

# SWR2 Glauben

## LEBEN UM JEDEN PREIS

WIE PFLEGEKRÄFTE UND MEDIZINER MIT DEM MEDIZINISCHEN  
FORTSCHRITT UMGEHEN  
VON SABINE BRÜTTING

SENDUNG 3.2.2019 / 12.05 UHR

Redaktion Religion, Migration und Gesellschaft

**Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR

SWR2 Glauben können Sie auch als Live-Stream hören im SWR2 Webradio unter [www.swr2.de](http://www.swr2.de) oder als Podcast nachhören:

<http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/glauben.xml>

**Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?**

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen.

Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert.

Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder [swr2.de](http://swr2.de)

O-Ton 1:

Der Opa war im Heim, er war zuerst in einer Gruppe, wo er noch recht lebendig war, hat aber dann zunehmend abgebaut und ist dann in eine Gruppe versetzt worden, in der sehr viele Leute dement waren und da gings mit ihm auch so allmählich abwärts. Es ist immer schwieriger geworden, sich mit ihm zu unterhalten. Er hat gelächelt, hat einen angeschaut und das hat so ausgeschaut wie wenn es heißen würde: Es ist alles gesagt, was gesagt werden musste, mehr muss man nicht mehr sagen.

Sprecherin

Der Opa, von dem hier die Rede ist, ist mein Opa. Heinrich Brütting, 1919 geboren, 2009 gestorben. Zwischendrin ein Leben als Soldat im zweiten Weltkrieg, als Vater von vier Kindern, als Schulrektor und natürlich: als mein Opa. Der Opa mit den Zigarillos, deren Geruch ich als Kind so gern mochte. Der Opa, bei dem ich in der Küche schon vor dem Kuchen die Sahne essen durfte. Der bei jedem Besuch mit mir am Weiher um die Ecke Enten gefüttert hat. Der Opa, der meine Oma gepflegt hat. Und der in den letzten Jahren immer häufiger selbst auf Hilfe und dann auf Pflege angewiesen war. Den größten Teil davon hat mein Vater übernommen. Er ist es, der hier über den letzten Krankenhausaufenthalt meines Opas erzählt:

O-Ton 2:

Und im Klinikum wars dann so, dass er die Nahrungsaufnahme weiter verweigert hat und irgendwann kam ein relativ junger Arzt zu mir und der Arzt hat mich gefragt, ob man ne Magensonde legen soll und ich hab da überlegt ne ganze Weile und hab überlegt, ob das im Sinn meines Vater wäre und hab eigentlich gedacht: Nein, das würde er nicht wollen, aber dann kam eben die entscheidende Frage des Arztes: Wollen Sie Ihren Vater verhungern lassen?

Sprecherin:

Entmündigt sei er sich vorgekommen, sagt mein Vater. Und in dieser Extremsituation auch überfordert. Ein Vermittler zwischen dem Arzt und meinem Vater hat hier einfach gefehlt. Gerda Weise, Fachkrankenschwester für Intensivpflege kennt diese Ausnahmesituationen gut. Sie arbeitet am Uniklinikum Tübingen auf der neurologischen Intensivstation. Sie pflegt Menschen mit Schlaganfällen oder auch mit Demenz oder Parkinson. Oft sind sie verwirrt und können Ihre Wünsche nicht mehr äußern. Ihre Kolleginnen und Kollegen leisten Schwerstarbeit – häufig am Ende eines Menschenlebens. Sie sagt: Ärzte und Ärztinnen haben oft einen anderen Blick als Pfleger oder Angehörige:

### O-Ton3

Sie haben eben gelernt, Menschen zu retten oder zu heilen und haben dann eben ihre Therapie-Optionen und da iss es dann schwer, zu sehen oder anzuerkennen, dass da gar nichts mehr möglich ist oder dass der Patient oder die Patientin gar nicht mehr davon profitiert von dieser therapeutischen Maßnahme.

### Sprecherin

Das liege auch daran, dass die Ärzte viele weniger Zeit „am Bett“ verbrächten als das Pflegepersonal. Und weil Zeit im Krankenhaus ein kostbares Gut ist und noch viele weitere Patienten warten, missglückt die Kommunikation mit Angehörigen – so wie mit meinem Vater. Er hat der Magensonde für meinen Opa schließlich zugestimmt:

### O-Ton 4

Das hat mich in eine schwierige Situation gebracht, denn: Wer will seinen Vater verhungern lassen? Niemand!

