

Bischof Prof. Dr. Martin Hein, Kassel

Intensivmedizin bei begrenzten Ressourcen – eine ethische Herausforderung

Medizin-ethisches Gespräch, Diakoniekliniken Kassel, 20. Januar 2010.

I. Vorbemerkung: Christliche Ethik als Entscheidungshilfe

Welche Orientierung können Sie angesichts dieser komplexen Fragestellung von den Kirchen erwarten? Sofern Ethik die Frage nach dem „guten“, d.h. sachgemäßen menschlichen Handeln und Verhalten zu beantworten sucht, kann es bei „christlicher Ethik“ nicht um den (gruppenbezogenen) Spezialfall einer Ethik ausschließlich für Christen gehen. Die Bestimmung „christlich“ benennt vielmehr die eigenen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen ethischer Reflexion, hält aber den Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit gleichwohl aufrecht.

Eine christlich begründete Ethik geht in den Fragen, die das Leben betreffen, vom Gedanken der Schöpfung aus: Gott ist der *Schöpfer* des Lebens. Dieser Gedanke steht nicht im Gegensatz zu dem, was etwa die Biologie über die Entstehung des Lebens, die Entwicklung der verschiedenen Arten und hier besonders des Menschen erforscht hat. Aber Leben bleibt trotz allem ein Wunder – christlich gedeutet: Es ist ein Akt der liebenden Zuwendung Gottes zu dieser Welt. Menschliches Leben ist ein Geschenk, das unserer Verfügung entzogen ist. Als „Geschöpfe Gottes“ sind wir stets endlich! Das Sterben gehört von Anfang an zu unserem Leben dazu.

Zugleich eröffnet der Gedanke der Geschöpflichkeit von uns Menschen einen weiten Horizont, der in der Sprache der Bibel mit „Ebenbild Gottes“ ausgedrückt wird. Daraus leiten sich zwei für eine christlich begründete Ethik fundamentale Aspekte ab:

- Zum einen folgt aus der „Ebenbildlichkeit Gottes“ die prinzipielle *Würde* jedes einzelnen Menschen – und damit auch sein Lebensrecht. Weitere Maßstäbe zur Beurteilung eines „Wertes“ von menschlichem Leben lehnt der christliche Glaube ab. Die Unterscheidung von wertvollem und weniger wertvollem, gar unwertem Leben verbietet sich. Nichts kann der mit dem Menschsein gegebenen Menschenwürde etwas hinzufügen oder ihr etwas wegnehmen, auch keine Behinderung oder sons-

tige gesundheitliche Einschränkung. Jeder einzelnen Phase menschlichen Lebens kommt diese Würde zu.

- Zum anderen ergibt sich aus der Vorstellung der Ebenbildlichkeit der Gedanke der *Verantwortlichkeit* des Menschen gegenüber Gott, die seine Freiheit stets begrenzt – auch die Freiheit gegenüber sich selbst. Unbegrenzte menschliche Autonomie gibt es nach christlichem Verständnis nicht.

Beide Bestimmungen, Geschöpflichkeit wie Ebenbildlichkeit, sind also Relationsbestimmungen: Sie bezeichnen unsere Beziehung auf Gott hin.

Trotz dieser hohen Auszeichnung von uns Menschen hat eine christlich begründete Ethik ein sehr realistisches Menschenverständnis: Sie geht davon aus, dass wir Menschen mit Fehlern und Schwächen behaftet sind, die unser Verhältnis zu uns selbst, das Zusammenleben der Menschen untereinander und unser Verhalten gegenüber der Natur belasten. Das ist trotz aller Optimierungen und Entwicklungsmöglichkeiten durch Erziehung und Bildung eine bleibende Voraussetzung. Unser mögliches Scheitern, Versagen und unsere Begrenztheit müssen stets mitbedacht werden. Theologisch wird dies sachgemäß mit dem Begriff „Sünde“ umschrieben.

Deshalb ist für eine christlich begründete Ethik stets der Gedanke fundamental, dass wir von Gott angenommen sind, dass uns „vergeben“ wird und wir die Chance zu einem Neuanfang erhalten. Auch diese Perspektive muss im Zusammenhang ethischer Überlegungen stets verankert sein.

Charakteristisch für den Ansatz einer spezifisch *evangelischen* Ethik ist die Hochschätzung der Gewissensentscheidung als Kern einer ethischen Beurteilung. Dafür hat Martin Luther bahnbrechende Einsichten bereitgestellt: Für ihn ist das Gewissen nicht autonom, sondern – verstanden als Hören auf das Wort Gottes – Inbegriff der Gottesbeziehung selbst. Der Mensch *hat* nicht, sondern *ist* Gewissen!

