

Grenzen der Dialysebehandlung aus ethischer Sicht

**Vortrag von Prof. Dr. Erny Gillen, gehalten in Ulm am 03. März 2001
anlässlich der 26. Internationalen Dialysefachtagung
für Krankenschwestern und Krankenpfleger**

Bevor ich nun, meine sehr verehrten Damen und Herren, das Wort zum Thema "Grenzen der Dialysebehandlung" ergreifen werde, möchte ich im Sinne einer Warnung deutlich sagen, dass mein Standpunkt nicht der eines Medizinskeptikers oder eines kaschierten Ökonomen oder eines religiösen Fundamentalisten ist. Ich versuche hier, den Standpunkt des Ethikers einzunehmen und werde Ihnen dementsprechend auch nicht meine moralischen Überlegungen und Vorstellungen darlegen, sondern Sie einladen, mit mir zusammen verschiedene moralische Standpunkte – und darunter hoffentlich auch einige der Ihrigen – zu besprechen.

1. Drei Vorbemerkungen und eine Standortbestimmung

Mit meinem *Bekenntnis zur Medizin und zur Pflege* möchte ich ganz zu Anfang dieses Vortrages verdeutlichen, dass mir die Begründung des Therapieverzichtes oder der Therapieeingrenzung a priori genauso viel Mühe bereitet wie wohl den meisten von Ihnen auch. Wer sich in der Tat für die Medizin oder die Pflege als helfenden Berufen entschieden hat, hat sich wie selbstverständlich und implizit *für* das Leben und den Dienst an der Gesundheit entschieden. Den Gesundheitsberufen liegt denn auch die Anstrengung für das Leben oder für die Gesundheit näher als die Entscheidung zum Verzicht auf Therapie.

Diese Neigung oder Anstrengung führt manchmal sogar zu einer übertriebenen Haltung der Fürsorge gegenüber den Patienten. Man kann es manchmal kaum ertragen, Patienten nicht mehr beim Einsatz für ihr Leben oder für ihre Gesundheit helfen zu können. Dieses tief verwurzelte Engagement für das Leben kann an den Grenzen der Anstrengung sogar radikal umschlagen in einen Aktivismus gegen den Tod, der dann bis in der aktiven Sterbehilfe gipfeln kann, so wie dies Professor Leon Schwartzberg ¹ und sein Kampf für die Euthanasie als "minus malum" immer wieder veranschaulicht.

¹ vgl. etwa Schwartzberg Léon: *Requiem pour la vie*, Paris, 1985; oder: Maret Michel: *L'euthanasie. Alternative sociale et enjeux pour l'éthique chrétienne*; éditions St. Augustin, 2000; ISBN 2-88011-181-1.

Wer heute Argumente für Therapiebegrenzung anführt, sollte gerade im Kontext des heutigen ökonomischen Drucks auf die Leistungen der Krankenversicherung sagen, ob er mehr dem Primat der Ökonomie, der Medizin oder der Ethik gehorcht. Meine Anerkennung gegenüber der Medizin und der Pflege habe ich bereits zum Ausdruck gebracht. Ich möchte Ihnen aber auch gestehen, dass ich die Ökonomie als einen ernst zu nehmenden Faktor gerade auch bei medizinischen Entscheidungen mit in Betracht ziehen möchte. Das Geld und den Preis gänzlich aus der Medizin und der Pflege verbannen zu wollen liefe darauf hinaus, dem Gesundheitswesen ein Mitspracherecht bei wirtschaftlichen Entscheidungen vorzuenthalten und damit auf die de facto Anerkennung eines Primates der Ökonomie über die Medizin. Dort, wo nachweisbar ärztlich und pflegerisch sinnvoll und sparsam gehandelt wird, sollte bei Begrenzungsdiskussionen nicht die Medizin oder die Pflege unter Legitimationsdruck geraten, sondern gerade umgekehrt die Ökonomie. Ich möchte Sie also ermutigen, die Wirtschaftlichkeit aus ärztlichen und pflegerischen Gründen nicht aus dem Blick zu lassen. Gesundheitspolitisch wäre resolut dafür einzutreten, dass der zum Teil bewussten, zum Teil wohl auch unbewussten Vermischung zwischen Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft im politischen Diskurs Einhalt geboten würde. Viele aktuelle Lösungsszenarien um die Mittelknappheit im Krankenwesen zu steuern, fußen auf der falschen Überzeugung, man könne volkswirtschaftliche Entscheidungen durch betriebswirtschaftliche Maßnahmen in den Griff bekommen.

Meine dritte Vorbemerkung betrifft den Stellenwert des Lebens. Entgegen manch religiös fundamentalistischen Einstellungen wird hier nicht die Meinung vertreten, das Leben der Menschen sei heilig und unantastbar; vielmehr wird die Meinung vertreten, der Kultur- und Gestaltungsauftrag des Menschen für die Welt und ihre Zukunft mache nicht halt am Leben des Menschen selber. Ohne diese Voraussetzung wäre der Heilungsdienst von Ärzten und Pflegenden nicht zu legitimieren. Allzu schnell ließe man den sogenannten natürlichen Lauf der Dinge seinen Lauf nehmen, auch wenn er dabei das Leben und die Gesundheit empfindlich störe oder gar vernichtete. Selbstverständlich kann das Leben nicht einfachhin beliebig gestaltet, geformt und umgeformt werden. In diesem Fall sind die Argumente jedoch nicht einfach beim biologischen Leben selbst zu finden, sondern in den Bedingungen des Lebens, die - zu kurz gefasst - seine Würde sind. Mit anderen Worten, das Leben ist kein Selbstzweck, sondern das fundamentale Gut mit Hilfe dessen andere Güter und Werte verwirklicht werden können.