### Sprecherin:

Mein Opa wurde dann mit einer Magensonde zurück ins Heim verlegt. Ein halbes Jahr hat er noch im Heim verbracht – still und bettlägerig. Dann ist er an einer Lungenentzündung gestorben:

### O-Ton 5

Die Entscheidung, ob die Magensonde jetzt was gebracht hat, dieses halbe, dreiviertel Jahr, ob das jetzt noch Leben war oder Dahinvegetieren, die geht mir heute noch nach. Das habe ich bis heute nicht entscheiden können – wars richtig oder wars falsch, was ich da gemacht habe.

### Sprecherin:

Solche Behandlungen seien auch für das Pflegepersonal häufig eine große Herausforderung, sagt Gerda Weise. Im Gespräch mit den Ärzten wird dann auch die Sinnfrage gestellt:

## O-Ton 6

Wenn man dann Patienten hat, wo wir dann das Gefühl haben: Ja, wir können sie jetzt mit so ner Therapie vielleicht noch ein paar Tage am Leben erhalten, aber es ist keine Lebensqualität mehr – das ist natürlich auch sehr subjektiv, die Aussage von Lebensqualität -, aber es wird am Ende doch mit dem Tod enden, dann ist das schon oft sehr schwer, dann fragen wir schon manchmal: Muss jetzt diese Therapie jetzt denn wirklich noch sein? Habt Ihr Euch das gut überlegt?

Sprecherin:

Wenn es gar nicht mehr weitergeht zwischen Ärzten, Angehörigen und Pflegenden gibt es am Uniklinikum Tübingen das Ethikkomitee. 2004 wurde es gegründet, seit 2017 ist Robert Ranisch der Geschäftsführer. Er koordiniert auch die Ethikberatungen, die das Komitee anbietet. Zwischen 20 und 35 Beratungen pro Jahr werden am Uniklinikum Tübingen durchgeführt. Jeder kann sie anfordern: Ärzte, Pflegepersonal und natürlich auch die Angehörigen:

## O-Ton 7

Die Ethikberatungen, die bei uns im Klinikum stattfinden – das ist wichtig zu verstehen – passieren immer auf Anfrage. Das heißt, das Ethikkomitee bekommt seitens der Stationen, auf denen ein Problem vorliegt, einen Anruf und wir haben dafür eine eigene Arbeitsgruppe. Diese Arbeitsgruppe ist zusammengesetzt aus Personen, die die einzelnen Fachbereiche vertreten, aber auch durch Seelsorger oder auch EthikexpertInnen. Vor Ort versuchen wir dann gemeinsam mit dem Team auf Station die einzelnen ethischen Fragen zu identifizieren und dort zu besprechen.

Sprecherin:

Da die Zeit meist drängt, wenn die Beratung angefordert wird, sind Ranisch und seine Kollegen häufig schon 24 Stunden nach dem ersten Gespräch vor Ort auf der Station. Dort holen sie alle an einen Tisch: Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger. Eine logistische Herausforderung im Krankenhausalltag:

## O-Ton 8

Tatsächlich ist das gar nicht so einfach, denn in der Regel gibt es keine größeren Besprechungsräume auf den einzelnen Stationen, das heißt, mitunter trifft man sich dann in der Teeküche, was der Sache aber keinen Abbruch tut.

Was an dem Ethikkomitee in Tübingen besonders ist, das hier die ethische Entscheidungsfindung, dass die nicht innerhalb des Gremiums passiert, sondern dass wir versuchen, vor Ort auf Station zu gehen und dort gemeinsam mit dem Team in einem moderierten Verfahren die Antworten zu finden auf die

entsprechenden Fragen oder Herausforderungen, die an uns herangetragen wurden.

