation und den mit ihr verbundenen Optionen formuliert werden. Ein Gespräch kann nicht mit dem Patienten selbst, sondern nur mit einem von ihm Beauftragten, einer Person seines Vertrauens, erfolgen.

Die christlichen Kirchen in Deutschland haben deshalb ihre Handreichung zu diesem Thema nicht mehr unter den Titel der „Patientenverfügung“, sondern unter den Titel der „Patientenvorsorge“ gestellt. Die damit verbundene Akzentverschiebung ist leider noch nicht in ausreichendem Maß öffentlich wahrgenommen worden. Die Handreichung der Kirchen rückt mit dieser Akzentverschiebung die Vorsorgevollmacht – und nicht die Patientenverfügung – als entscheidendes Instrument ins Zentrum. In Situationen, in denen der Patient nicht mehr äusserungs- und einwilligungsfähig ist, bildet die Erteilung einer Vorsorgevollmacht an eine Vertrauensperson den entscheidenden Dreh- und Angelpunkt. Ihr kann eine Betreuungsverfügung für die Vertrauensperson, die eine Vorsorgevollmacht hat, hinzugefügt werden. Behandlungswünsche können niedergelegt werden. Auch die Handreichung der Kirchen enthält ein Formular für eine Patientenverfügung. Doch der Akzent ist gegenüber der üblichen Betrachtungsweise neu gesetzt: Das Wichtigste ist die Vorsorgevollmacht. Gewiss muss man berücksichtigen, dass es in den pluralen Familienkonstellationen unserer Zeit oft sehr schwer ist, eine Vertrauensperson zu finden und zu benennen. Aber auch im Blick auf die Frage, wer auf der letzten Wegstrecke für mich sprechen kann, ist es gut in der Vielfalt von Familienstrukturen Vertrauen und Verantwortung zu stärken, sodass die Frage danach, wem eine Vorsorgevollmacht erteilt werden soll, nicht unbeantwortet bleiben muss. Denn für die Ärztin oder den Arzt ist es entscheidend, bei fehlender Einwilligungsfähigkeit einen Ansprechpartner zu haben. Denn auch an der Todesgrenze muss der richtige Weg im Gespräch gefunden werden. Er kann nicht allein von Fest-

legungen abhängig sein, die oft fern von der konkret eingetretenen Situation erfolgt sind. Vielmehr bedarf jede derartige Festlegung einer auf die aktuelle Lage bezogenen Interpretation. Doch wenn dies geschieht, können sich auch in Grenzsituationen, in denen es um Leben und Tod geht, Selbstbestimmung und Fürsorge miteinander verbinden.

Organtransplantation

Die Organtransplantation ist für diesen Zusammenklang ein besonders eindrückliches Beispiel. Da sie mit der Notfallmedizin eng verbunden ist und durch jüngste politische Entscheidungen erneut ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt wurde, will ich ihr eine eigene Überlegung widmen. Durch einen erstaunlichen Fortschritt medizinischer Forschung und Praxis ist es möglich geworden, den Funktionsverlust einzelner Organe auf dem Weg der Transplantation von Spenderorganen auszugleichen. Praktizierte Liebe zum Mitmenschen ist dafür erforderlich, dass die benötigten Organe in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen – durch Lebendspenden wie in einem Fünftel der Fälle von Nierentransplantation oder durch postmortale Spenden wie in den meisten anderen Transplantationsfällen. Ich halte den in Deutschland eingeschlagenen Weg und seine ethische Grundlage für richtig: Die Bereitschaft zur Organspende ist ein Akt der Nächstenliebe, des altruistischen Einsatzes für das Leben eines anderen. Menschliche Organe sind keine Handelsware. Deshalb halte ich die neuerdings aufkommende Debatte darüber, welchen Marktwert eine gespendete Niere erzielen könne, für kontraproduktiv.