Lassen Sie mich noch rasch erwähnen, dass das Christentum gemeinsam mit seinen jüdischen Wurzeln keinen vitalistischen Ansatz vertritt. Ohne das Leben auch nur im geringsten zu unterschätzen, überbietet es den leiblichen Tod mit einem Ausblick auf Gott, den Transzendent schlechthin, dessen Grenzen nicht am Tod des Menschen Halt machen, wie dies für die Christen der Glaube an die Auferstehung Jesu wirkmächtig bezeugt.

Mit diesen drei Vorbemerkungen will ich das Feld skizzieren innerhalb dessen ich die Grenzen des Therapieverzichtes entfalten werde. Dies werde ich als Ethiker tun und nicht als Moralist. Es wird mir dementsprechend nicht darum gehen, Sie von der einen oder anderen moralischen Position zu überzeugen. Ich möchte Ihnen vielmehr argumentative Bausteine liefern, damit Sie entweder Ihre eigene Position besser erkennen und mitteilen können, oder dann in der Lage sind, sich eine eigene Position zu erarbeiten. Ethik wird also hier verstanden als die Reflektion vorhandener moralischer Vorstellungen und Überzeugungen. Ich werde mich hier auf die "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" stützen und diese als eine Art Vorlage kommentieren².

2. Ethische Grenzmarken

2.1. Ethische Grenzmarke: der therapeutische Sinn

Anlass einer jeden Behandlung und so auch der Dialyse dürfte wohl der therapeutisch zu erwartende Nutzen der Therapie sein. Der inhärente Sinn der Therapie ist dann erfüllt, wenn sie sachgemäß den Zweck erreicht wofür sie eingesetzt wird. Sie erfüllt ihren Zweck dort, wo sie greift.

(1) Dort, wo eine *Nierenerkrankung* der diagnostische Ursprung für eine Dialysetherapie ist, liegt die Sinnhaftigkeit der anfänglichen Behandlung auf der Hand. Im engen Spektrum der Sachgerechtigkeit erfüllt die Dialyse ihren Zweck. Als *chronische* Maßnahme wirft die Behandlung in diesem Fall zumeist erst dann neue ethische Fragen auf, wenn der Patient die Sinnhaftigkeit von seinen Lebenszielen her in Frage stellt oder weitere Krankheiten oder organische Ausfälle dazu kommen. Genau an diesen Stellen wird dann die *innere Grenze* der medizinischen Sinnhaftigkeit der Behandlung aus der Sicht des Patienten und oftmals auch seiner Pfleger und Ärzte zur *äußeren Grenze* der Behandlungen. Es findet hier ein Perspektivenwandel statt, der schon manchen Pfleger oder Arzt in eine eigene Sinn- oder Identitätskrise gestürzt hat. Dort, wo Pflegende und Ärzte den Sinneswandel des Patienten während längerer Zeit begleiten (dürfen), wird dieser sie weniger stark in ihrer ersten Naivität treffen als dort, wo dieser Sinneswandel ohne Gespräch und Austausch sich sozusagen plötzlich manifestiert.

(2) Immer noch im Zusammenhang mit dem therapeutischen Sinn einer ärztlichen bzw. pflegerischen Maßnahme als Grenzmarke ethischen Tuns oder Lassens möchte ich nun die Situation aufgreifen, bei der das *Nierenversagen* nicht die Ursache für den Gang zum Nephrologen

² Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11. September 1998. in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 25. September 1998 (17) A-2365-2367 (BÄK 1998).

darstellt, sondern sozusagen die *Folge von anderen Krankheitszuständen* ist. In diesem Fall wird die Dialyse zu einer *weiteren lebensrettenden Maßnahme*, sozusagen als Ergänzung zu anderen. Hier stellt sich dann die Frage, ob eine nephrologische Intervention im Zusammenhang mit dem gesamten Krankheits- oder Gesundheitszustand des Patienten noch Sinn macht oder nicht. Die entsprechende Entscheidung wird dann über einen frühen oder späteren Sterbetermin des Patienten mitentschieden. Wir haben es hier mit der komplexen Wirklichkeit der Medizin zu tun, bei der häufig nicht nur ein einziges Krankheitssymptom zu behandeln ist, sondern pluriforme Ursachen und Zusammenhänge zum Nierenversagen führen. Die Alternative "Dialyse ja oder nein" muss hier unweigerlich in einen größeren Zusammenhang gestellt werden, nämlich den Zusammenhang einer weiteren palliativen Behandlung oder eines palliativen Verzichts. Hier wird die Rolle des Nephrologen als alleinigem Entscheider über die Sinnhaftigkeit einer Behandlung zurückgebunden in ein Team von Ärzten und Pflegenden, die den *Gesamtzustand* und das *Gesamt an therapeutischen Möglichkeiten gemeinsam zu evaluieren und umzusetzen haben*.

Gerade dieser Fall macht deutlich, dass das interdisziplinäre Gespräch im Krankenhaus nicht nur unter *ethischer* Rücksicht, sondern auch bereits unter *fachärztlicher* Rücksicht unbedingt zu fördern und auszubauen ist. Erst im inter-fach-medizinischen und pflegerischen Gespräch lässt sich die Sinnhaftigkeit einer einzelnen Aktion, wie hier der Dialyse, überhaupt rechtfertigen. Dieser inner-medizinische und inner-pflegerische Diskurs braucht Raum und Zeit, wo er gepflegt werden kann.