Sprecherin:

Moderiertes Verfahren heißt, dass bei diesen etwa einstündigen Treffen ein bestimmter Ablauf für das Gespräch festgelegt ist. Er orientiert sich an den so genannten vier Medizinethischen Prinzipien. Das Modell hat Georg Marckmann entwickelt, Professor für Medizinethik an der Ludwig-Maximilians-Universität München:

O-Ton 9

Das sind Prinzipien, die auch eine lange Geschichte haben, denn die ersten beiden Prinzipien – die Prinzipien des Nutzens und Nichtschadens, die findet man schon im so genannten hippokratischen Eid. Diese beiden Verpflichtungen beinhalten Folgendes: Zum einen sollte sich der Arzt bestmöglich darum kümmern, dass Wohlergehen des Patienten zu fördern und dabei sollte er dem Patienten möglichst wenig schaden. Das dritte Prinzip ist das Prinzip die Selbstbestimmung, die Autonomie des Patienten zu achten. Und diese drei Prinzipien, die sich auf den einzelnen Patienten beziehen, werden durch ein viertes Prinzip ergänzt, nämlich das der Gerechtigkeit. Das blickt über den einzelnen Patienten hinaus und verpflichtet Ärztinnen und Ärzte dazu, die Bedürfnisse unterschiedlicher Patienten gleichermaßen gerecht im Blick zu behalten und gleichzeitig auch einen vernünftigen Umgang mit begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen.  
Sprecherin:

Gerda Weise, Fachkrankenschwester für Intensivpflege, hat mit der Ethikberatung gute Erfahrungen gemacht. Schon mehrfach haben sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen die Berater auf die neurologische Intensivstation im Uniklinikum Tübingen geholt. Dabei ist es für sie aber absolut notwendig, dass das im Einverständnis mit den Ärzten geschieht:

O-Ton 10

Also, es war schon gewinnbringend für das ganze Team. Es wird dann oft die Runde gemacht, wenn diese Therapieoptionen erzählt wurden und dann darf einfach jeder, welches Problem er oder sie mit dieser Situation sieht oder was überfordert. Das fängt ja manchmal bei ganz kleinen Dingen an: Ich muss immer wieder die Magensonde legen, ich sehe aber, der Patient möchte das gar nicht, aber letztendlich kann ich es gar nicht entscheiden, weil er eben verwirrt ist und ihn vielleicht einfach nur dieses Pflaster stört an der Nase. Das ist ne sehr schwierige Situation. Dann versuchen wir natürlich auch untereinander zu wechseln, dass jemand Anderes betreut und da wieder etwas Distanz dazu hat.

Sprecherin:

In dem Krankenhaus, in dem mein Opa behandelt wurde, gab es 2009 noch keine Ethikberatung. Mein Vater hätte eine solche Beratung wohl als hilfreich empfunden. Immerhin wäre es so möglich gewesen, die Wünsche meines Opas vorzubringen:

O-Ton 11

Der Opa hat dazu, als er noch ganz fit war, immer gesagt: Naja, lebensverlängernde Maßnahmen, das würde ich nicht wollen. Aber das hat er mit 75 gesagt und nicht mit 90. Und das ist dann eben die Frage: Was meint er tatsächlich in der konkreten Situation? Würde er da auch noch sagen: Nein, das will ich nicht?

Sprecherin:

Diese Äußerungen meines Opas gehören im Modell von Georg Marckmann zum dritten medizinethischen Prinzip: Der Patientenautonomie. Aber damit ist es nicht getan. Die Situation des Patienten muss möglichst genau beschrieben werden, sagt der Medizinethiker Marckmann:

O-Ton 12

Wir sammeln die Informationen, die es über den Patienten gibt. Das sind Symptome, Befunde, die Anamnese des Patienten bis hin zur Diagnose. Dann haben wir das Problem des Patienten beschrieben und überlegen uns jetzt: Was gibt es denn für Problemlösungsmöglichkeiten, denn wir wollen dem Patienten ja helfen. Das heißt, wir überlegen uns: Was gibt es denn für Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungsstrategien, die man dem Patienten anbieten kann? Und für jede dieser Behandlungsmöglichkeiten überlegen wir uns sehr genau: Was ist denn der zu erwartende weitere Behandlungsverlauf?