Die Bereitschaft zum freiwilligen Einsatz zu stärken, ist auch in anderen Zusammenhängen der Weg, den unsere Gesellschaft geht. An die Stelle des Zivildienstes treten Freiwilligendienste; sogar die allgemeine Wehrpflicht wurde ausgesetzt. Nur solange man die Freiwilligkeit als Grundlage anerkennt, behält auch das Wort „Organspende“ seinen klaren Sinn. Wer dagegen eine Pflicht festlegen will, muss redlicherweise von einer „Organbereitstellungspflicht“ und nicht etwa von einer „Pflicht zur Organspende“ sprechen. Denn „Pflicht“ und „Spende“ schließen einander aus. Deshalb ist es nach meiner

Überzeugung richtig, dass in Deutschland nicht, dem Vorbild anderer europäischer Länder folgend, die bei uns bisher geltende erweiterte Zustimmungslösung durch eine Widerspruchslösung ersetzt wird. Ich hielt es auch für übertrieben, als in diesem Zusammenhang von politischer Seite erklärt wurde, in Deutschland müsse die Organspende „endlich zum Normalfall“ werden. Es reicht, wenn die Beschäftigung mit diesem Thema zum Normalfall wird und jeder auf ausreichende Anlässe dazu stößt, eine eigenständige Entscheidung zu diesem Thema zu treffen und diese Entscheidung zu dokumentieren.

Nach der Neuregelung wird jede krankenversicherte Person, die das 16. Lebensjahr vollendet hat, von ihrer Krankenversicherung wiederholt angeschrieben und zu einer freiwilligen Entscheidung in dieser Frage aufgefordert. Freiwillig ist nicht nur das Ja zur Organspende; freiwillig ist auch, ob der Angesprochene sich zum gegebenen Zeitpunkt überhaupt entscheidet. Denn aus dem Entscheidungsanlass soll nach dem Willen des Gesetzgebers kein Entscheidungsdruck werden. Dennoch bleibt festzuhalten: Wenn jeder Krankenversicherte über 16 Jahren zum wiederholten Mal mit der Aufforderung konfrontiert wurde, sich mit dieser Frage zu beschäftigen, sinkt die Plausibilität für stellvertretende Äußerungen der Angehörigen. Während bisher die erweiterte Zustimmungslösung praktisch bedeutete, dass in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle eine Äußerung der Angehörigen über den mutmaßlichen Willen des Hirntoten die Grundlage für eine Organentnahme bildete, wird die stellvertretende Äußerung sich in Zukunft auf die Gruppe junger Hirntoter beschränken müssen, die noch keine ausreichenden Anlässe hatten, sich mit der Frage der Organspende zu befassen. Der Anteil derer wird wachsen, bei denen man annehmen muss, dass sie eine genügend Zahl von Anlässen dazu hatten, ihre Entscheidung selbst zu dokumentieren. Die Entscheidungslösung führt insofern zu Eingrenzungen der „erweiterten“ Zustimmungslösung.

Wichtiger noch als die neue gesetzliche Regelung wird eine breite gesellschaftliche Bewusstseinsbildung sein, zu der nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch verschiedene gesellschaftliche Gruppen, die Kirchen eingeschlossen, beitragen sollten. Dabei muss

in Erinnerung bleiben, dass Jahr für Jahr nur in ungefähr 4000 Fällen der Hirntod in einer Weise eintritt, in der zugleich durch die Aufrechterhaltung der Herztätigkeit und des Kreislaufs die Bedingungen für eine Organentnahme gegeben sind. Vorrangig scheint nach wie vor die Aufgabe zu sein, diese Fälle so gut und so schnell zu erfassen, dass die Möglichkeit einer Organentnahme rechtzeitig geprüft werden kann. Diese praktische Frage hat nach meinem Eindruck in den jüngsten Debatten nicht den Stellenwert erhalten, der ihr eigentlich zukommt. Entscheidend ist aber, gerade bei diesem Thema auch weiterhin den Weg der Überzeugung, der Freiwilligkeit, also der Nächstenliebe, zu gehen.

Auch in dieser Frage bewährt sich deshalb das Leitmotiv, das Sie sich für diesen Kongress gewählt haben. Es im Sinn zu haben, ist jedoch nicht nur für ärztliches und pflegerisches Handeln, sondern ebenso für gesundheitspolitische Entscheidungen von großer Bedeutung. Auch an ihnen muss erkennbar sein, dass sie die leidenden, auf Heilung hoffenden, mit Grenzen lebenden Menschen ins Zentrum rücken. Seine Würde und sein Recht auf einen gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen sind zu achten. Mit Grenzen des Leistbaren ist so umzugehen, dass dabei nicht die Frage, was der Gesellschaft nützt, leitend ist. Die entscheidende und zugleich einzig legitime Frage heißt vielmehr, was dem Menschen, seiner Gesundheit und Pflege und schließlich – wenn die Zeit kommt – seinem menschenwürdigen Sterben dient.

Korrespondenzadresse



Bischof Prof. Dr. Dr. W. Huber
Beerenstraße 47 A
14163 Berlin
sekretariat@
wolfganghuber.info

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.