

ETHIKBERATER

Alltägliches Dilemma

Die moderne Heilkunst stellt Ärzte und Angehörige vor heikle Fragen. Ethikberater helfen bei der Entscheidung.

VON Martin Spiewak | 20. April 2011 - 08:00 Uhr

Die kleine Runde, die im Aufenthaltsraum der Station zusammengekommen ist, muss heute über Leben oder Tod befinden. Auf dem Tisch steht eine Vase mit Plastikblumen, in der Ecke ein Fernseher. Hier hat der Patient jeden Samstagabend die Bundesliga verfolgt – als er es noch konnte. Jetzt liegt er zwei Zimmer weiter im Koma, künstlich ernährt und beatmet, aufgedunsen und bleich.

Wie lange darf oder muss der alte Mann zwischen den Welten ausharren? Dürfen die Ärzte ihm das Sterben erleichtern, indem sie die Behandlung beenden? Oder müssen sie im Gegenteil versuchen, sein Leben mit neuen Medikamenten und weiteren Maschinen zu erhalten, solange es geht? Auf diese Fragen suchen der verantwortliche Arzt, zwei Schwestern, eine Psychologin sowie der Ethikberater der Klinik an diesem Vormittag gemeinsam eine Antwort. Ethikkonsil nennt sich die Zusammenkunft im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Sie wird immer dann einberufen, wenn heikle Entscheidungen anstehen über Würde und Willen eines Patienten, Leben und Sterben.

Der Krankenhausalltag kennt heute viele solcher Dilemmata. Geburtshelfer können Kinder in der 22. Woche lebend zur Welt bringen, manche Frau will nach einer pränatalen Diagnostik eine späte Abtreibung, und Greise können trotz versagenden Herzens, Lunge oder Nieren noch lange leben dank Maschinenhilfe. Immer wieder stellt sich die Frage, ob die moderne Heilkunst alles darf, was sie kann. Und ob Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige das wollen. Selten geben alle Betroffenen die gleiche Antwort.

Im Gefolge des medizinischen Fortschritts zieht, wenn auch zögerlich und gegen Widerstände, eine professionelle Ethik in die deutschen Kliniken ein. Im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld ist Klaus Kobert dafür zuständig, seit sechs Jahren ist er hauptberuflicher Ethikberater der Klinik, die zu den Von Bodelschwingschen Stiftungen gehört. Lange Zeit hatte der Mediziner zuvor als Anästhesist und Oberarzt auf einer Intensivstation gearbeitet, an den »medizinischen Grenzen«, wie er sagt. Noch heute befällt ihn manchmal Wehmut, wenn er am OP-Saal vorbeikommt und sich an das Drama einer Operation erinnert oder an die Freude, einem Menschen das Leben gerettet zu haben.

Heute hilft Kobert, die ethischen Grenzlinien in seiner Klinik zu ziehen. Der drahtige Mann mit der ruhigen Stimme leitet das Ethikkomitee des Hauses; er entwickelt gemeinsam mit den medizinischen Abteilungen ethische Leitlinien, schult Mitarbeiter und führt die Fallgespräche in Situationen, in denen sich Ärzte und Schwestern überfordert fühlen.

Eine Stunde lang will das Team heute über den alten Mann sprechen. Der Termin steht schon seit der vergangenen Woche fest. Oft muss es schneller gehen, muss der Ratschlag sofort kommen. Deshalb trägt Klaus Kobert sein Handy immer bei sich. Jetzt liegt es vor ihm auf dem Tisch neben Notizblock und Stift. Jedes Fallgespräch folgt einem strengen Ablauf. Erst skizziert der Arzt nüchtern und ohne Bewertung die Diagnose. Dann schildert jeder seine Sicht auf den Patienten. Am Ende kommt die Runde zu einer Empfehlung.

»Werner Zeise*, 83 Jahre, vor neun Monaten bewusstlos mit einem schweren, chronischen Lungenleiden ins Krankenhaus eingeliefert«, sagt der Oberarzt. Dank Dauerbeatmung und Medikamenten habe sich der Patient wieder gefangen und »in den Rollstuhl mobilisiert werden« können. Nach einem neuen Infekt der Atemwege ist er nun seit vier Wochen nicht mehr ansprechbar, die Nieren arbeiten nur noch schwach.

Einen jüngeren Patienten hätte er schon längst auf die Intensivstation verlegt, sagt der Mediziner. Bei Werner Zeise jedoch plagen ihn Zweifel. »Mehr als zehn Prozent Überlebenschance würde ich ihm nicht geben«, sagt der Arzt. Für den Mediziner ist das wenig, für die Ehefrau des Patienten viel. Sie fordert die Maximaltherapie. Jeden Tag besucht sie ihren Mann. Kann sie einmal nicht ins Krankenhaus kommen, telefoniert sie mit der Station. Vor einigen Jahren hatten Ärzte ihren Mann schon einmal aufgegeben. Doch wider Erwarten erholte er sich. Diese Erfahrung hat die Frau argwöhnisch und unnachgiebig gemacht. Auch deshalb findet das Ethikkomitee – anders als in vergleichbaren Fällen – ohne sie statt. »Ein Fallgespräch braucht Vertrauen und Offenheit«, sagt Kobert. Sonst mache es keinen Sinn.

