

„Als ich krank war, hat niemand gefragt, was mein Leben wert ist“

Ethikforum der ÄKWL zu Fortschrittshoffnungen und Grenzerfahrungen in der Medizin

Von Klaus Dercks, ÄKWL

Der medizinische Fortschritt ermöglicht immer neue und bessere Diagnosen und Behandlungen. Doch Ärztinnen und Ärzte müssen ihr Handeln nicht nur am medizinischen Bedarf, sondern auch unter ökonomischen Gesichtspunkten ausrichten. „Dies bringt viele Ärztinnen und Ärzte in ein ethisches Dilemma“, stellte Dr. Hans-Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, beim Ethikforum der Ärztekammer Ende September in Münster fest. Es brauche neue Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen, damit Ärztinnen und Ärzte auch künftig ethisch vertretbar medizinisch handeln können.

„Fortschrittshoffnungen und Grenzerfahrungen“, so der Titel des Ethikforums, bestimmen den Alltag im Gesundheitswesen derzeit gleichermaßen. Medizinischer Fortschritt gehe nicht selten auch mit Verunsicherung einher. „Patienten fragen sich dann, ob wirklich alles geprüft und untersucht wurde“, berichtete Dr. Gehle. Doch auch auf ärztlicher Seite gebe es immer wieder Unsicherheit.

Zugang zum Gesundheitssystem gerecht erhalten

Zwar seien viele Krankheiten heute besser als früher erkennbar und zu behandeln, so Dr. Gehle. Doch führe dies auch zu einer deutlichen Kostensteigerung und zu einem enormen finanziellen Druck auf das Gesundheitswesen. So existierten Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen nebeneinander. Dabei gelte es nicht nur zu fragen, ob Patienten immer vom medizinischen Fortschritt profitieren. Auch die Fra-

ge, wie lange der Zugang zu hochwertiger Versorgung für jeden noch finanzierbar sei, stehe längst im Raum, gab der Kammerpräsident zu bedenken. Auch sei fraglich, ob für den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen genügend Ärztinnen, Ärzte und Fachkräfte zur Verfügung stehen. Viele kehrten dem Beruf im Gesundheitswesen aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen den Rücken — es brauche also neue Rahmenbedingungen. „Wir stehen für einen uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem. Wir müssen schauen, wie wir diesen Zugang gerecht erhalten.“

„Fortschrittsprojekt“ Neonatologie

Beispiele aus der Behandlung Frühgeborener und Hochbetagter machten beim Ethikforum das große Spektrum der möglichen „Grenzerfahrungen“ deutlich. „Neonatologie ist ein großes Fortschrittsprojekt“, beschrieb Marc Hertel, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie und Kinder- und Jugend-Pneumologie, sein Fach, in dem in den vergangenen Jahrzehnten die Grenzen immer weiter vorgeschoben wurden. Groß seien deshalb auch die Hoffnungen, die Eltern in die Neonatologie setzen. Doch kommt ein Kind besonders früh zur Welt, ist es „ein ganzer Strauß an Risiken, die dem Frühgeborenen entgegenstehen“, verdeutlichte Hertel, der als Oberarzt in der St. Louise Kinderklinik Paderborn tätig ist.

Fallendes Gestationsalter und Geburtsgewicht korrelieren mit abnehmender Überlebenswahrscheinlichkeit. Steht vor diesem Hintergrund eine Entscheidung an über lebenserhaltende oder palliative Therapie,

gelte es, das Elternrecht auf Mitentscheidung zu beachten. Manche Eltern seien damit überfordert – auch der Wunsch auf Nichtwissen müsse respektiert werden. Mit drei Fallbeispielen illustrierte Marc Hertel mögliche Verläufe und Langzeitperspektiven früher Geburten. Hertel ergänzte die medizinischen Informationen jeweils um eine Kostenrechnung pro Fall. „Aber kann man das überhaupt gegen das Überleben gegenrechnen?“ Auch Folgekosten für weitere Behandlungen im Kindes- und Jugendalter seien nur schwierig abzuschätzen. Doch Frühgeborenenmedizin lohne sich, verwies der Neonatologe auf Studienergebnisse. „Je früher man anfängt, desto besser.“

Bekommt wirklich jeder alles?

Stefanie Oberfeld, Chefärztin der Abteilung für Gerontopsychiatrie am St. Rochus-Hospital in Telgte, unternahm einen zeitlichen Sprung vom Beginn des Lebens in dessen Endphase. Begrenzte Lebenserwartung, Unterstützungs- und Hilfebedarf, Verluste Erfahrungen und eine scheinbar fehlende Entwicklung nach vorn kennzeichneten das Leben hochbetagter Menschen, beschrieb die Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. „Aber auch das Alter kann noch viele tolle Dinge beinhalten!“