Sprecherin:

Als nächstes müssen alle Möglichkeiten bewertet werden: Soll die Behandlung weitergehen? Macht das medizinisch Sinn? Und was will der Patient oder seine Angehörigen? Dafür dienen die medizinethischen Prinzipien als Grundlage:

O-Ton 13

Hierbei starten wir mit der Wohlergehensperspektive. Das heißt, wir fragen uns: Welche der Behandlungsoptionen ist aus unserer Sicht für den Patienten die Beste. Die zweite Bewertungsperspektive ist dann die Autonomieperspektive, das heißt, wir fragen uns: Welche der verfügbaren Handlungsoptionen bevorzugt der Patient nach entsprechender Aufklärung. Und die dritte Bewertungsperspektive ist dann

die Perspektive der Gerechtigkeit. Da fragen wir uns: Gibt es Bedürfnisse anderer beteiligter Personen, die in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sind. Das sind in der ersten Linie die Angehörigen und in zweiter Linie dann auch andere betroffene Patienten, die beispielsweise auf ein knappes Intensivbett warten bis hin dann zu Fragen der Inanspruchnahme von begrenzt verfügbaren Ressourcen, wobei das im Einzelfall eigentlich keine Rolle spielt.

(Schwarzwaldklinik Titelmelodie)

Sprecher: Auch in der Schwarzwaldklinik bei Professor Brinkmann haben die medizinethischen Prinzipien schon in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts eine Rolle gespielt:

Prof Brinkmann: Nehmen Sie Platz, bitte!

Frau Metzner: Danke! Es ist Dein Vater!

Herr Metzner: Aber Du wolltest doch...

Prof. Brinkmann: Ich nehme an, es handelt sich um die Operation Ihres Vaters?

Frau Metzner: Ja.

Prof. Brinkmann: Ja, Dr. Römer und ich sind noch zu keinem Ergebnis gekommen. Eine Gefäßtransplantation in diesem Alter ist nicht ganz risikolos.

Frau Metzner: Ja, darum geht es uns im Augenblick gar nicht. Wir wollten fragen...wir wollten fragen, welchen Sinn das alles überhaupt noch hat.

Prof. Brinkmann: Welchen Sinn?!?

Frau Metzner: Ja. Ja, heute geht es ihm ja gut. Und morgen vielleicht auch noch. Aber übermorgen muss er wieder auf die Intensivstation, wird an Schläuche und Apparate angeschlossen, ist mehr tot als lebendig und das geht nun schon seit zwei Jahren so! Rein in die Klinik, wieder raus. Ist denn das nun barmherzig?

Prof. Brinkmann: Barmherzig?

~~Herr Metzner: Ja, meine Frau meint~~, ob all diese Maßnahmen das Leiden nicht nur verlängern.

Prof. Brinkmann: Ich weiß nicht, worauf Sie hinauswollen, Herr Metzner. Ihr Vater ist ein schwer kranker Mann. An eine hundertprozentige Wiederherstellung seiner Gesundheit ist nicht zu denken. Insofern wird durch unsere Behandlung natürlich nicht nur das Leben, sondern auch das Leiden verlängert. Aber dieses Leiden ist zumutbar und wird von den Patienten auch als zumutbar empfunden.

Frau Metzner: Naja. Sie haben es ja nicht, dieses Leiden. Sie halten vielleicht nicht viel von dem Recht des Menschen auf einen würdigen Tod. Sie erliegen vielleicht der Faszination des technisch Machbaren.

Prof. Brinkmann: Mir ist nicht bekannt, Frau Metzner, dass Ihr Schwiegervater einen Behandlungsabbruch gefordert hätte. Er zeigt zum Beispiel auch keinerlei Unwillen, ans Dialysegerät angeschlossen zu werden. Und das technisch Machbare interessiert mich nur, wenn es den Menschen hilft. Aber ich glaube, Sie haben wenig Ahnung von der Gerätemedizin, nicht?

Frau Metzner: Oh doch. Ich weiß zum Beispiel, was es kostet.

-----  
Prof. Brinkmann: Sie oder Ihren Schwiegervater?

Herr Metzner: Sehen Sie, Herr Professor, wir sind in einer wirtschaftlich sehr schwierigen Lage...

Prof. Brinkmann: So. Und darum soll ich die Intensivbehandlung einstellen? Das Beatmungsgerät abkoppeln, weil Ihr Laden schlecht geht? Kommen Sie! Gehen wir zusammen zu Ihrem Vater. Sagen Sie ihm, dass Sie pleitegehen, wenn er sich nicht endlich entschließt zu sterben....Ihr Vater, Herr Metzner, möchte nicht sterben!