ETHIKALLTAG IN DEUTSCHEN KLINIKEN

1962 zeigte die amerikanische Zeitschrift »Life« die Silhouetten einiger Männer, die an einem Tisch sitzen. »Sie entscheiden, wer leben und wer sterben wird«, stand über dem Bild. Damals hatten US-Krankenhäuser gerade zum ersten Mal Dialysegeräte bekommen. Und das anonyme Gremium an einer Klinik in Seattle musste entscheiden, wer von den Dutzenden Nierenkranken die künstliche Blutwäsche in Anspruch nehmen durfte: ein Mann oder eine Frau, ein Weißer oder ein Schwarzer, ein junger oder ein alter Mensch.

»Der Rat Gottes« (»The God Committee«), so der Name eines späteren Theaterstückes, gilt als Vorläufer der heutigen Ethikkomitees. In den USA muss seit Langem jedes Krankenhaus über ein solches Gremium verfügen, die meisten Ärzte dort haben es schon einmal angefordert.

Deutsche Krankenhäuser entdecken erst jetzt die klinische Ethik. Zwar gibt es mittlerweile überall Ethik-»Kommissionen«. Diese müssen Forschungsvorhaben an Patienten genehmigen. Über etablierte Ethik-»Komitees« dagegen, die Probleme aus dem Klinikalltag beraten, verfügen erst rund zehn Prozent der Krankenhäuser, schätzt Andreas Frewer, Medizinethiker am Universitätsklinikum Erlangen. Die meisten dieser Kliniken haben einen katholischen oder evangelischen Träger. Selbst an der Berliner Charité, der größten und traditionsreichsten deutschen Klinik, fehlt ein solcher Rat bislang. Und nur in ganz wenigen Häusern kümmert sich, wie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, ein Ethiker hauptamtlich um das Thema. »Im Klinikalltag werden immer noch Entscheidungen aus dem hohlen Bauch gefällt«, kritisiert Gerald Neitzke, seit vielen Jahren Ethiker an der Medizinischen Hochschule Hannover. »Es gibt viele Leitlinien für eine gute medizinische Versorgung. Aber in der moralischen Urteilsfindung arbeiten wir weit unter dem professionellen Niveau.«

Mal sind Interessenkonflikte das Problem, mal der Mangel an geschultem Personal. Meist jedoch fehlt schlicht der Wille, das Geld für den Aufbau eines Ethikkomitees aufzuwenden. Vielerorts erledigen Schwestern, Pfleger oder Ärzte diese Aufgabe deshalb praktisch nebenher.

Dabei erhöhen Komitees nicht nur die Arbeitszufriedenheit von Ärzten sowie Pflegepersonal und verhindern juristische Streitigkeiten. Langfristig helfen die Gremien auch, Geld zu sparen. Das hat Lawrence J. Schneiderman von der University of California in San Diego in einer Studie gezeigt. Er verfolgte eine große Zahl von Fällen, die in Ethikkomitees behandelt wurden, und fand heraus, dass die »Konsultationen Kosten gespart haben, ohne die Qualität der Behandlung zu reduzieren«.

Vier Stationen berät der Ethiker regelmäßig, andere ignorieren ihn

Schon längst gibt es kein eindeutiges Falsch und Richtig mehr in der Medizin.

Vielen Behandlungen gehen Verhandlungen voraus. Was dem einen als unsinnige Leidensverlängerung erscheint, begründet für den anderen die letzte Hoffnung. Während manche schon ein Leben im Rollstuhl als menschenunwürdig erachten und dabei an eine Giftspritze denken, betrachten andere selbst jeden Tag im Wachkoma als Geschenk Gottes. Und immer hat der eigene Standpunkt viel damit zu tun, wo man herkommt: mit persönlichen Glaubenssätzen, eigenen Erfahrungen.