Gewissensbildung beschreibt einen Wechselprozess von Vorgabe aus dem Wort Gottes und individueller, eigenverantworteter Aneignung. So wird das in Gottes Wort gebundene Gewissen befähigt, verantwortlich zu handeln. „Typisch evangelisch“ ist die Voraussetzung, dass uns niemand ein ethisches Urteil abnehmen kann und dass wir der Entscheidung, die wir im Gewissen für recht erkannten haben, unbedingt treu bleiben müssen. Gewissensentscheidungen können also sehr einsam machen!

II. Die Ambivalenz des medizinischen Fortschritts

Der Segen der modernen Intensivmedizin ist völlig unbestritten. Zahlreiche Erkrankungen und Verletzungen, die noch vor einer Generation unweigerlich zum Tode geführt hätten, können heute so behandelt werden, dass Menschen nicht nur eine Chance auf ein längeres Leben, sondern auf eine weitgehende oder gar vollständige Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben.

Gleichwohl bringt eben dieser medizinische Fortschritt auch ganz neue ethische Fragen und Probleme mit sich. Denn es ergeben sich Situationen, in denen sich die Frage stellt, ob eine lebensverlängernde Maßnahme noch sinnvoll und angemessen ist. Ich will Ihnen das an einem Beispiel verdeutlichen, das mehr Fragen aufwirft als beantwortet: Ich besuche regelmäßig die Kirchenkreise und Einrichtungen unserer Kirche. Beim Besuch in einer Schule für behinderte Kinder und Jugendliche wurde uns vor einigen Jahren als besondere Herausforderung geschildert, dass immer häufiger Schülerinnen und Schüler dieser Schule sterben und die Schule die notwendigen Trauerprozesse gestalten muss. Der Grund dafür – so der Schulleiter – lag in den Fortschritten der perinatalen und neonatalen Intensivmedizin. Es handelte sich dabei um Kinder, die nur dank intensivmedizinischer Bemühungen überhaupt überlebten und trotz ihrer schweren Behinderung das Schulalter erreicht hatten – gleichwohl aber keine Chance hatten, dieses Alter zu überleben.

Angesichts dieser Ambivalenz des medizinischen Fortschritts sind ganz unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen, die ich hier nur stichwortartig anreißen will:

- Birgt eine intensivmedizinische Versorgung wirkliche Heilungschancen? Oder wird das Sterben nur verlängert, ohne dass die Lebensqualität noch gesteigert werden kann?
- Wie verhält es sich mit den Wünschen und Wertvorstellungen des Patienten? Kennen ärztliches und pflegendes Personal diese Wünsche und Wertvorstellungen? Und wie verhalten sie sich zu den eigenen Wertvorstellungen? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Behandlung?
- Welche Rolle spielen die Angehörigen von schwer kranken Patientinnen und Patienten? Versuchen sie Druck auszuüben, damit „alles Mögliche gemacht“ wird, auch wenn diese aus ärztlicher Sicht nicht mehr sinnvoll ist? Oder wollen sie verhindern, dass ihre Angehörigen „an Schläuche und Maschinen angeschlossen“ werden, obwohl dies aus ärztlicher Perspektive eine notwendige

Maßnahme ist, die nicht nur Lebensverlängerung, sondern Genesung ermöglichen kann?

Die Kernfrage ist: Können wir zwischen dem medizinisch Machbaren einerseits und dem Sinnvollen andererseits klar unterscheiden? Und: Können wir diese Entscheidung den Betroffenen gegenüber vertreten und kommunizieren?

III. Rationierung in der Intensivmedizin: Zwischen ethisch-politischem Diskurs und Zwängen des Alltags

Die bislang genannten Fragen würden sich auch dann stellen, wenn es gewissermaßen unbegrenzte finanzielle und personelle Ressourcen für intensivmedizinische Behandlungen gäbe. Dem ist aber nicht so. Am vergangenen Wochenende berichteten die Nachrichtenagenturen von der Forderung des Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe, in eine politische Diskussion über die Rationierung von Gesundheitsleistungen einzutreten. Diese Forderung ist alles andere als neu. Ein kurzer Blick ins Internet zeigt zum Beispiel, dass Hoppe diese Forderung bereits 2008 bei der Eröffnung des Deutschen Ärztetages erhoben hat. Ethisch und politisch brisant wird die Nachricht aber durch den ergänzenden Hinweis, dass – allen politischen Beteuerungen zum Trotz – eine derartige Rationierung bereits „heimlich“ stattfinde.

