

Das Wohl des Patienten und der Patientin im Mittelpunkt der Entscheidung: Patientinnen, Patienten und Angehörige brauchen Zeit für Gespräche

Nach wie vor kommen in Deutschland die meisten Menschen im Krankenhaus zur Welt und für jede/n zweite/n Bundesbürger*in geht das Leben in einem Krankenhaus zu Ende. Das Krankenhaus ist ein zentraler Ort des Lebens und des Sterbens; ein Ort der Heilung, Hoffnung und Freude ebenso wie tiefer Krisen, Bestürzung und Trauer.

Kirche ist durch ihre Krankenhauseelsorgerinnen und Krankenhauseelsorger in den Kliniken präsent und begleitet Patient*innen, Angehörige und Mitarbeitende in diesen Fragestellungen. Sie bemüht sich auch darum, dass Menschen anderen Glaubens kompetente Begleitung erfahren.

Im internationalen Vergleich ist die Versorgung in deutschen Krankenhäusern auf hohem Niveau und die diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebote sind beeindruckend. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Veränderung der Krankheitsbilder bereitet die allgemeine Kostenentwicklung und der zunehmende ökonomische Druck jedoch Sorge und es stellt sich zunehmend die Frage, nach welchen Kriterien sowohl auf der individuellen Ebene der Patientenversorgung, wie auch der institutionellen und der gesundheitspolitischen Ebene Entscheidungen getroffen werden.

Die Synode des Frankfurter Stadtdekanates und der Regionalversammlung unterstützt die Forderung des Deutschen Ethikrates vom April diesen Jahres (2016),¹ sowohl die konkreten Behandlungsentscheidungen, wie auch organisatorische und Investitionsentscheidungen in den Krankenhäusern am Patientenwohl auszurichten.

Gerade bei schweren Krankheitsverläufen und an den Grenzen zwischen Leben und Tod gilt es sehr sorgsam abzuwägen, welche Maßnahmen und Behandlungen dem Patienten/der Patientin (noch) gut tun und welche ihm/ihr schaden. So zählt es im Krankenhaus zu den schwierigsten ethischen Entscheidungen zu erkennen, wann der „richtige“ Zeitpunkt gekommen ist, um ein Therapieziel zu ändern und die ursprünglichen Bemühungen der Heilung bzw. des Lebenserhalts in palliative Maßnahmen zu ändern, bei der eine leidenslindernde Sterbebegleitung im Vordergrund steht. Diese Entscheidungen können nur individuell für jede/n einzelne/n Patient*in getroffen werden, wie es in der Frage von Christus an den Kranken zum Ausdruck kommt: "Was willst Du, dass ich Dir tue?" Eine kategorische Lebenserhaltung „um jeden Preis“, die von der Biografie und den Wertvorstellungen des Patienten/der Patientin absieht, wäre ein unmenschliches Ziel und theologisch nicht zu rechtfertigen. Zugleich dürfen die Selbstbestimmung und die Wahrnehmung der Rechte des Patienten/der Patientin nicht zu unangemessenen Forderungen führen, die die Mitarbeitenden des Krankenhauses unverhältnismäßig belasten. In der Kirchengeschichte gibt es bedenkenswerte Beispiele (z.B. Benediktinerregel), dass auch Patient*innen und ihre Angehörigen ethische Regeln im Umgang mit jenen einzuhalten haben, die sich um sie bemühen.

Ethische Fallbesprechung

Um dem Wohl und dem Willen des Patienten/der Patientin gerecht zu werden, bedarf es der Zeit für gemeinsame Besprechungen, um sich über die therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen ebenso zu verständigen wie über die Wünsche und Wertvorstellungen des Patienten/der Patientin. Ethische Fallbesprechungen, wie sie in verschiedenen Frankfurter Kliniken durchgeführt werden, sind weiter auszubauen. Da die Patientin/der Patient in schweren Krankheitsphasen häufig nicht ansprechbar ist bzw. keine kompetente Entscheidung treffen kann (etwa als bewusstlose/r und künstlich beatmete/r Patient*in auf der Intensivstation), muss in diesen Situationen ein/e rechtliche/r Stellvertreter*in in