Bildhaft gesprochen: erst wenn die Dialyse für den Hausarzt, den Kardiologen, Lungenarzt und den Internisten gleichermaßen plausibel ist und Sinn macht, könnte man von einer medizinisch sinnvollen Maßnahme reden. Wichtig an diesem Fachgespräch ist – im Gegensatz zum ethischen Gespräch –, dass sich die Ärzte soweit wie möglich eines moralischen Urteils enthalten und vor allem ihr Fachwissen und ihre persönlichen und ärztlichen Erfahrungen mit in das Gespräch einfließen lassen.

Immer noch in Bezug auf den therapeutischen Sinn der Behandlung muss hier auf die bundesdeutsche Rechtslage hingewiesen werden, die eine Nicht-Intervention bzw. einen Abbruch einer bestimmten Maßnahme dann für gerechtfertigt hält, wenn der Sterbevorgang eingesetzt hat. Damit wird wohl begrifflich festgelegt, wann eine an sich sinnvolle medizinische Maßnahme im Hinblick auf einen konkreten Patienten nicht mehr gefordert ist; das Sachurteil jedoch bleibt dem medizinischen und pflegerischen Personal anheim gestellt.

Was für den Arzt und die Pflegenden die Mindestvoraussetzung für ihr Handeln sein muss, nämlich eine medizinisch bzw. pflegerisch sinnvolle Maßnahme, muss dem Patienten nicht genügen. Die Mindestgrenze für sein Einvernehmen liegt nicht in einer sinnvollen medizinischen oder pflegerischen Behandlung, sondern in seiner *Zustimmung*. In der Tat stellt das

Selbstbestimmungsrecht des Patienten einen weiteren ethischen Eckstein dar, um den herum eine moralisch verantwortliche Intervention nicht kommt.

2.2. Grenzmarke: Selbstbestimmung

Das Selbstbestimmungspostulat heißt nichts anderes, als dass das moralische Urteil, das eine Person in eigener Sache fällt, für sie selber und für andere verbindlichen Charakter hat. Wie auch immer dieses persönliche Gewissensurteil begründet sein mag, es gilt für die betroffene Person und es muss von allen anderen Personen im Rahmen ihrer eigenen moralischen Integrität respektiert werden³.

Es gilt heute als allgemein anerkannt, dass weder Arzt noch Pfleger gezwungen werden können, zum reinen Vollzugsgehilfen des Willens ihrer Patienten zu werden. Es steht ihnen zu, den *Ausdruck der Selbstbestimmung* ihrer Patienten unter einer doppelten Rücksicht zu *evaluieren*: (a) einmal haben sie als Gesundheitsexperten dafür zu sorgen, dass der Patient die Folgen seiner Entscheidung voll und ganz versteht, und sie müssen sich vergewissern, dass der Willensausdruck – und dies vor allem wenn er einen direkten Einfluss auf den Todesverlauf hat – einer einigermaßen dauerhaften Überzeugung des Patienten entspricht. (b) Nach diesen Vorabklärungen können sich Ärzte und Pflegende fachlich und persönlich moralisch gegenüber dem eingenommenen Patientenstandpunkt positionieren.

(ba) Wenn die gewünschte Behandlung wider die fachmedizinischen oder fachpflegerischen Standards geht, kann der Arzt oder der Pflegende deutlich machen, dass er selber diese Behandlung nicht vornehmen wird. Weiß er einen Kollegen der bereit ist, die gewünschte fragwürdige Behandlung dennoch durchzuführen, kann er den Patienten an diesen überweisen. Dies dürfte im persönlichen Erleben der Betroffenen in der Tat eine der schwierigsten Situationen sein, da hier fachmedizinische Standards in direkter Konkurrenz zur Selbstbestimmung des Patienten stehen. Das wohl geläufigste Beispiel in diesem Zusammenhang dürfte die Frage nach der direkten aktiven Sterbehilfe sein. Die Bundesärztekammer schließt diese Art der Behandlung eines Patienten (zur Zeit noch) kategorisch aus⁴.

³ "Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken." (BÄK 1998).

⁴ "Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Der Patient wird auf sich selber zurückgeworfen und muss dann selber nach Mitteln suchen, sein Selbstbestimmungsrecht außerhalb medizinischer Einrichtungen und Verantwortung zu verwirklichen. Die aktive Euthanasie bleibt also selbst unter den Bedingungen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten als medizinische oder pflegerische Behandlung ausgeschlossen und stellt insofern eine weitere Grenzmarke für das Handeln im klinischen Alltag dar. Sie ist weder als fachmedizinischer Standard anerkannt, noch ist Platz für sie im ärztlichen Berufsethos. Und auch das Recht schließt in Deutschland zur Zeit die aktive Euthanasie als straffreie oder rechtlich legitime Handlung aus⁵.

(bb) Kommen wir nun zur zweiten Alternative für das behandelnde Team angesichts der Entscheidung eines Patienten hinsichtlich seiner Behandlung: Der Patient wählt aus den möglichen Behandlungsalternativen die fachmedizinisch gesehen am wenigsten erfolgversprechende aus. Es gelingt dem pflegenden Team nicht, den Patienten von anderen sogenannten besseren Behandlungsalternativen zu überzeugen. Jetzt stellt sich die Frage, ob der Arzt bereit ist, diese von ihm als *wenig erfolgversprechende Behandlung* dennoch im Rahmen seiner persönlichen und fachlichen Integrität durchzuführen. Da es in diesem Zusammenhang schwierig sein dürfte, "fachlich" und "persönlich" genau auseinander zu halten, fasse ich den gemeinten Sachverhalt hier kurz mit "Gewissen des Arztes" zusammen. Wird die Behandlung vom Arzt als wohl machbar, aber in seinen persönlichen Augen, also seinem persönlichen moralischen Urteil entsprechend, als nicht von ihm zu verantworten eingeschätzt, muss er dem Patienten seine Gewissensnot darlegen und dafür sorgen, dass moralisch anders gesinnte Kollegen die Behandlung übernehmen.