Sprecherin:

Selbst wenn es die Ethikberatung schafft, die Möglichkeiten so klar herauszuarbeiten wie Professor Brinkmann in der Schwarzwaldklinik, fällt es vielen Angehörigen sehr schwer, eine Entscheidung zu treffen, sagt Seelsorgerin Ingrid Wöhrle-Ziegler vom Diakonie-Klinikum in Stuttgart:

O-Ton 14

Das braucht einfach Zeit. Und deshalb habe ich es eigentlich auch noch nie erlebt, dass bei der Frage nach Therapiebegrenzung das von heute auf Morgen gemacht wird. Man wartet da ein bisschen ab: Wie entwickelt sich der Zustand? Und dann macht man eher den Schritt, also jetzt nicht so: Maschinen abschalten, so wie man sich das häufig vorstellt, sondern eher bei Verschlechterung nicht noch mehr. Einfrieren nennen die Intensivmediziner das.

Sprecherin:

Einfrieren bedeutet dann, dass die Ärzte nicht um jeden Preis versuchen, das Leben des Patienten zu verlängern. Hier kommt dann häufig die Palliativmedizin ins Spiel, die nicht mehr die Krankheit eines Patienten behandelt, sondern versucht, seine Schmerzen abzumildern und die verbleibende Lebenszeit so angenehm wie möglich zu gestalten. Auch diese Entscheidung kann am Ende einer Ethikberatung stehen.

Damit auch die Intensivmediziner nicht alleine entscheiden müssen, wie sie ihren Patienten am besten helfen können, gibt es am Diakonie-Klinikum in Stuttgart einmal in der Woche eine Ethik-Visite auf der Intensivstation. Palliativmediziner Rudolf Mück führt sie durch:



## O-Ton 15

Der Grund war, dass sehr häufig ethische Probleme auf der Intensivstation entstanden sind und von dort die Anfragen kamen und wir dachten: Prophylaxe ist besser als hinterher und da geh als ich, als ehemaliger Oberarzt und Frau Wöhrle-Ziegler hin und wir fragen dann die Ärzte, die inzwischen schon wissen, dass wir kommen: Was habt Ihr für Patienten, was haben die für Diagnosen? Was könnten da für ethische Probleme entstehen? Oder auch juristische Probleme: Also gibt's ne Patientenverfügung, habt Ihr da nachgefragt, gibt's eine Vollmacht, gibt's Bevollmächtigte oder muss man ne Betreuung einrichten, was ist denn der Wunsch des Patienten, will der denn wirklich beatmet werden? Will der wiederbelebt werden und so weiter.

Sprecherin:

Das Angebot der Ethikberatung müsse vor allem niedrigschwellig sein, sagt Wöhrle-Ziegler. Am Diakonie-Klinikum habe man in den ersten Jahren gemerkt, dass es beispielsweise keinen Sinn macht, bei jeder Anfrage das gesamte Ethikkomitee zusammenkommen zu lassen – der organisatorische Aufwand ist dafür einfach zu groß. Heute sind es oft kleine Teams von vielleicht zwei oder drei Mitgliedern des Komitees, die die Beratungen durchführen.

Und die Beratung ist am Diakonie-Klinikum stark in den Klinikalltag integriert. Sie kann von jeder Station im Rahmen eines so genannten Konsils angefordert werden. Konsil kann man mit „Beratung“ übersetzen: Wenn auf einer Station der Rat eines anderen Arztes oder Therapeuten gefragt ist, wird dieser Rat mit einem so genannten „Konsil“ angefordert. Genau das geht am Diakonie-Klinikum auch mit der Ethikberatung. Und das ist gut so, sagt Ingrid Wöhrle-Zielger, denn es ist wichtig, den Austausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen auf einer Station zu fördern:

## O-Ton 16

Zum modernen Gesundheitsbetrieb gehört auch dieses arbeitsteilige. Und da geht doch manche Information auch verloren. Und wenn dann eine Schwester sagen kann, diese Ehefrau hat zu mir gesagt, er hätte niemals gewollt, dass man ihn reanimiert, dann ist das eine wichtige Information, die jetzt so im Normalen gar nicht abgefragt wird. Weil jeder, der da reinkommt sehr fokussiert ist auf sein Thema.