¹ Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Berlin (verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>)

seinem/ihrer Namen sprechen. Da es – bei aller Tragik und Belastung in solchen Situationen – für alle Beteiligten entlastend ist, wenn ein (mutmaßlicher) Wille des Patienten/der Patientin vorliegt bzw. ermittelt werden kann, ermutigt die Synode die Mitglieder der Kirchengemeinden, mit den nahen Angehörigen schon in gesunden Tagen über diese Fragen zu sprechen. Bereits Martin Luther hat in seinem ›*Sermon von der Bereitung zum Sterben*‹ (1519) nachdenkenswert geschildert, dass die Endlichkeit des Lebens im Vertrauen auf Gottes Gnade nicht verleugnet werden muss und der Christ/die Christin sich in gesunden Tagen auf das Abschiednehmen von der Welt vorbereiten kann, wann immer dies auch kommen mag.

Auch wenn es nicht einfach ist, gerade mit den Personen, die einem emotional sehr nahe stehen, darüber zu sprechen, was getan werden soll, wenn durch Unfall oder schwere Erkrankung ein Zustand eintritt, in dem man nicht mehr selbst für sich sprechen kann, ist es letztlich entlastend für alle, d.h. auch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte, zu wissen, dass im Sinne des Patienten/der Patientin gehandelt wird. So zeugt es von Respekt gegenüber den Wertvorstellungen des Patienten/der Patientin, wenn im Krankenhaus grundsätzlich nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung gefragt wird.

Beratung zur Patientenverfügung

Ohne das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin bzw. den medizinischen Informationen über mögliche Krankheitsverläufe, ist eine detaillierte Patientenverfügung für den Laien in der Regel jedoch nicht zu erstellen. Die Synode begrüßt ausdrücklich Seminare und Aufklärungsangebote, in denen nicht allein die rechtlichen Fragen angesprochen werden, sondern die medizinischen und pflegerischen Aspekte erläutert werden, da dem Einzelnen nur durch eine verständliche Information und Aufklärung über bestimmte Krankheitssituationen eine selbstbestimmte Entscheidung überhaupt erst möglich wird.

Zeit für Gespräche und die heilende Kraft der Worte

Von vielen Seiten werden der zunehmende Zeitmangel und die damit verbundenen geringer werdenden Möglichkeiten einer angemessenen Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin und den Angehörigen beklagt. Die Zeit für Gespräche, für das Zuhören und Verstehen, das Anteilnehmen an der Lebensgeschichte, das wahrhaftige Erklären und die Vermittlung von Hoffnung, wird als (vergütete) Leistung zu wenig anerkannt. So hat auch unlängst die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Frau Prof. Dr. med. Gisela Schackert, „wieder mehr Zeit für das Gespräch mit den Patienten“ eingefordert.²

Die Kirche weiß um die lebensspendende Kraft der Worte und die Bedeutung des Gesprächs in schweren Krisen. Auch in der Wissenschaft ist bekannt, wie hilfreich und unterstützend Worte für Patienten und die Angehörigen sind. Durch Empathie und die angemessene Wortwahl können Heilungsprozesse in Gang gesetzt und unterstützt werden, - durch unpassende Formulierungen können selbst teure und aufwendige medizinische Eingriffe und pflegerische Bemühungen zunichte gemacht werden. Viele Medikamente wirken nicht in vollem Umfang, wenn die erklärenden Worte fehlen. Die Synode begrüßt die Rückbesinnung auf diese Ur-Kompetenz der therapeutischen Berufe und wünscht sich eine Stärkung der „sprechenden Medizin“. Eine solche sprechende Medizin stellt jedoch die ökonomischen Krankenhausfinanzierungen in Frage.

Interkulturelle Kompetenz

Durch die zunehmende Zahl der Patient*innen mit Migrationshintergrund ist eine interkulturelle Kompetenz von allen im Krankenhaus Tätigen gefordert. Die Synode begrüßt die bestehenden Bemühungen, die Kommunikation im Krankenhaus zu verbessern und unterstützt die interdisziplinären Fortbildungsseminare des Zentrums für Ethik in der Medizin, die sich darum bemühen, eine bessere (interkulturelle) Kommunikation im Krankenhaus zu erreichen.

² Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2016): Pressemeldungen. Medizin am Fließband – Chirurgen warnen: Zeitmangel beschädigt Arzt-Patienten-Verhältnis (verfügbar unter: <http://www.dgch.de/index.php?id=98>)