Eine qualitativ andere Seite des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten tritt dort zum Vorschein, wo der Patient sich nicht mehr äußern kann. Dort, wo der Patient sein Selbstbestimmungsrecht nicht (mehr) selber wahrnehmen kann, gilt es zunächst und prioritär, den *mutmaßlichen Willen* des Patienten zu *rekonstruieren*⁶. Bei dieser Rekonstruktion darf auf alle zur Verfügung stehenden Mittel zurückgegriffen werden. Es können Angehörige, Freunde usw. befragt werden, es können Patientenverfügungen hinzugezogen werden; in allen Fällen aber gilt es darauf zu achten, dass

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen." (BÄK 1998).

⁵ Die Rechtslage etwa in Belgien und den Niederlanden ist seit wenigen Monaten eine andere.

⁶ "Liegen weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten Erklärungen vor oder können diese nicht rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahestehende Personen einbezogen werden." (BÄK 1998).

der tatsächliche Wille *des Patienten* als mutmaßlicher Wille rekonstruiert wird, und nicht die Meinungen und Überzeugungen *der befragten Personen* direkten Eingang in diese Rekonstruktion finden.

Es dürfte jedem, der bereits Angehörige oder Freunde eines Patienten befragt hat, deutlich sein, wie schwierig diese Übung in der Wirklichkeit tatsächlich ist. Dennoch dürfen die kontextuellen Schwierigkeiten nicht zum Anlass genommen werden, die Anstrengung erst gar nicht zu unternehmen. Für manchen Befragten ist es hilfreich zu wissen, dass die Rekonstruktion des Patientenwillens nicht automatisch zur Exekution dieses Willens führt, da dieser, wie bereits verdeutlicht, noch einmal vom pflegenden Team fachlich und moralisch evaluiert werden muss. Die sich aus diesen Zusammenhängen ergebenden Konfliktfelder sind breit und sollten nicht unterschätzt werden. Im günstigsten Fall hat der Patient bei seiner Patientenverfügung einen *Stellvertreter* seines Willens benannt, der dann in der Lage sein sollte, den mutmaßlichen Willen des Patienten auf die konkrete Situation hin und auf dem Hintergrund bekannter Willensäußerungen zu interpretieren. Stößt aber auch dieser Stellvertreter an seine Grenzen und sieht sich nicht mehr in der Lage, den Willen des Patienten authentisch auslegen zu können⁷, schlägt die Situation qualitativ um, und es treten dem Willen des Patienten dessen *Wohl* oder dessen *Interesse* im Spiegel allgemeiner Wertkriterien entgegen.

2.3. Ethische Grenzmarke: Das Wohl des Patienten

Was immer man auch unter "Wohl des Patienten" verstehen mag, es gilt dieses von Fall zu Fall zu eruieren und zu dokumentieren. Die Erklärung der Bundesärztekammer macht deutlich, dass *zuerst* dem Wohl des Patienten entsprechend gehandelt werden soll, und dass dieses handlungsleitend ist, wenn es a) von den gesetzlichen Vertretern kommt und b) kein Verdacht auf Missbrauch u.ä. besteht: Der behandelnde Arzt bleibt also Herr der Lage, da er sich im Fall seine Nicht-Einverständnisses mit den gesetzlichen Vertretern an das Vormundschaftsgericht wenden kann. Das Wohl des Patienten muss also argumentativ und diskursiv bestimmt werden, und zwar im Kreise aller direkt Betroffenen. Voraussetzung, dass Dritte über das Wohl des Patienten befinden, ist selbstverständlich, dass weder der Wille noch der mutmaßliche Wille des Patienten erkannt werden können⁸. Ich deute in diesem Zusammenhang das Wohl des Patienten – im

⁷ Ich lasse hier bewusst die rechtliche Möglichkeit der Anrufung eines Vormundschaftsgerichts außer Acht und beschränke mich auf das moralische Feld, so wie es von den Kliniken, Pflegenden und Angehörigen in eigener Regie bearbeitet und verantwortet werden kann.

⁸ "Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z.B. der Eltern oder des Betreuers, oder des Bevollmächtigten maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des Patienten zu

Gegensatz zu dessen Interesse – *objektiv*. Das pflegende Team und die gesetzlichen Vertreter versuchen die Situation eines Patienten zu verallgemeinern und so zu argumentieren und anschließend zu handeln, als ob ein durchschnittlicher Patient mit einem in unserer Kultur durchschnittlich geteilten Wertebewusstsein vor ihnen liegen würde. Es wird so entschieden und gehandelt wie "man" halt in solchen Fällen handeln würde, unter der Annahme, dies entspräche dem Wohl des Patienten.

In diesem Zusammenhang möchte ich wenigstens kurz darauf hinweisen, dass solche Entscheidungen zum Wohl des Patienten nicht der Einvernehmlichkeit aller beteiligten Personen bedürfen. Dennoch könnte in vielen Fällen eine Absprache, bei der die entscheidenden Personen ihre Gründe offenlegen, weshalb sie *diese* Behandlung zum Wohl des Patienten durchführen, manche Spannungen und Konflikte im Krankenhaus bereits im Vorfeld kanalisieren. Ethisch besser wäre jedenfalls, nicht nur eine Information aller in der Klinik Betroffenen, sondern deren direkte Beteiligung an einem moralischen Diskurs um eben das Wohl dieses Patienten.