Atmo Kinderklinik – Notfalltelefon, alle rennen zum Kreißsaal

Sprecherin:

Ethische Fragen gibt es im Klinikalltag aber nicht nur bei den hoch betagten Patienten am Ende eines Lebens. Es gibt sie auch dort, wo das Leben beginnt: Im Kreißsaal. In der Kinderklinik in Böblingen kommen jedes Jahr rund 2800 Kinder zur Welt. Doch nicht alle kommen zum perfekten Zeitpunkt nach 40 Wochen Schwangerschaft auf die Welt. Manche werden früher geboren, nach nur 23 oder 24 Wochen Schwangerschaft – nicht mehr als eine Handvoll Mensch. Mediziner und vor allem die Eltern stehen auch hier vor großen Entscheidungen. Und trotzdem sind die Entscheidungen ganz Andere als am Ende eines Lebens, sagt Lutz Feldhahn, Chefarzt der Kinderklinik:

#### O-Ton 17

Hier ist die Situation: Kind hat eine Grunderkrankung XY. Und die ist auch lebenslimitierend. Und dann kommen wir in eine Situation, in der das Kind richtig schlecht geworden ist. So. Was wollen wir jetzt? Was wollen die Eltern? Komplette Reanimation. Aber dann muss man immer so ein bisschen gucken: Was heißt denn komplette Reanimation? Was tun wir denn dem Kind eigentlich damit an? Und das muss man dann auch immer ein bisschen individuell handhaben.

#### Sprecherin:

Bei Neugeborenen, die ihr ganzes Leben noch vor sich haben, wollen die Eltern immer, dass alles versucht wird, um ihr Kind zu retten, sagt Feldhahn. Bei Kindern, die gerade einmal 500 Gramm auf die Waage bringen, ist das natürlich viel schwieriger als bei gesunden Neugeborenen. Denn Alles an Frühgeborenen ist unfertig: Die Lunge arbeitet oft noch nicht richtig. Die Verdauung streikt. Häufig kommt es wenige Tage nach der frühen Geburt zu Hirnblutungen. Das, was häufig etwas abfällig als „Apparate-Medizin“ bezeichnet wird, rettet auf der neonatologischen Intensivstation in Böblingen jedes Jahr Leben:

#### O-Ton 18

Früher gab es keine Überwachung. Es gab keine Beatmungsgeräte. Was hat man gemacht? Die Schwester hat beatmet. Schichtweise, ja? Daher kommen wir. Und heutzutage gibt ja ne ganze Armada von Unterstützungsmöglichkeiten für die wir auch sehr dankbar sind und dann auch die Kinder dementsprechend noch individueller unterstützen können. Also das ist dann schon eine Form der Beatmung, aber die atmen selber komplett und haben halt kein Schläuchle im Rachen, sondern höchstens in der Nase oder so ne Maske drüber. Das finden wir schon nen Fortschritt. Aber teilweise brauchen die Kinder das wochenlang. Aber ohne gings nicht. Ohne wäre kein Überleben möglich.

#### Sprecherin:

Doch auch wenn die Maschinen tadellos arbeiten, gibt es immer wieder Komplikationen. Schon ein kleiner Infekt kann ein Frühchen komplett aus der Bahn werfen. Wenn ein Kind stirbt, brauchen die Eltern unbedingt die Unterstützung eines professionellen Teams, sagt Feldhahn:  
O-Ton 19

Dann wird das Kind versorgt, mit einem der Elternteile oder mit beiden, es wird gewaschen, es wird angezogen, wir machen auch Bilder, das ist ganz, ganz wichtig und dann haben die Eltern so lange Zeit, sich von dem Kind zu verabschieden wie sie brauchen. Erstmal in dem Zimmer und nach einer gewissen Zeit geht man mit dem Kind in unseren Abschiedsraum, wo man auch nochmal kommen und gehen kann, wie man will, auch am nächsten Tag noch. Und dann gucken wir, wer muss von der Familie alles informiert werden, das findet dann auch alles statt.

Sprecherin:

Es ist eine medizinische und emotionale Gratwanderung, immer mit dem Ziel vor Augen, dass das Kind doch so gut wie möglich ins Leben starten kann. So gut wie möglich umfasst bei extremen Frühchen aber auch chronische Erkrankungen und eventuell auch Behinderungen. Das können leichtere Einschränkungen wie Lernschwierigkeiten sein, aber auch schwere körperliche oder geistige Behinderungen. Für Feldhahn ist das kein Grund, nicht alles für die Kleinsten der Kleinen zu versuchen:

O-Ton 20

Was ist ein lebenswertes Leben? Was wollen wir denn erreichen? Wir wollen, dass die Kinder gesund sind. Aber auch wenn das nicht klappt: Ist das schlimm? Für wen ist das schlimm? Für das Kind? Hat das weniger Lebensqualität? Wer misst das denn? Die Mama? Die Eltern? Ich als Arzt? Ein Richter?

