

Schriftenreihe der Stiftung Allgemeinmedizin | Heft 1

Hauptsache gesund (?) Übergänge in der Medizin

Ein medizinethisches Symposium

Manfred Kock | Sylvia Säger | Martin Bock
und Jochen Gensichen (Hrsg.)





© Stiftung Allgemeinmedizin | 2016

1. Auflage | 300

Schriftenreihe der Stiftung Allgemeinmedizin | Heft 1

„Hauptsache gesund (?) – Übergänge in der Medizin“

Manfred Kock, Sylvia Sanger, Martin Bock und Jochen Gensichen (Hrsg.)

Jena, Frankfurt a. M.

ISBN: 978-39815749-9-9

Redaktionelle Bearbeitung: Sylvia Sanger

Gestaltung: Rene Gumpert – Lovely Birds Fotografie und Design Jena

Titelfoto: Stiftung Allgemeinmedizin

Schriftenreihe der Stiftung Allgemeinmedizin | Heft 1

Hauptsache gesund (?) Übergänge in der Medizin

Ein medizinethisches Symposium

Manfred Kock | Sylvia Sanger | Martin Bock
und Jochen Gensichen (Hrsg.)

Inhalt

VORWORT	5
ZUSAMMENFASSUNG DER VORTRÄGE	
Ärztliche Versorgung zwischen Spezialisierung und Ganzheitlichkeit.....	8
Grenzen der Vorausverfügung in der Intensivmedizin.....	18
Ohnmacht, Angst und Sorge – Klinische Belastungen aushalten.....	30
DIE VORTRAGENDEN	42
DIE STIFTUNG ALLGEMEINMEDIZIN	44

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, geehrte Kollegen und Unterstützer,

wir freuen uns Ihnen heute das erste Heft aus der Schriftenreihe der Stiftung Allgemeinmedizin überreichen zu können. Die Schriftenreihe soll in regelmäßigen Abständen wichtige Beiträge für die Allgemeinmedizin vorstellen, so zum Beispiel die Beiträge des jeweils aktuellen medizinethischen Symposiums, das die Stiftung Allgemeinmedizin gemeinsam mit der Melanchthon-Akademie durchführt. Themen der Symposien sind Fragen, die sich mit der ethischen Dimension verschiedener Erkrankungen beschäftigen und unsere Verantwortung im Umgang mit Krankheit und Gesundheit adressieren.

Das erste Symposium am 6. Februar 2015 in Köln trägt den Titel: „Hauptsache gesund (?) – Übergänge in der Medizin“. Damit weist es gleich auf zwei gewichtige Themen hin: auf unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit und auf Übergänge an den Grenzen von Gesundheit zu Krankheit sowie an den Grenzen der medizinischen Versorgung. Zu Wort kommen Fachexperten und Experten in eigener Sache, die Patienten und Patientenvertreter, die einen Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen auf der Internetplattform „krankheitserfahrungen.de“ geben.

Für das erste medizinethische Symposium konnten hochrangige Experten aus ärztlicher Selbstverwaltung und Forschung gewonnen werden.

Der Bundesärztekammerpräsident **Professor Frank Ulrich Montgomery** setzt sich zunächst mit der sehr erfolgreichen Spezialisierung in der Medizin auseinander, erkennt aber auch deren negative Seiten wie den Verlust des ganzheitlichen Blicks auf den erkrankten Menschen und die zunehmenden Probleme beim Zusammenführen der Erkenntnisse aus einzelnen Fachdisziplinen. Er fordert die Ärzteschaft auf, Antworten auf die Fragmentierung der Versorgung und den Wunsch der Patienten nach einer ganzheitlicheren Medizin zu geben.

Der Intensivmediziner **Professor Konrad Reinhart** und **Frau PD Dr. Christiane Hartog** setzen sich mit der wohl stärksten Medizin auseinander – der Intensivmedizin. Der technologische Fortschritt ermöglicht es, einen Menschen mit den Mitteln der lebenserhaltenden Intensivbehandlung über immer längere Zeit am Leben zu halten. Die vorherrschende Kultur auf der Intensivmedizin ist aber traditionell auf den kurzfristigen Erhalt des Lebens ausgerichtet. Der Übergang von kurativer Therapie zu palliativer Versorgung verschiebt sich stetig durch die Dynamik der Krankheit. Außerdem sind langfristige Auswirkungen der Intensivmedizin auf die Lebensqualität der Patienten oft nicht vorhersehbar. Sind Patienten mit dieser Situation überfordert, die sie doch selbst in Patientenverfügungen für sich festlegen müssen?