Um die innerklinische Diskussion um das Wohl des Patienten möglichst anzureichern, und um sicherzustellen, dass die "allgemeinen Wertvorstellungen" ⁹ mit in den Diskurs hineinfließen, wäre es sicherlich sinnvoll, auch außerklinische Stimmen mit in den Entscheidungsfindungsprozess einzubinden, so wie dies etwa das Setting klinischer Ethik-Komitees ¹⁰ vorsieht. Es wird hier bewusst vorausgesetzt, dass sowohl die Pluridisziplinarität als auch die Pluralität verschiedenster moralischer Standpunkte den besten Garanten für die Ermittlung dieser sogenannten "allgemeinen Wertvorstellungen" darstellen.

entscheiden. Bei Verdacht auf Missbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden." (BÄK 1998).

⁹ Im September 1994 hat der Bundesgerichtshof ein Urteil des Landgerichts Kempten aufgehoben. In einem Kommentar zu diesem Urteil heisst es u.a.: "Lassen sich keine Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens finden, so kann und muss nach Ansicht des BGH auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen." Lunshof Jeantine E. und Simon Alfred: Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland von 1945 bis in die Gegenwart. In: FREWER Andreas, EICKHOFF Clemens (Hg.): "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik; Campus Verlag Frankfurt, 2000; ISBN 3-593-36639-8; 237-249; hier: 243 [Bundesgerichtshof (1994), 1 StR 357/94, 13. September 1994].

¹⁰ Cf Ethik-Komitee im Krankenhaus, Hg: Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., Mai 1997, Freiburg i. Br. (im folgenden Empfehlungen KKVD/DEKV 1997), ad Zusammensetzung (S. 19-20).

2.4. Ethische Grenzmarke: Das "Im-Interesse-des-Patienten" ¹¹

Während wie gesagt die Bestimmung des Wohls des Patienten aufgrund allgemeiner Wertvorstellungen ermittelt und entschieden wird, würde ich vorschlagen, den Begriff "im Interesse des Patienten" eher singular oder partikular, also auf einen einzelnen Patienten und seine spezifische Situation hin zugespitzte Lage zu verstehen. Mit diesem Begriff würde man, rein theoretisch gesprochen, die Tür für legitime *Ausnahmen zum allgemeinen Wohl* öffnen. Entscheidend aber ist die *Perspektive*, aus welcher heraus das Interesse des Patienten bestimmt wird. Es geht eindeutig nicht um die Projektion eigener Wertvorstellungen auf den Patienten, sondern genau umgekehrt sollte versucht werden, die Perspektive des Patienten einzunehmen, um dann spezifische Gründe aus seiner möglichen Sicht anzuführen, die eine Abweichung von allgemeinen Überlegungen zulassen und gleichzeitig auf die spezifische Situation dieses Patienten hin verallgemeinerungsfähig bleiben.

So kann es beispielsweise nach der Auslegung eines klinischen Teams durchaus im Interesse des Patienten sein, eine Dialyse als lebensverlängernde Maßnahme über Gebühr weiterzuführen, weil man es als im Interesse des Patienten erachtet, dass er die Gegenwart seiner erst anreisenden Verwandten noch einmal spüren kann. Umgekehrt kann es im Interesse eines anderen Patienten sein, dass eine mögliche Dialysebehandlung nicht begonnen wird, weil die isolierte Person auf keinerlei soziale Kontakte zählen kann. Die beiden Beispiele wollen bewusst verdeutlichen, dass getroffene Ausnahmeentscheidungen qualitativ nur so gut sind, wie die sie begründenden Argumente. Dieser Sachverhalt trifft allerdings gleichermaßen bei allen moralischen Urteilen und Normen zu. Dort, wo die Gründe im Kreis aller Beteiligten kommunikel und plausibel sind, darf man in der Regel davon ausgehen, dass moralisch richtig gehandelt wird.

Genau hier lauert vor allem in eingespielten Teams die reale Gefahr idiosynkratischer Entscheidungen. Da man sich kennt, ist man schneller bereit, Abkürzungen in der Situationsbeschreibung und in der Argumentation einzuschlagen. Dadurch kommt man zwar rascher zu einem Urteil, bleibt aber gleichzeitig dem Risiko der Blindheit für andere Aspekte ausgesetzt. Gerade bei solch heiklen Entscheidungen wäre es sinnvoll, im Vorhinein Rahmenbedingungen für die ethische Entscheidungsfindung zu setzen, die der Gefahr ethischer oder professioneller Routine entgehen. Auch hier könnten Ethik-Komitees sich als Lösungsmodell anbieten. Sie garantieren eine kundige Moderation des Entscheidungsfindungsprozesses. Sie öffnen den Kreis über die Station und das Krankenhaus hinaus auf die Perspektiven der Sozialarbeit, der Religionen und des Rechtes sowie der Bürger. Damit entgehen sie der Gefahr einer auf selbstverständlichen Annahmen beruhenden Kommunikation und Entscheidungsfindung.

¹¹ "Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so

Sie stehen für eine gewisse Distanz und damit Verallgemeinerungsfähigkeit situativer Urteile oder Entscheidungen.

Nachdem nun Eckwerte das Feld ethischen Denkens und Handelns im Zusammenhang einer Therapiebegrenzung eingegrenzt haben, möchte ich ganz kurz fünf Quellen aufzeigen, aus denen moralisches Denken und Handeln schöpft.