Schwarzwaldklinik Szene 2:

Frau Metzner: Da ist er. Frag ihn doch gleich mal.

Herr Metzner: Wie soll ich denn das machen?

Frau Metzner: Komm schon!

Dr. Römer: Na? Ihrem Vater geht's heute gut, was?

Herr Metzner: Ja, und das ist sehr erfreulich.

Frau Metzner: Ja, und trotzdem würde mein Mann Sie so gerne etwas fragen. Dr. Römer: Ja?

Herr Metzner druckst herum.

Dr. Römer: Ja iss es denn so schwierig?

Herr Metzner: Naja, da unsereins von Medizin ja nicht so viel versteht...ja die Frage ist einfach: Wie lange macht er's denn noch?

Dr. Römer: Herr Metzner, Ihr Vater ist 75 Jahre alt. Er leidet an starken Durchblutungsstörungen. Die Niere arbeitet nur noch sporadisch und der Diabetes ist nur noch schwer in den Griff zu bekommen. Wissen Sie, es ist einer jener Fälle, wo es gewissermaßen morgen zu Ende sein kann. Aber mit etwas Glück auch erst in ein paar Jahren.

Frau Metzner: Glück nennen Sie das?

Dr. Römer: Bitte?

Frau Metzner: Aber das ist doch auch eine Qual für ihn!

Dr. Römer: Frau Metzner, ich könnte Ihnen zwei Patienten zeigen, für die es eine Qual ist. Aber Ihr Vater empfindet ja durchaus noch Lebensfreude. Und wissen Sie: Lebensfreude kann einem Patienten sehr viel mehr Kräfte geben als alle unsere Medikamente.

Sprecherin: -----

Es ist kein Wunder, dass das Thema Ethik in der Medizin schon in der Schwarzwaldklinik Mitte der 80er Jahre ein Thema war. In Deutschland wurde 1986 die Akademie für Ethik in der Medizin gegründet. Die Akademie bietet beispielsweise die Weiterbildung zum Ethikberater/Ethikberaterin an. Ihr Präsident ist Georg Marckmann, der auch seinen Medizin-Studenten das Thema Ethik in der Medizin an der Uni näherbringen will. Nach anfänglicher Skepsis sei das Interesse bei den allermeisten Studierenden groß, sagt er:

O-Ton 21:

Wir kriegen tatsächlich häufig die Rückmeldung, dass das, was wir dort versuchen, zu vermitteln, die Kompetenzen, die wir mit ihnen schulen, dass das etwas ist, von dem sie erwarten, dass das später in ihrem Alltag doch einen großen Nutzen hat. Vielleicht sogar ein bisschen wider Erwarten, da man ja bei Ethik dann doch gerne an die Philosophie denkt, an Kant, Aristoteles, und eher schwer verständliche, praxisferne Texte. Und wenn wir dann aber sehr anwendungsnahe Dinge machen, die viel mit der Lebenswirklichkeit, mit der Handlungswirklichkeit von Ärzten zu tun haben, dann ist die Überraschung doch immer sehr groß und die Rückmeldungen sind sehr positiv.

Sprecherin:

Der Arzt, der vor 10 Jahren meinen Vater gefragt hat, ob er meinen Opa verhungern lassen wolle, hat mittlerweile vielleicht auch schon mal Kontakt mit einer Ethikberatung gehabt. Denn immer mehr Kliniken in Deutschland haben eine solche Beratung oder sind gerade dabei, eine einzurichten. Die Patienten, die davon profitieren könnten, werden in den nächsten Jahren sicher nicht weniger werden. Auch wenn die Situation mit meinem Opa damals ziemlich schlecht verlaufen ist und ihm durch die künstliche Ernährung weitere 6 Monate Leben aufgezwungen wurden: Mein Vater möchte auch das letzte halbe Jahr nicht missen:

O-Ton 22

Man behält ja meistens die positiven Sachen in Erinnerung und selbst wenn er im Bett gelegen ist und nicht mehr geantwortet hat, bloß wenn er geschaut hat, das ist ja schon auch ne Lebensäußerung, die man da in der Situation als positiv empfindet.

---