Frau Professor Cornelia Richter erweitert den Blick auf „Gesundheit“ und macht deutlich, dass neben der Medizin auch das Zusammenwirken weiterer Disziplinen eine Rolle spielt. Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen beschäftigen sich nicht nur mit medizinischen, sondern auch mit philosophischen und theologischen Fragen. In der Erfahrung von Schmerz und Leid steht für viele Betroffene und ihre Angehörigen – mitten im irgendwann „normalen“ Klinikalltag des Wartens und Hoffens – die Frage im Raum, welche Bedeutung die Erkrankung für das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen hat und welche Rolle der christliche Glaube hier einnimmt.

Im Mittelpunkt des Schlussgesprächs zwischen den Referenten und Herrn Gregor Borners – als Patientenberater in Köln tätig und Vertreter im gemeinsamen Bundesausschuss, also der Einrichtung, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bestimmt – stehen die Fragen der Patienten an die genannten Übergänge.

Und so steht der Patient in seiner Komplexität als Mensch mit seiner Erkrankung, seinem Lebenskontext und seiner möglichen Genesung im Zentrum des ersten Symposiums und im Fokus der Stiftung Allgemeinmedizin. Das Thema „Hauptsache gesund (?) – Übergänge in der Medizin“ geht also in den Kern unseres Selbstverständnis als Ärzte und als Patienten.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre, viele anregende Gedanken und würden uns freuen, Sie auf einem unserer nächsten Symposien begrüßen zu dürfen.

Prof. Dr. Jochen Gensichen

Vorstand der Stiftung Allgemeinmedizin

Dr. Martin Bock

Akademieleiter der Melanchthon-Akademie

Prof. Dr. Sylvia Sängler

Kuratorium der Stiftung Allgemeinmedizin

Manfred Kock, Präses i. R.

Kuratorium der Stiftung Allgemeinmedizin

Ärztliche Versorgung zwischen Spezialisierung und Ganzheitlichkeit

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery,
Präsident der Bundesärztekammer Berlin

Vorbemerkung

- Unter Spezialisierung wird in diesem Vortrag die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zu Fachärztinnen und -ärzten verstanden.
- Gegenstand des Vortrags ist somit nicht der Gegensatz zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin, die häufig mit Ganzheitlichkeit in Verbindung gebracht wird.
- „Ganzheitlichkeit“ meint vielmehr die Einheit der gesamten Medizin in Abgrenzung zu deren Aufsplitterung in Subdisziplinen (Gebiete, Facharztkompetenzen etc.).
- Für die Ganzheitlichkeit der Medizin steht heutzutage – nach ihrem eigenen Anspruch – insbesondere die Allgemeinmedizin, früher der „praktische Arzt“.

Die Ausdifferenzierung der Medizin und die Herausbildung immer weiterer medizinischer Subdisziplinen finden seit dem 19. Jahrhundert statt. Sie wird auch seither in der Ärzteschaft immer wieder kritisch diskutiert. Neben der Segmentierung des deutschen Gesundheitswesens in die verschiedenen Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Reha, Pflege etc.) führt auch die zunehmende Spezialisierung zu einem wachsenden Bedarf an Kommunikation und Koordination zwischen den beteiligten Fachdisziplinen. Dabei wird den „Spezialisten“ häufig der Vorwurf gemacht, nur noch ihren mehr oder weniger kleinen Ausschnitt des medizinischen Geschehens im Blick zu haben und darüber den Menschen in seiner Gesamtheit aus den Augen zu verlieren. Auf der anderen Seite wird im Versorgungsalltag die Spezialisierung von den Patientinnen und Patienten angenommen. Das hat schon Albert Ludwig Sigismund Neisser (* 22. Januar 1855 in Schweidnitz; † 30. Juli 1916 in Breslau), ein deutscher Dermatologe und Sozialhygieniker in Breslau, bereits im Klinischen Jahrbuch von 1890 festgehalten:

„Sobald erst eine Bevölkerung davon Kenntnis hat, dass einem Zweig der Medizin besondere Pflege in einer eigenen Anstalt gewidmet wird, sucht sie erfahrungsgemäß dieselbe auf.“