3. Quellen der Moral

Die wohl breiteste und ergiebigste Quelle der Moral¹² dürfte im *Menschenbild* der handelnden Personen zu finden sein. Ein gewisser, keineswegs nur religiöser Glaube an bestimmte Werte bildet die Hintergrundfolie für moralisches Urteilen und Handeln. Da das persönliche Menschenbild in vielen Fällen weniger theoretisch und begrifflich zum Ausdruck kommt, sondern häufiger in spontanen impliziten Reaktionen, gehört es zu den Lernleistungen ethisch bewusst handelnder Menschen, das eigene Menschenbild als eine wichtige Voraussetzung eigenen Urteilens *bewusst* zu erkennen und zu thematisieren. Da das Menschenbild selber sozusagen den Standpunkt des Sprechers darstellt, braucht es in der Regel nicht noch einmal legitimiert zu werden¹³. Es versteht sich von selbst, dass das Menschenbild allein nicht direkt zu moralischem Urteilen führt. Aus dem hohen Wert der Gerechtigkeit bzw. der Wahrheit allein lässt sich noch nicht schlussfolgern, dass jeder in jeder Situation immer gerecht zu handeln hätte bzw. die Wahrheit zu sprechen habe. Auch dort, wo man noch bereit ist, solche allgemeinen prinzipiellen Normen zu formulieren, ist man sich in der Regel bewusst, dass diese im konkreten Fall jeweils auf die Situation heruntergebrochen werden müssen.

Eine zweite Quelle für moralisches Urteilen liegt in der Situation, die zur Diskussion steht. In der Tat liefert die *spezifische Situation* oftmals Argumente, die die Evidenzen der Menschenbildposition in Frage stellen. So wie das Menschenbild allein nicht zu überzeugenden Urteilen führt, trifft dies auch für die Situation zu, wenn sie isoliert wird. Wer allein von der Situation her argumentiert, macht sich schnell der Hume-schen "Fallacy" schuldig. Er schließt vom "Ist" direkt oder kontrapunktisch auf ein "Sollen". Dennoch wäre es verwegen und realitätsfern, ließe man situative Argumente nicht im Entscheidungsfindungsprozess zu.

handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft." (BÄK 1998).

¹² Gillen, Erny: Frag nur – ethische Reflexionen zu den Fragestellungen im Klinischen Ethik-Komitee. in: Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees KKVD/DEKV August 1999, 15-28.

¹³ Dort, wo der moralische Standpunkt einer einzelnen Person in einem ethischen Diskurs nicht mehr anerkannt wird, ist der Diskurs selber – mit sich und mit anderen – ohnehin an seine Grenzen gestoßen.

Eine weitere beliebte Quelle für moralisches Handeln und Denken ist die *Erfahrung*. Hier haben wir es im Fachjargon der Philosophie mit einer *teleologischen Argumentationsfigur* zu tun. Aus der Erfahrung mit anderen ähnlichen Situationen kennt man die Folgen einer bestimmten Handlungsweise. Von diesen voraussehbaren Folgen her urteilt man dann, ob die ins Auge gefasste Handlung richtig oder falsch sei. Erfahrungsargumente können ebenfalls Menschenbildpositionen und situative Argumente ausbalancieren. Dies kann der Fall sein sowohl für allgemeine Erfahrungen wie auch für ganz spezifische.

Eine vierte Argumentationsfigur bezieht sich auf die *Sachgerechtigkeit* der Handlung. Wie bereits weiter vorne ausgeführt, ist die Kenntnis einer sach- oder fachgerechten Behandlung die Voraussetzung für eine korrekte moralische bzw. ethische Analyse. Dort, wo die Sachanalyse zum Handlungszwang führt, wäre man ebenfalls dem Hume-schen Fehler erlegen. Begriffe wie der "dialysepflichtige" oder "beatmungspflichtige" Patient stehen im Verdacht, vom Ist-Zustand direkt auf den Sollens-Zustand geschlossen zu haben. Das Wissen, dass ein Patient sterben wird, wenn man ihn nicht dialysieren oder beatmen wird, führt eben nicht linear zur Beatmungs- oder Dialysepflicht. Wäre dies der Fall, könnte man Ärzte und Patienten getrost durch Funktionen regulierende Computer ersetzen. Allerdings darf das Fachwissen trotz aller Gefahren seiner Übermacht nicht in den Hintergrund gedrängt werden, liefert es doch zumeist die *möglichen Alternativen* für die (Be-) Handlungen. Bei ethischen Diskursen ist sehr darauf zu achten, dass das Fachwissen nicht einfach vorausgesetzt wird, sondern immer wieder in die Alltagssprache übersetzt wird. Erst diese Übersetzungsleistung versetzt sowohl die Patienten als auch andere am ethischen Diskurs beteiligten Personen in die Lage mit zu reden und mit Verantwortung zu übernehmen.

Eine letzte Quelle moralischen Handelns und Denkens stellen bestimmte *Lehren* dar. Während im Menschenbildzusammenhang hier religiöse und philosophische Schriften angeführt werden können, sind es im medizinischen Bereich das *Berufsethos* oder etwa geschriebene Leitlinien eines Krankenhauses oder andere verbindliche Texte. Dort, wo solche Texte oder Textteile jedoch das individuelle ethische Urteil bereits antizipieren oder gar ersetzen, hat man die Grenze des Fundamentalismus bereits überschritten. Texte können in den Gesamtentscheidungsprozess mit einfließen, bedürfen aber, wie alle anderen Argumente auch, der Plausibilitätskontrolle dessen, für den das Argument gelten soll. Dort, wo solche Sätze als offene Argumentationsstrukturen verstanden werden, können sie recht hilfreich sein. Ein gutes Beispiel wie ein Text Handlungs- und Ermessensspielräume eröffnet und abgrenzt, ist die hier schon mehrfach zitierte Erklärung der Bundesdeutschen Ärztekammer vom 11. September 1998 zur ärztlichen Sterbebegleitung.