Als der Oberarzt zum ersten Mal vom Ethikrat hörte, war er angetan. Er sei kein starker Entscheider, sagt er. Deshalb wollte er niemals Chirurg werden. Schon immer hat er gern den Rat von Kollegen eingeholt. Einen festen Rahmen für die Beratung geben jedoch erst die Fallbesprechungen. Die Reaktion des Mediziners ist nicht unbedingt typisch. Die meisten klinischen Ethiker stoßen auf Skepsis, wenn sie sich zum ersten Mal auf einer Station vorstellen. Krankenhäuser sind immer noch streng hierarchisch strukturiert, Ärzte konservativ. Sie mögen es nicht, wenn andere mitreden wollen. Schnell fühlen sie sich in ihrer ärztlichen Freiheit beschnitten. »Wir haben doch schon immer moralisch verantwortungsbewusst gehandelt«, heißt es dann oder: »Ethik ist Theorie, in der Praxis sieht alles anders aus.«

Bei jedem neuen Oberarzt stellt sich Kobert persönlich vor. Viele sind erst einmal überrascht, wenn ihnen kein Pfarrer oder Sozialarbeiter gegenübertritt, sondern ein ehemaliger Kollege. »Ich kenne den Alltag der Ärzte und Schwestern und spreche ihre Sprache«, sagt Kobert. »Das macht vieles einfacher.« Doch während viele Mediziner Koberts Dienste mittlerweile häufig in Anspruch nehmen, er auf vier Stationen sogar regelmäßig an Übergaben teilnimmt, ignorieren andere Abteilungen den Ethiker. »Manchmal muss man eben warten, bis der Chefarzt in Pension geht«, sagt Kobert.

Im Schnitt einmal pro Woche kommt ein Ethikonsil am Bielefelder Krankenhaus zusammen. Meist reicht ein Treffen. Manchmal jedoch sind mehrere Besprechungen nötig. So wie bei dem Kind mit dem schweren Herzfehler. Über Wochen rangen Ärzte, Schwester und Eltern um den richtigen Weg. Mutter und Vater wollten alle Therapien abbrechen, die Ärzte sahen noch eine Chance. Am Ende setzten sich die Mediziner durch. Das Kind starb dennoch.

Von Jahr zu Jahr ist die Zahl der Anfragen gestiegen. Nicht selten kommt die Initiative von den Pflegenden. Wenn sie das Gefühl haben, dass eine Behandlung ohne vernünftiges Ziel fortgesetzt wird. Wenn sie meinen, dass die Ärzte zu feige sind, ihr Scheitern einzugestehen.

Von allen am Tisch kennt die Bezugsschwester Werner Zeise am besten. Sie hat ihm nachts zugehört, wenn der alte Herr von den drei Jahrzehnten am Schalder der Bank erzählte. Zu seinem letzten Geburtstagsessen hat sie ihn ins Restaurant begleitet, mit Sauerstoffgerät und Absaugkatheter im Gepäck. Mehrmals am Tag wechselt sie seine Windeln und erneuert den Plastikbeutel, aus dem braune Nahrung in seinen Körper fließt. Die Schwester mag Werner Zeise. Deshalb wünscht sie ihm jetzt den Tod.

»Jedes Tier schläfert man ein, um es zu erlösen«, sagt sie in die Runde. »Beim Menschen dagegen ziehen wir das Sterben immer weiter in die Länge.«

Seit zwölf Jahren arbeitet die Pflegerin auf der Station. Und noch immer gelingt es ihr oft nicht, ihre Patienten zu vergessen, wenn sie nach Feierabend die Klinik verlässt. Manchmal begleiten sie die Bilder bis in den Schlaf. Manchmal steht sie heulend neben einem Bett und fragt sich: Was machst du hier eigentlich? Werner Zeise ist so ein Fall. Er macht sich hart wie ein Brett, wenn sie ihn waschen will. Er beginnt vor Aufregung zu schwitzen, sobald sie ihn berührt. »Lassen wir der Natur ihren Lauf«, sagt sie und schaut zum Oberarzt.

Der Konflikt ist klassisch. Schwestern und Pfleger begleiten die Patienten über Wochen, manchmal Monate. Sie teilen das Leiden fast körperlich. Die Ärzte dagegen erleben die Kranken meist nur wenige Minuten am Tag und tragen dennoch die letzte Verantwortung. Entscheidend ist jedoch immer der Wille des Patienten.

Doch was will Werner Zeise? Genau weiß das niemand. »Mehrere Male haben wir versucht, das Gespräch sanft auf das Thema zu lenken«, erzählt die Stationschwester. »Er ist der Frage immer wieder ausgewichen.« Und eine Patientenverfügung hat der alte Mann nicht hinterlassen. Doch selbst wenn ein schriftlicher Wille vorläge, würde das Papier das Ethikkomitee wahrscheinlich nicht ersetzen.

Intensivbetten für hoffnungslose Fälle – auch das kann unethisch sein

»Patientenverfügungen bedürfen immer der Interpretation. Auch dafür sind Fallbesprechungen da«, sagt Klaus Kobert. Denn was heißt es, wenn in der Verfügung steht, der Patient möchte »nicht an Schläuchen hängen«? Meinte der Kranke es ernst, als er festgelegt hat, dass er »nicht reanimiert werden möchte«, selbst wenn eine Wiederbelebung ihm die Chance auf ein halbwegs normales Leben gibt? »Da muss man oft fast hermeneutisch drangehen«, sagt Kobert.