Ärzte und Kliniken, die sich durch Schilder oder in entsprechenden Publikationen oder im Internet als „Spezialisten für ...“ präsentieren, werden bevorzugt aufgesucht. Eine spezialisierte Versorgung wird gleichgesetzt mit einer qualitativ besseren Versorgung nach dem Motto: „Medizinische Qualität durch konsequente Spezialisierung“. Dies gilt nicht nur für die stationäre, sondern auch für die ambulante Versorgung. Patienten suchen nicht unbedingt zunächst den Hausarzt auf, sondern wählen auch oft den Direktzugang zum Facharzt.

Bereits im 19. Jahrhundert wurde lebhaft innerhalb der Ärzteschaft darüber gestritten, ob es zugelassen werden soll, dass sich zunehmend mehr praktische Ärzte nicht mehr als „Allgemeinmediziner“ verstehen, sondern sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen spezialisieren. So äußerte Ernst Viktor von Leyden (* 20. April 1832 in Danzig; † 5. Oktober 1910 in Berlin), ein deutscher Internist und Hochschullehrer, fast vorwurfsvoll bei der ersten Sitzung des Berliner Vereins für Innere Medizin im Jahr 1881:

„Es gibt gegenwärtig kaum noch Ärzte, fast nur Spezialisten, oder man ist Spezialist und nebenbei noch Arzt.“

Bereits auf dem 17. Deutschen Ärztetag 1889 in Braunschweig erfolgte eine Debatte über die steigende Zahl von Subspezialitäten. Seither waren die Auswirkungen der Spezialisierung, aber auch die Interessenkonflikte zwischen spezialisierten und nicht spezialisierten Ärztinnen und Ärzten immer wieder Gegenstand von Diskussionen in den ärztlichen Körperschaften und bei Deutschen Ärztetagen.

1. Entwicklung der Spezialisierung vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart

Im Folgenden möchte ich kurz über die Entwicklung der Zahl an ärztlichen Subdisziplinen sprechen und auf die aktuellen Diskussionen zur weiteren Ausdifferenzierung der Medizin im Rahmen der anstehenden Novelle der Musterweiterbildungsordnung eingehen. Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts zerfiel die praktisch tätige Ärzteschaft mehr oder weniger in zwei Gruppen: in die akademisch gebildeten Internisten und die im Wesentlichen handwerklich ausgebildeten Chirurgen.

Im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts begann dann – ausgehend von den Universitäten – der Aufbruch in die Spezialisierung. Bereits in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts hatten an einigen Universitäten im deutschsprachigen Raum Fächer wie Augenheilkunde, Venerologie und Orthopädie Einzug in die Hörsäle gefunden. Im 19. Jahrhundert entwickelten sich dann an sämtlichen medizinischen Fakultäten zahlreiche neue Fächer. Von Greifswald bis Graz und von Bonn bis Breslau werden in dieser Zeit überall Lehrstühle für Ophthalmologie, Dermatologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Orthopädie und Hygiene gegründet. Die Spezialisierung wurde dann nach dem Ersten Weltkrieg durch den 43. Deutschen Ärztetag 1924 in Bremen reichseinheitlich mit den „Leitsätzen zur Facharztfrage“ geordnet. Die Leitsätze enthielten 14 Facharztbezeichnungen, die sich alle, wenn auch manchmal mit abweichender Bezeichnung und anders strukturiert, bis heute erhalten haben.

Die Dauer der Weiterbildung betrug bereits damals je Fach 3 bis 4 Jahre, für bestimmte Fächerkombinationen auch 6 Jahre. Sie war an besonders anzuerkennenden Einrichtungen abzuleisten und durch Zeugnisse der Weiterbilder nachzuweisen. Eine Facharztprüfung existierte damals noch nicht: Eine besondere Prüfung für Fachärzte wurde von der Ärzteschaft weder erwünscht noch als nötig angesehen. Eine eigenständige, von der Berufsordnung getrennte Weiterbildungsordnung besteht erst seit 1977. Zugleich wurde 1977 die Facharztprüfung vor Anerkennung der Weiterbildung in einem Fachgebiet oder Teilgebiet eingeführt. Die Weiterbildungsordnung stellt neben der Berufsordnung nunmehr eines der wichtigsten berufsrechtlich und gesundheitspolitisch bedeutsamen Instrumente in der Hand der ärztlichen Selbstverwaltung dar. Neben der Bedeutung der Weiterbildung für die Versorgungsqualität sei auch daran erinnert, dass sich die Krankenhausplanung der Länder an der Weiterbildungsordnung ausrichtet.