Am Beispiel eines Patienten, der für sein im Alter von 90 Jahren diagnostiziertes Bronchialkarzinom eine Behandlung wünschte, machte Oberfeld deutlich, dass die Grundannahme zur medizinischen Versorgung – „jeder bekommt alles“ – durchaus differenziert zu betrachten ist: „Alles was möglich ist? Alles was einen Mindestnutzen hat?“ In der Altersmedizin, so Oberfeld, bestehe

das Risiko, aus Paternalismus eine Therapie vorzuenthalten, ebenso wie das Risiko einer Überversorgung. „Doctor knows best“ – Ärztin oder Arzt gälten als ethische Grundinstanz, ihre Einstellung nehme Einfluss auf Entscheidungen. „Wie man Lebensqualität wahrnimmt, entwickelt sich aber aus der Situation“, beschrieb Stefanie Oberfeld die Patientenperspektive. „Alte Menschen sind sehr anpassungsfähig in dem, was für sie ‚lebenswert‘ ist.“

Stefanie Oberfeld zeigte zahlreiche Möglichkeiten auf, die bei der Entscheidung über eine Therapie helfen können, zum Ziel zu kommen. Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gehörte ebenso dazu wie Möglichkeiten des Advanced care planning, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Es gebe aber, verdeutlichte sie, auch über den jeweiligen Einzelfall hinaus großen Gesprächsbedarf: „Was ist ein Menschenleben in welchem Alter und in welchem Zustand wert? Darüber müssen wir sprechen!“

Wenn weniger am Ende mehr ist

Ist weniger in der Medizin manchmal mehr? Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Klinische Geriatrie an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster, brachte in seinem Vortrag zahlreiche Beispiele, in denen moderne Hochleistungsmedizin nicht zum erhofften Ergebnis führte – aufgrund mangelnder Compliance der Patienten oder auch, weil die Begleiterscheinungen einer Therapie belastender erschienen als ihr Nutzen.

Dabei werde, so Prof. Heuft, der Beginn einer Behandlung von Patient und Arzt mit beiderseitiger Hoffnung zu einer glückenden Weiterentwicklung des Lebens mit einer gewissen Lebensqualität getragen. Ärztinnen und Ärzte müssten sich allerdings fragen, ob sie nicht zu einer Idealisierung ihrer Therapieziele neigten – im Gegensatz zu den gemeinsam mit Patienten ausgehandelten Therapiezielen.

Viele Menschen ähnelten in ihrem Gesundheitsverhalten einem hoffnungsfrohen Glücksspieler, indem sie die Wahrscheinlichkeit positiver Ereignisse überschätzten, gleichzeitig aber etwa die Auswirkungen

gesundheitsschädlichen Verhaltens unterschätzten, erläuterte Prof. Heuft. Doch machten Ärztinnen und Ärzte auch immer wieder die Erfahrung, wie wichtig es für Erkrankte sei könne, eine irrationale Hoffnung auf Heilung aufgeben zu können. Ein inneres Einverständnis mit dem Sterben, etwa bei einem nicht mehr aufzuhaltenden Tumorprogress, sei deshalb nicht mit „Hoffnungslosigkeit“ gleichzusetzen. Professor Heuferts Vorschlag: Es braucht eine neue „ars moriendi“, eine persönliche oder spirituelle Grundhaltung zur eigenen Endlichkeit in dem Bewusstsein, den Körper „wieder hergeben“ zu müssen.

tungsvermögen, sehr wohl.“ Prof. Heuft sah darin auch einen Auftrag an Ärztinnen und Ärzte. Diese sollten „in einfachen Worten“ diese schwierige Frage ansprechen. „Die Patienten sind sehr dankbar dafür.“ Ein Drittel der Patientinnen und Patienten, so schätzte Stegemann-Nicola, wolle nicht selbst Entscheidungen treffen, obwohl es um ihre Person gehe. Sie warb dafür, als Patientin aktiv Fragen zu stellen, um eine Grundlage für Mitentscheidungen zu haben. „Es geht nur gemeinsam. Ich will gemeinsam mit dem Arzt entscheiden, wie es mit mir weitergeht.“



Beim Ethikforum der Ärztekammer referierten und diskutierten (v. l. n. r.) Marc Hertel, Moderator Dr. Bernd Hanswille, Elisabeth Stegemann-Nicola, Stefanie Oberfeld, Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft und Dr. Hans-Albert Gehle.

Foto: kd

Die abschließende Podiumsdiskussion beim Ethikforum bezog ausdrücklich die Patientenperspektive mit ein. „Als ich krank war, hat niemand gefragt, was mein Leben wert ist. Dafür bin ich sehr dankbar“, machte Elisabeth Stegemann-Nicola deutlich. Die Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga Nordrhein-Westfalen verwies darauf, dass die Möglichkeiten einer guten medizinischen Versorgung viel größer seien als in der Vergangenheit. „Doch es fehlen Ärztinnen und Ärzte. Das macht mir Angst.“

Auseinandersetzen mit der eigenen Sterblichkeit

Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten, so eine gängige Erfahrung, setzt sich mit der eigenen Sterblichkeit nicht oder nur wenig auseinander. Das macht eine gemeinsame Entscheidungsfindung oft schwierig. „Aber die Patientinnen und Patienten könnten es tun“, stellte Stefanie Oberfeld fest. „Es ginge, angepasst an das kognitive Leis-