Nachdem ich nun das Feld umrissen und einige Quellen benannt habe, auf dem der Diskurs um die Behandlungsgrenzen der Dialyse stattfinden sollte, möchte ich abschließend noch einige Bedingungen für den ethischen Diskurs anführen.

4. Bedingungen schaffen für den ethischen Diskurs

Aufgabe des ethische Diskurses ist es, Argumentations- und Entscheidungshilfen zuhanden der Entscheidungsträger in einer konkreten Situation zu formulieren. Ethik wird dabei nicht als neue oder dritte oder gar Super-Moral verstanden, sondern als *Reflexion vorhandener moralischer Überzeugungen und Vorstellungen*. Sie abstrahiert bewusst von eigenen moralischen Standpunkten und bietet sich in der Rolle des Moderators verschiedener moralischer Standpunkte an. Ziel dieser Moderation ist es, die Handlungsfähigkeit in einem Team zu erhalten, das aufgrund verschiedener moralischer Einstellungen und Überzeugungen in eine Sackgasse zu geraten droht. Der ethische Vermittler versucht, einen tragbaren Konsens für alle Beteiligten herbeizuführen, einen Konsens, der auf der Akzeptanz der ihn tragenden Personen und Argumente beruht.

Wie und wo auch immer solche Diskurse ethischer Natur stattfinden ¹⁴ - es gibt hier ganz verschiedene Modelle die zur Zeit in Deutschland erprobt werden -, sie sollten mindestens so weit *formalisiert* sein, dass der Prozess der Entscheidungsfindung sowie das Votum dokumentiert werden können. Eine Hochform ethischer Beratung bieten die vom Evangelischen und Katholischen Krankenhausverband herausgegebenen Empfehlungen zur Einrichtung von klinischen Ethik-Komitees ¹⁵. Solche Ethik-Komitees könnten sich m.E. auf der Dialysestation dort bewähren, wo aus Unkenntnis des Patientenwillens für dessen Wohl oder in dessen Interesse gehandelt werden muss. Im vorgeschlagenen Setting wird der Forderung des *Bundesgerichtshofes* ¹⁶, in solchen Fällen aufgrund allgemeiner Wertvorstellungen zu handeln, Rechnung getragen, indem ein Ort geschaffen wird, der offen ist für den Einfluss dieser allgemeinen Wertevorstellungen, über das Krankenhaus und einzelne religiöse oder philosophische Positionen hinaus. Auch wird durch eine fachkundige Moderation sichergestellt, dass ein möglichst herrschaftsfreier Diskurs zwischen allen Beteiligten zustande kommt. Darüber hinaus könnte ein

¹⁴ Es gibt zur Zeit recht unterschiedliche Modelle der Ethikberatung, die zwar alle das gleiche Ziel verfolgen, aber verschiedene Wege einschlagen, um es zu erreichen. Genannt seien nur: individuelle ethische Beratung, ethische Fragebögen, ethisches Konsil, ethisches Komitee. Es geht hier nicht darum, das eine oder das andere Modell zu privilegieren oder zu diskutieren.

¹⁵ siehe Anm. 8.

¹⁶ Cf Urteil des BGH: siehe Anm. 9.

solches Ethik-Komitee für das gesamte Klinikum die Aufgabe der Organisation und Gestaltung ethischer Fort- und Weiterbildungen übernehmen¹⁷.

Vorbeugend für solche schwierigen Situationen, bei denen Dritte über das Wohl oder im Interesse eines bestimmten Patienten bestimmen müssen, möchte ich hier *Patientenverfügungen* das Wort reden. Solche Dokumente, wie sie in der Zwischenzeit in vielerlei Formularen vorliegen¹⁸, sollen dem Zweck dienen, dem behandelnden Team mindestens Indizien für den Patientenwillen zu geben. Auch wenn es zutrifft, dass solche Aussagen, die zeitlich vor der eingetroffenen Situation gemacht wurden, immer auch noch interpretiert werden müssen, so dürfte auf der Hand liegen, dass solche Dokumente eine *entlastende* Funktion für die Entscheidungsträger haben können. Mindestens jedoch kann die Diskussion um ein mögliches Patiententestament *heuristisch* dazu führen, den Willen des Patienten (dokumentiert oder nicht dokumentiert) in Erfahrung zu bringen. Denn letztlich geht es nicht um das Dokument an sich, sondern um die Willensäußerung des Patienten.

Dort, wo Krankenhäuser sich aktiv darum bemühen, den Willen des Patienten möglichst frühzeitig in Erfahrung zu bringen, wird diese Anstrengung ohne Zweifel von den Patienten und potentiellen Patienten als ein Zeichen gewertet, dass sie ernstgenommen werden¹⁹. Selbst wenn sich beim Versuch der Ermittlung des Patientenwillens herausstellen sollte, dass dieser es vorzieht, sich ganz in die Hände des Arztes und der Pflegenden zu begeben, wird sogar diese Aussage, wenn sie explizit getätigt wird, dazu beitragen, dass das pflegende Team sich nun sicher ist, dass es dem Willen des Patienten entspricht, wenn nach seinem Wohl bzw. in seinem Interesse gehandelt wird. Dies zu wissen und nicht nur zu vermuten stellt in der Regel bereits eine echte Entlastung für das pflegende Team dar. Es kann dann sicher sein, dass es nicht nur dazu berufen ist, dem Wohl des Patienten entsprechend oder dann in seinem Interesse zu handeln, sondern dass genau dies auch dem Willen des Patienten selber entspricht.