Einige Zahlen zur Entwicklung der Spezialisierungsmöglichkeiten seit Verabschiedung der „Leitsätze zur Fachärzterfrage“ durch den 43. Deutschen Ärztetag:

1924	14 Gebiete
1937	14 Gebiete
1970	20 Gebiete
1977	27 Gebiete, 14 Teilgebiete, 15 Bereiche
1992/93 (grundlegende Neugestaltung der MWBO)	41 Gebiete, 18 Schwerpunkte (früher Teilgebiete), 22 Zusatzbezeichnungen, 26 Fachkundenachweise und 21 fakultative Weiterbildungsgänge

Die derzeit geltende Weiterbildungsordnung sieht 51 Facharztkompetenzen in 33 Gebieten vor. Darauf aufbauend kann eine Spezialisierung in 10 Schwerpunkten sowie in 47 Zusatz-Weiterbildungen erworben werden. Derzeit wird in der Bundesärztekammer und in den Landesärztekammern auf Beschluss des Deutschen Ärztetages an einer kompetenzbasierten Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung gearbeitet. Welches Ausmaß die Spezialisierung nach dieser Novelle haben wird, wird sich zeigen. Neue Begehrlichkeiten für eine weitergehende Ausdifferenzierung sind erkennbar. Beispiele hierfür sind die Forderungen nach Einführung eines Facharztes für Geriatrie oder auch eines Facharztes für Notfallmedizin.

2. Licht- und Schattenseiten der Spezialisierung

Die stetig steigende Zahl an Fachgebieten und Subdisziplinen in der Medizin war – wie bereits erwähnt – schon im 19. Jahrhundert Anlass zur heftigen Diskussion. Die Befürworter stützen ihre Argumentation auf den enormen Wissenszuwachs, auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten sowie die veränderten demographischen und psychosozialen Bedingungen. Festzuhalten ist auch, dass der enorme medizinische Fortschritt seit dem 19. Jahrhundert nicht ohne Spezialisierung denkbar gewesen wäre. Die Spezialisierung kann dabei gleichermaßen als Motor wie auch als Ergebnis des medizinischen Fortschritts angesehen werden.

Wesentliche Argumente für Spezialisierung sind:

- Fortschritt: durch Spezialisierung mit der Folge erheblich erweiterter Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten
- Überschaubarkeit: durch Aufteilung des gesamten medizinischen Wissens in Teilbereiche, die für einen einzelnen Arzt noch beherrschbar sind
- Steigerung der Qualität: durch zielgerichtetere medizinische Aus- und Weiterbildung sowie Qualität der ärztlichen Versorgung

Auf der anderen Seite wird der Verlust der Ganzheitlichkeit der ärztlichen Versorgung durch die zunehmende Spezialisierung kritisiert. Verloren gingen die Betrachtung und Behandlung des Patienten als leib-seelische Einheit, d. h. die umfassende Berücksichtigung aller Aspekte des Krankseins unter Beachtung der Lebensbedingungen des Patienten, seiner Vorstellung von Krankheit und Gesundheit sowie seiner Wünsche, am Behandlungsprozess aktiv teilzunehmen oder sich in ihm passiv zu verhalten. Die Zeiten, als der „praktische“ Arzt von der Geburt bis zum Tod umfassend für die ärztliche Versorgung zuständig war und sämtliche Informationen bei ihm zusammenliefen, gehören der Vergangenheit an. Dass nunmehr nicht nur der „praktische“ Arzt bzw. heute der Allgemeinmediziner, sondern weitere Fachärzte, aber auch verschiedene Versorgungssektoren sowie weitere Gesundheitsberufe in die Behandlung einzubinden sind, macht mehr Kommunikation, Kooperation und Koordination erforderlich. Hierauf und auf die in Deutschland nach seiner Auffassung bestehenden Koordinationsdefizite weist der Sachverständigenrat zur Begutachtung der