Schon im Jahr 2006 – das erwähne ich ausdrücklich – hat die Theologische Kammer der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck auf den drohenden Konflikt hingewiesen: „Dieser Konflikt, der sich angesichts neuer Therapien und Heilsversprechen einerseits, angesichts steigender Kosten andererseits vermutlich zukünftig verschärfen wird, bedarf der öffentlichen, politisch verantworteten Diskussion und Regelung.“¹

Intensivmedizin ist in der Regel „Apparatemedizin“. Die teure Infrastruktur aber muss auch genutzt werden, um sich zu amortisieren. So entsteht die für Außenstehende kurios wirkende Tatsache, dass Intensivmedizin sich ökonomisch lohnt. Hier besteht Diskussionsbedarf mit den Trägern von Gesundheitseinrichtungen, um möglichen ökonomischen Zwängen zu intensivmedizinischen Behandlungen vorzubeugen.

¹ Hilfe im Sterben – Hilfe zum Leben. Menschenwürde am Lebensende, S. 27.

Die Frage der Kosten des Gesundheitswesens ist unbestritten einer der großen gesellschaftlichen Streitpunkte unserer Zeit. Die Fakten sind offensichtlich:

- Die neuen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie, die der medizinische Fortschritt mit sich bringt, kosten vielfach mehr Geld als bisherige Behandlungsmethoden oder aber die schlichte Tatsache, dass bislang für bestimmte Krankheitsbilder gar keine Behandlungsmethoden zur Verfügung standen.
- Gleichzeitig führt die steigende Lebenserwartung zu häufigeren und längeren Krankheitsphasen im Leben eines Menschen. Dies trägt dazu bei, dass – wie die Statistiker uns immer wieder vorrechnen – das letzte Lebensjahr eines Menschen auch sein teuerstes Lebensjahr ist.
- Schließlich ist der vielzitierte demographische Wandel ein wesentlicher Grund dafür, dass unser Sozialsystem an seine Grenzen gerät: Der Anteil der Beitragszahler am Gesamtanteil der Bevölkerung sinkt deutlich.
- Gleichzeitig ist die Bereitschaft der Bevölkerung, den größer werdenden finanziellen Bedarf des Gesundheitswesens durch weiter steigende Krankenkassenbeiträge zu finanzieren, durchaus begrenzt.

Da ist es eigentlich naheliegend, die Frage nach der Rationierung medizinischer und pflegerischer Leistungen zu stellen. In anderen Ländern gibt es solche Rationierungssysteme bereits.

Die politische Diskussion – wenn sie denn ehrlich geführt wird – muss die Alternativen klar aufzeigen:

- Entweder steigen die Kosten unseres Gesundheitssystems an, weil wir uns mehr leisten wollen. Schritte dazu hat es in der Vergangenheit bereits gegeben, wie die Einführung des Eigenanteils der Rentnerinnen und Rentner an der Kranken- und Pflegeversicherung zeigt.
- Oder aber wir entscheiden uns dafür, unsere Gesundheitskosten auf ein bestimmtes Niveau zu begrenzen und nehmen dafür in Kauf, dass in irgendeiner Art und Weise rationiert werden muss. Auch dazu hat es in der Vergangenheit Schritte gegeben, beispielsweise die Ausgliederung bestimmter Medikamente und Behandlungen aus den Kassenleistungen.

Über alle diese Dinge können und müssen wir angesichts der gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen offen diskutieren. Unhaltbar aber ist ein Zustand, in dem Entscheidungen getroffen werden, die intransparent sind. Wenn darüber spekuliert wird, wer aus welchem Grund diese oder jene Behandlung bekommt und wer nicht, dann hat das einen Vertrauensverlust zur Folge, der das Arzt-Patientenverhältnis nachhaltig schädigen wird.

Ich möchte mit Ihnen ins Gespräch darüber kommen, wie Sie in Situationen entscheiden, in denen Sie – in einem durchaus weiten Sinne des Begriffes – „rationieren“ müssen. Nach welchen Kriterien entscheiden Sie beispielsweise, wenn Sie dringend ein Intensivbett für einen neuen Patienten brauchen, aber dafür einen anderen Patienten früher als geplant von der Intensivstation auf eine Normalstation verlegen müssen?