Dort, wo es tatsächlich zur Ausformulierung konkreter Patientenverfügungen kommt, wird man gut daran tun, den Ausstellern nahezu legen, eine *Vertrauensperson* ihrer Wahl zu bestimmen, die dann, wenn der Patient selber nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu aktualisieren, diese Aufgabe (rechtskräftig) für ihn übernehmen kann. Das Argument jedenfalls, dass

¹⁷ Wie dies Bert Gordijn und Norbert Steinkamp mit Recht vorgeschlagen haben: Entwicklung und Aufbau Klinischer Ethik-Komitees in den Krankenhäusern der Malteser Trägergesellschaft. Ein Werkstattbericht; in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 46. Jg, Heft 4, 305-310.

¹⁸ einige Beispiele für Patientenverfügungen: Christliche Patientenverfügung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Ärztekammer, Confédération Caritas Luxembourg asbl.

Patientenverfügungen ihre Aussagekraft einbüßen, weil sie unter Umständen zu einem Zeitpunkt verfasst wurden, da der Patient seine aktuelle Situation nicht voraussehen konnte, ist wenig stichhaltig, da es grundsätzlich auf *alle* Zukunftsaussagen und Versprechen zutrifft. Genau diese werden eben in der Regel für die Fälle gemacht, wo ansonsten Dritte erst erraten müssten, welche Grundausrichtung dem Willen des Patienten entspricht. Ohne Patientenverfügungen hier überschätzen zu wollen, soll doch ihr Sinn und ihr Zweck bestärkt und nicht abgeschwächt werden. Um ein Argument aus dem Bereich der "Lehre" anzuführen, sei darauf hingewiesen, dass die Bundesärztekammer in ihren Empfehlungen zur Therapiebegrenzung vorhandene Patientenverfügungen ausdrücklich als Hilfsmittel begrüßt ²⁰. Mehr als ein Hilfsmittel zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens des Patienten können sie in der Tat nicht sein - aber auch nicht weniger.

Es versteht sich von selbst, dass gute Bedingungen zur Entwicklung eines nachvollziehbaren ethischen Diskurses nicht akut, also im Ernstfall, erst geschaffen werden können. Wie in allen beruflichen und Lebensfragen wird es darauf ankommen, die Bedingungen frühzeitig zu schaffen, damit sie, wenn der Ernstfall tatsächlich einmal eintrifft, auch greifen.

Die ersten Anstrengungen, Ethik als reguläres Fach in die verschiedenen Ausbildungen zu integrieren, dürfte bei den Ausbildungsinstanzen liegen. Die dort festgestellten Mängel sollten allerdings nicht zum Vorwand genommen werden, im Krankenhaus selber keine weiteren Anstrengungen zu unternehmen. Jedes mittelgroße Klinikum dürfte in der Lage sein, allein oder im Verbund mit anderen Krankenhäusern die Anliegen der Moral und der Ethik aufzugreifen und konkret im jeweiligen Krankenhaus zu implementieren ²¹. Das ethische Bewusstsein beginnt dort, wo man überhaupt moralische Fragen als Herausforderung nicht nur an den Einzelnen, sondern auch an die Institution erkennt und ernstnimmt.

¹⁹ Cf. U. Eibach, K. Schaefer: Autonomie von Patienten und Patientenwünsche. Ergebnisse einer Patientenbefragung. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997) 261.

²⁰ "Patientenverfügungen, auch Patiententestamente genannt, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muss stets geprüft werden ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, dass solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst. Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat untergeordnete Bedeutung." (BÄK 1998).

²¹ Schon kleine Schritte wie das Anlegen einer entsprechenden Dokumentation oder das Vermitteln bzw. Organisieren von ethisch relevanten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, werden von der Belegschaft erkannt und wahrgenommen.

Die pflegenden Teams werden die Anstrengung ihrer Träger und Direktorien zur Schaffung guter Rahmenbedingungen für ethische Problemlösungen zu schätzen wissen und so deuten, dass *ethische Klärung nicht als Problem, sondern als Lösungsstrategie* erkannt wird. Eine solche offene Ermutigung zum ethischen Diskurs als Bestandteil des klinischen Alltags wird die Mitarbeiter ermutigen, ihre moralischen Standpunkte angstfrei in die Entscheidungsfindung um gut und böse, richtig und falsch einzubringen.

Dort, wo Träger und Direktorien sich ihrer institutionellen Verantwortung entziehen, bleibt auf der einzelnen Station immer noch genügend Raum und Zeit, der Ethik einen Platz in den Teambesprechungen einzuräumen. Ich hoffe, mit diesem Beitrag nicht nur die Notwendigkeit, sondern auch die Sinnhaftigkeit ethischer Aktivitäten im Rahmen der Suche nach richtigen Behandlungsalternativen aufgezeigt zu haben, und Sie ermutigt zu haben, ethische und moralische Fragen nicht an Dritte zu delegieren, sondern sich als verantwortliche Akteure und Akteurinnen in den notwendigen Diskurs um die jeweilige Behandlung einzubringen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Erny Gillen

Ulm, den 3. März 2001