Entwicklung im Gesundheitswesen in seinen Gutachten seit Jahren regelmäßig hin. Dass der Vorwurf, die Spezialisierung führe dazu, dass die „Spezialisten“ Verknüpfungen zwischen verschiedenen gesundheitlichen Problembereichen nicht mehr sehen oder einzelne Aspekte einseitig betonen, kein neuer Vorwurf ist, verdeutlicht dabei das folgende Zitat vom Anfang des 20. Jahrhunderts:

***„Wenn das noch immer so weiter geht
mit Arbeitsteilung und Spezialität;
dann wär das Wagnis noch geringer,
dem Löwen in den Rachen zu seh'n,
als mit einem kranken Zeigefinger
zum Spezialisten für Daumen zu gehen.“***

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts wurde ferner die Sorge geäußert, dass der allgemeinmedizinische, praktische Arzt „verarmen“ und weniger vielseitig werden könnte. Allgemeinmediziner würden in der Folge der zunehmenden Zahl niedergelassener Fachärzte ihre Patienten lieber zum Spezialisten schicken, als versuchen, selbst breite und vielseitige Fähigkeiten zu erwerben und zu behalten. Die zunächst an den Universitäten gestartete Entwicklung der Ausdifferenzierung zeigte sich nämlich zeitversetzt auch bei den praktisch tätigen Ärzten. 1904 waren 17,5 Prozent und fünf Jahre später bereits 23 Prozent aller in Deutschland niedergelassenen Ärzte Fachärzte. Mittlerweile liegt der Anteil der Fachärzte deutlich über dem der Allgemeinmediziner.

Dabei verzeichneten die Facharztgruppen der spezialisierten Grundversorgung (z. B. Augenärzte, Frauenärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte oder Hautärzte) in den letzten Jahren tendenziell geringere Zuwächse als die hoch spezialisierten Facharztgruppen (z. B. Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Anästhesisten). Von 1993 bis 2012 hat die Zahl der vertragsärztlich tätigen Fachärzte bundesweit um 56,6 Prozent zugenommen (von 42.181 im Jahr 1993 auf 66.065 im Jahr 2012), wohingegen die Zahl der Hausärzte um 10 Prozent zurückgegangen ist. Der schon erwähnte Sachverständigenrat kritisiert in seinem Gutachten 2014 diesen „anhaltend starken Trend zur Subspezialisierung bei der Verteilung der Vertragsärzte“ und sieht hier „zunehmende Defizite in der Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung“.

Diese Entwicklung wird, vor allem weil die Zahl der jüngeren Hausärztinnen und Hausärzte seit Jahren rückläufig ist, auch von der Bundesärztekammer mit Sorge beobachtet. Abschließend soll noch ein weiterer Aspekt angesprochen werden, nämlich die Auswirkungen der Spezialisierung auf die medizinische Ausbildung. Die stetig wachsende Stofffülle stellt besondere Anforderungen an die Entwicklung der Lehrpläne. Eine besondere Problematik entsteht dabei, wenn bestimmtes ärztliches Wissen nicht mehr an den Universitäten vermittelt werden kann, weil diese Leistungen ausschließlich bzw. überwiegend ambulant erbracht werden. Die so genannte „Ambulantisierung der Medizin“ hat bereits zu einem Verlust von Fächern in der Universitätsmedizin geführt. Beispiele hierfür sind die Fächer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Als Konsequenz haben Universitätskliniken zu einigen Patientengruppen kaum noch oder gar keinen Zugang mehr, was jedoch für Forschung und Lehre, aber auch für Weiter- und Fortbildung dringend erforderlich wäre.

3. Lösungsansätze für mehr Ganzheitlichkeit in der ärztlichen Versorgung

Niemand spricht sich ernsthaft dafür aus, den Grad der erreichten Spezialisierung signifikant zurückdrehen zu wollen. Die Spezialisierung ist eine sinnvolle und konsequente Entwicklung der Medizin. Zugleich muss die Kritik ernstgenommen werden, dass nicht die Einheit der Medizin und der Blick auf den gesamten Versorgungsbedarf eines Patienten verloren gehen darf. Je nach Erkrankung muss der Patient zielgerichtet und koordiniert durch die Versorgungslandschaft geleitet werden. Welche ärztlichen Ansätze bestehen nun, um trotz der Spezialisierung und unter Nutzung der Vorzüge einer differenzierten Versorgungslandschaft zu einer abgestimmten und koordinierten Versorgung zu kommen?