IV. Zwischen dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe und „Leben um jeden Preis“

Bei der Frage nach den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen im allgemeinen und in der Intensivmedizin im besonderen geht es stets auch um unser Grundverständnis von Leben und Tod. Dieses Grundverständnis des Patienten, dessen Einwilligung jede Behandlung voraussetzt, oder seiner Angehörigen steht im Hintergrund, wenn Sie mit den unterschiedlichen Forderungen konfrontiert werden, entweder „alles, was irgend möglich ist, zu tun“ – oder aber Sterbehilfe zu leisten, mit anderen Worten: einen Patienten zu töten. Ich gehe davon aus, dass Ihnen in Ihrer ärztlichen und pflegerischen Praxis sowohl das eine wie das andere begegnet ist.

Es kann hier nicht darum gehen, diese ethisch schwierigen und kontrovers diskutierten Fragen unter ökonomischen Gesichtspunkten zu diskutieren. Dennoch will ich sie im Kontext des mir gestellten Themas wenigstens anschnitten, da sie nach meinem Erkenntnisstand in der Intensivmedizin eine Rolle spielen.

Für die christlichen Kirchen ist es alternativlos, die von bestimmten gesellschaftlichen Gruppen geforderte und in einigen unserer Nachbarländer praktizierte aktive Sterbehilfe abzulehnen. Die aktive Tötung eines Menschen oder den assistierten Suizid halte ich für ethisch auch dann nicht gerechtfertigt, wenn es keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt. Und nach allem, was ich über Palliativmedizin gelernt habe, kann auch das Argument unerträglichen Leidens kein Argument sein, das die Tötung eines Menschen rechtfertigt.

Theologisch formuliert: Unser Leben bleibt eine Gabe Gottes, die unserer Verfügung entzogen ist. Dieses Argument gegen die aktive Sterbehilfe muss aber auch von der anderen Seite her bedacht werden: Wenn das Leben eine unverfügbare Gabe Gottes ist, welche ethischen Grenzen gibt es dann im Blick auf das hinauszögernde Eingreifen in den Sterbeprozess eines todkranken Menschen?

Hier gilt es, das „Sterben lassen“ als eine ärztliche und pflegerische Handlungsoption in den Blick zu nehmen, den Fokus also auf das zu richten, was wir als „passive Sterbehilfe“ bezeichnen. Noch einmal: Ich argumentiere nicht in diese Richtung, weil ich hier Einsparpotentiale sehe. Aber ich plädiere dafür, diesen Aspekt gründlich zu bedenken, weil er unter Umständen dazu verhelfen kann, unnötige und überflüssige intensivmedizinische Behandlungen zu vermeiden, die letztlich nur noch Leiden verlängern, aber die Lebensqualität nicht mehr steigern. „Sterben lassen“ kann die Würde eines Menschen unter Umständen eher respektieren als eine weitere intensivmedizinische Behandlung.

Das „Sterben lassen“ als eine ärztliche und pflegerische Alternative einem Patienten anbieten zu können, setzt voraus, dass es ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten einerseits und den Behandelnden und Pflegenden andererseits gibt. Es setzt also idealerweise eine längere Patientenbeziehung voraus. Weil diese aber im klinischen Alltag häufig nicht gegeben ist, kann der Kontakt zum Hausarzt hilfreich sein. Das gilt insbesondere dann, wenn Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen werden, von denen anzunehmen ist, dass sie im Lauf ihrer Erkrankung erneut in eine lebensbedrohliche Situation kommen, in der sich die Frage nach einer wiederholten Krankenhauseinweisung oder gar Reanimation stellt.

Die Situation ist komplex, das gestehe ich unumwunden zu. Jeder Pfarrer und jede Pfarrerin kennt die Bitte alter und kranker Menschen, am Ende zu Hause bleiben zu dürfen und nicht mehr in die Klinik zu kommen. Dabei spielen – auch das sei zugestanden – auch manchmal irrationale Ängste vor „Schläuchen und Maschinen“ eine Rolle. Aber wenn es dann zu einer Akutsituation kommt, rufen viele Angehörige eben doch den Notarzt, der im Zweifelsfall den Versuch einer Reanimation unternimmt – und handeln damit dem erklärten Patientenwillen zuwider.

Noch einen letzten Aspekt will ich benennen: Offensichtlich ist es so, dass es für alle Beteiligten – Patienten, Angehörige, ärztliches und pflegendes Personal – deutlich schwieriger ist, eine begonnene intensivmedizinische Maßnahme wie die Beatmung