Der Paternalismus im Krankenhaus ist auf dem Rückzug. Immer weniger Ärzte maßen sich an, den Willen eines Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters zu ignorieren. Mittlerweile beobachtet Kobert sogar das Gegenteil. Die Angehörigen pochen auf die Patientenverfügung, und die Ärzte lassen sie ohne Diskussion gewähren, selbst wenn sie anderer Meinung sind. »Früher haben wir zu viel gemacht«, sagt Kobert. »Nun besteht die Gefahr, zu wenig zu machen.«

Nach einer Dreiviertelstunde sind die Positionen geklärt. Niemand der Anwesenden möchte die Behandlung ausweiten. »Die Aussichten auf Besserung sind so minimal, dass eine Therapieausweitung medizinisch nicht angezeigt ist«, fasst Kobert den Stand der Diskussion zusammen. Der Oberarzt nennt einen weiteren, durchaus heiklen Grund: die Begrenztheit der Ressourcen. Auch in Bielefeld sind Intensivbetten knapp. Sie mit hoffnungslosen Fällen zu besetzen kann ebenfalls unethisch sein.

Doch während die Schwestern dafür plädieren, Werner Zeise nur noch beim Sterben zu begleiten, beharren der Oberarzt und die Psychologin darauf, die laufenden Therapien fortzusetzen. Nun könnte man abstimmen. Doch ein Ethikkomitee ist kein Geschworenengericht, bei dem die Mehrheit zählt. Am Ende steht kein Urteil. Und Kobert ist kein Richter, sondern ein Moderator mit dem Blick von außen. Sein Ziel ist es, einen Konsens zu finden, der dem Patienten gerecht wird und mit dem alle Beteiligten leben können.

In der Regel gelingt das. Nur in wenigen Fällen geht das Komitee ohne einvernehmlichen Beschluss auseinander. Dann zählt das Veto des Arztes oder des Betreuers. So ist es auch heute. »Ich kann keinem Abbruch der Behandlung zustimmen, wenn das Einverständnis des Patienten fehlt und sein Vertreter explizit dagegen ist«, sagt der Oberarzt. Wäre der Patient sein eigener Vater, hätte er anders entschieden. Aber in diesem Fall sind ihm die Hände gebunden. »Zu Recht«, sagt er.

Anfangs dachte er, das Ethikkomitee würde ihm das mühsame Abwägen abnehmen. Er stellte sich vor, es gäbe eine Hierarchie der ethischen Argumente, diese müsste man nur in die richtige Reihenfolge bringen. Mittlerweile hat er gelernt, dass jede Situation anders ist und man nur bedingt von einem Patienten auf den anderen schließen kann.

So bleibt an diesem Tag alles beim Alten. Ungewöhnlich ist das nicht. In 40 Prozent der Fälle endet das Komitee mit dem Beschluss, den Patienten nur noch palliativ zu pflegen, in knapp 30 Prozent damit, die Therapien auszuweiten. Doch jedes dritte Komitee in Bielefeld geht auseinander, ohne dass sich die Behandlung ändert. Vergeblich war das Treffen dennoch nicht. Darüber sind sich alle einig. Regelmäßige Fallgespräche verhindern nicht nur, dass ein Krankenhaus zu einem Reparaturbetrieb für kaputte Körper verkommt. Sie stärken auch den Zusammenhalt einer Station und können das Klima in einer Klinik verbessern.

Das zeigen auch verschiedene empirische Studien. »Ethikberatungen tragen dazu bei, dass sich die Mitarbeiter stärker mit ihrer Arbeit identifizieren«, sagt Klaus Kobert. Das gilt besonders für das Pflegepersonal. Fühlen sich Schwestern alleingelassen mit ihren Gewissensnöten, sinkt die Qualität der Pflege. Im schlimmsten Fall kann es zu Kurzschlusshandlungen führen, zu Verbrechen aus Mitleid.

Nach neunzig Minuten geht das Gremium auseinander. Es ist Mittag. Die Patienten der Station warten auf ihr Essen. Zu einem zweiten Treffen kommt es nicht mehr. Zwei Wochen später stirbt Werner Zeise an Nierenversagen. An ein Dialysegerät hat man ihn nicht mehr angeschlossen.

** Der Name des Betroffenen sowie die Umstände des Falles sind verfremdet*

Diesen Artikel finden Sie als Audiodatei im Premiumbereich unter www.zeit.de/audio

COPYRIGHT: ZEIT ONLINE

ADRESSE: <http://www.zeit.de/2011/17/M-Ethikberatung-im-Krankenhaus>