Zu nennen ist hier zunächst das **Case Management**. Durch das Case Management soll eine über Sektoren, Fachgebiete und berufliche Kompetenzen durchgängige Behandlung sichergestellt werden. Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm hat sich dafür ausgesprochen, das Case Management nicht allein den Sozialarbeitern und Pflegekräften zu überlassen, sondern die strukturierte Führung des Patienten durch die Versorgungslandschaft, insbesondere im

Rahmen des medizinisch-therapeutischen Behandlungspfads, als ärztliche Aufgabe zu begreifen.

Eine weitere ärztliche Antwort auf die Spezialisierung sind **interdisziplinäre Fallbesprechungen bzw. Tumorkonferenzen**. In Tumorkonferenzen treffen sich erfahrene Ärzte der unterschiedlichen Fachdisziplinen, um gemeinsam über die beste Therapie für jeden einzelnen Patienten zu entscheiden. Die Tumorkonferenzen sind der Ausgangspunkt einer interdisziplinären Behandlung des Patienten und der Schlüssel für eine bestmöglich abgestimmte multiprofessionale Diagnostik und Therapie. Tumorkonferenzen gehören mittlerweile zum Standard in der Onkologie. Ein weiteres Stichwort sind **interdisziplinäre Teams**. Die notwendigen Fachdisziplinen bilden hierbei eine organisatorische Einheit. So sehen verschiedene Richtlinien – wie beispielsweise die Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – ständig einsatzbereite interdisziplinäre Arbeitsgruppen vor. Auch bei der Bildung von **Zentren** spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Fachdisziplinen einerseits sowie zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen andererseits eine zentrale Rolle. Im Hinblick auf die Spezialisierung sind Zentren jedoch ambivalent zu betrachten. Die Gründung von krankheits- bzw. organbezogenen Zentren wie Brustzentren, Darmzentren, Lungenzentrum, Endometriosezentrum fördert zum einen die weitere Spezialisierung. So werden krankheits- oder problemorientierte Zentren im Sachverständigenratsgutachten 2007 als hoch spezialisierte Versorgungszentren bezeichnet. Zum anderen verheißt der Begriff „Zentrum“ den Patienten, dass sie hier eine umfassendere Behandlung erfahren als in der herkömmlichen Versorgung. Zentren stehen für eine entlang der Versorgungskette abgestimmte, interdisziplinäre und kooperative Versorgung.

Zu den Maßnahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit gehören weiterhin interdisziplinäre Behandlungspfade, interdisziplinäre Behandlungskonferenzen, fachübergreifende (elektronische) Kommunikationssysteme, die Einrichtung von Prozesssteuerstellen und gemeinsamen Verantwortlichkeiten, interdisziplinäre Angebote im Sinne gemeinsamer Sprechstunden und Visiten. Eine wichtige Rolle spielt schließlich auch die **Allgemeinmedizin**. Nach § 73 SGB V beinhaltet die hausärztliche Versorgung die allgemeine und fortgesetzte ärztli-

che Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes sowie die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. Die Allgemeinmedizin ist aus sich heraus auf eine ganzheitliche Versorgung ausgerichtet, hier erfolgt eine Zusammenschau der Befunde von Spezialisten, hier werden allgemeine Fragen der Gesundheit behandelt. Es wird aber den Hausärzten allein nicht möglich sein, die negativen Seiten der Spezialisierung und Fragmentierung der gesundheitlichen Versorgung zu überwinden. Auch darf das „Mit dem Patienten Sprechen“, d. h. die „Sprechende Medizin“ nicht allein in der Hausarztpraxis stattfinden. Alle Fachärzte, und seien sie noch so spezialisiert, sind für ein abgestimmtes und koordiniertes Behandlungsgeschehen verantwortlich.

Literatur beim Autor

Grenzen der Voraus- verfügung in der Intensivmedizin*

PD Dr. Christiane Hartog

Prof. Dr. Konrad Reinhart

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesie

* Nachdruck aus: Coors, Jox, In der Schmittgen; Advance Care Planning; W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart 2015 – mit freundlicher Unterstützung des Verlages

1. Intensivstation wird immer häufiger zum Sterbeort

Obwohl die meisten Menschen es vorziehen würden, wenn sie die Wahl hätten, zu Hause zu sterben (Gomes 2013), steigt die Anzahl der Intensivaufenthalte am Lebensende von Jahr zu Jahr an. Eine repräsentative Kohortenstudie von älteren Medicare-Patienten in den USA wies nach, dass 29% der im Jahr 2009 Verstorbenen innerhalb von 30 Tagen vor ihrem Tod auf einer Intensivstation (ITS) behandelt worden waren, verglichen mit nur 20% im Jahre 2000 (Teno 2013). Damit gewinnen Vorausverfügungen zur Wahrung der Patientenautonomie am Lebensende auf der ITS eine wachsende Bedeutung.

Patienten werden auf eine Intensivstation aufgenommen, weil sich ihr Allgemeinzustand verschlechtert und eine kontinuierliche Überwachung oder Unterstützung von Organfunktionen erforderlich macht, wie zum Beispiel mit Beatmung oder Kreislaufunterstützung. Patienten werden vom Notarzt, über die Notaufnahme oder von der Normalstation überwiesen; nach größeren Operationen erfolgt häufig eine geplante, vorübergehende Überwachung auf der ITS. Die meisten Patienten können nach einiger Zeit stabilisiert und in weiterbehandelnde Einrichtungen entlassen werden. Da Patienten zunehmend älter werden, mehr Begleiterkrankungen aufweisen und risikoreiche Eingriffe inzwischen auch in höherem Lebensalter durchgeführt werden, steigt die Zahl der älteren bzw. multimorbiden Patienten auf der Intensivstation. Inzwischen ist es nicht mehr ungewöhnlich, dass über 80-Jährige elektiv operiert und intensivmedizinisch erfolgreich behandelt werden. Im Jahr 2007 waren etwa 10% der herzchirurgischen Patienten über 80 Jahre alt (Friedrich 2009).

Die Schattenseite dieser Entwicklung ist jedoch, dass es aufgrund des technologischen Fortschritts möglich geworden ist, einen Menschen mit den Mitteln der lebenserhaltenden Intensivbehandlung über längere Zeit am Leben zu halten. Der Wechsel von kurativer Therapie zu palliativer Versorgung ist auf der Intensivstation besonders schwierig: die Komplexität und Dynamik der kritischen Krankheit erschweren belastbare Voraussagen, außerdem fehlt es an Evidenz über die langfristigen Auswirkungen der Intensivmedizin auf die Lebensqualität der Patienten aus Sicht der Betroffenen (Elliott 2014). Die vorherrschende Kultur auf der Intensivmedizin ist traditionell auf den kurzfristigen Erhalt des Lebens

und die Wiederherstellung der Organfunktionen ausgerichtet und noch nicht in vollem Umfang an die veränderten Anforderungen angepasst.

2. Therapiezieländerung auf der Intensivstation

Bei Aufnahme des Patienten auf der Intensivstation muss zunächst davon ausgegangen werden, dass aus Sicht des zuweisenden Arztes ein erreichbares Therapieziel existiert; deshalb steht zunächst das Therapieziel „Lebenserhaltung“ im Vordergrund. Im weiteren Verlauf können sich Therapieziele ändern. Therapiezieländerungen passen das Ausmaß der lebenserhaltenden Maßnahmen an die aktuelle und zu erwartende Lebensqualität des Patienten an unter Berücksichtigung des Patientenwillens (Michalsen 2013). Die Änderung der Therapie kann zum Beispiel bedeuten, im Falle eines akuten Herzstillstands auf eine kardiopulmonale Wiederbelebung zu verzichten (z.B. „DNR“, do not resuscitate), lebenserhaltende Maßnahmen nicht zu steigern oder nicht neu beginnen („withhold“) oder zum Beispiel die Beatmung oder die Kreislaufunterstützung ganz zurückzunehmen („withdraw“). Zunehmend häufiger wird die Formulierung „AND – allow natural death“ verwendet. Unverzichtbar und stets zu gewährleisten ist die sogenannte „Basisbetreuung“. Bezogen auf die ITS bedeutet dies vor allem eine ausreichende Symptomkontrolle mit Behandlung von Schmerzen, Unruhe oder Atemnot, um ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Therapiezielentscheidungen auf der ITS sind im besten Falle gemeinschaftliche Entscheidungen im interdisziplinären Behandlungsteam im Konsens mit Angehörigen und Patientenvertretern. Sie werden unter Berücksichtigung des Patientenwillens getroffen, dessen Ermittlung nicht einfach ist, da der Patient meist selbst nicht zu Wort kommen kann. Solche Entscheidungen sind oft das Ergebnis eines längeren Prozesses unter Einbeziehung aller Beteiligten, d.h. der Intensiv-Ärzte sowie -Pflegerkräfte und der in die Behandlung involvierten anderen Fachdisziplinen bzw. Primärbehandler, wie zum Beispiel der Chirurgen, die den Patienten operiert haben, sowie der Angehörigen und rechtlichen Patientenvertreter. Erschwert wird der Prozess durch unterschiedliche Einstellungen, Bewertungen, Erwartungen und Hierarchien der Beteiligten sowie durch die wechselnden Zusammensetzungen der Teams im Schichtdienstsys-

tem. Erforderlich sind gute Kommunikationsfähigkeiten und organisatorisches Geschick, insbesondere dort, wo keine verbindlichen Strukturen der Entscheidungsfindung festgelegt sind. Unstimmigkeiten über Therapieziele sind nicht selten. Sie haben Auswirkungen auf die psychologische Gesundheit von Angehörigen (Azoulay 2005) und auf die emotionale Belastung von ITS-Mitarbeitern (Azoulay 2009). Die Wahrnehmung unangemessener Therapie beeinträchtigt auch die berufliche Zufriedenheit. Eine europaweite Befragung von intensivmedizinischem Personal zeigte, dass 25% der 1218 teilnehmenden Pflegekräfte und 32% der 407 teilnehmenden Ärzte am Stichtag die Therapie bei mindestens einem ihrer Patienten für nicht angemessen hielten, überwiegend im Sinne von „Übertherapie“. Die Einschätzung der Nicht-Angemessenheit von ITS-Therapie war ein unabhängiger Risikofaktor für die Absicht zu kündigen (Piers 2012). Mancherorts besteht die Möglichkeit zu einer klinischen Ethikberatung, die die Entscheidungsfindung durch begründete Handlungsempfehlungen unterstützen und dazu beitragen kann, die Verantwortung für die Behandlungsentscheidungen mitzutragen und argumentativ zu vertreten (Marckmann 2013).

Eine retrospektive Analyse von 3401 Patienten einer internistischen Intensivstation eines deutschen Universitätsklinikums zeigte, dass 19% (n = 658) dieser Patienten im Krankenhaus verstarben. Von diesen 658 verstorbenen Patienten verstarben nur 126 Patienten (19%) unter maximaler Therapie, bei den übrigen wurde die Therapie begrenzt (37% nach „Withhold“-Entscheidungen und 37% nach Beendigung lebenserhaltender intensivmedizinischer Maßnahmen). Bei 46 Patienten (7%) hatte man sich von Beginn an auf eine palliativmedizinische Behandlung beschränkt. In 12% der Fälle lag eine Patientenverfügung vor; in 541 Fällen (82%) waren die Angehörigen in die Entscheidungen zur Therapiebegrenzung eingebunden (Riessen 2013).

3. Die Rolle der Patientenverfügung auf der Intensivstation

Eine Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters im Sinne des „informed consent“ ist nur möglich, wenn eine Maßnahme oder ein Eingriff vom Arzt angeboten wird. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahme medizinisch indiziert ist; eine nicht indizierte Maßnahme sollte nicht angeboten werden. Eine angebotene oder bereits bestehende Therapie kann vom Patienten bzw. seinem Vertreter

abgelehnt werden. Die Bundesärztekammer hat das 2011 in ihrer Aktualisierung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung klargestellt: „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.“ Dies bekräftigt, dass die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung nicht unter allen Umständen besteht (Bundesärztekammer 2011).

Ein 2012 publiziertes Positionspapier der intensivmedizinischen Fachgesellschaft DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2012) formuliert die spezifischen Rahmenbedingungen für „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“. Für den aktuell nicht einwilligungsfähigen Patienten mit Patientenverfügung (PV) gilt, dass eine PV die Bedeutung des im Voraus geäußerten Patientenwillens hat und für alle Beteiligten verbindlich ist. In dem Positionspapier wird weiterhin vermerkt: „Die Wirksamkeit der Patientenverfügung muss geprüft werden. Diese Prüfung ist gesetzliche Pflicht eines Stellvertreters im juristischen Sinne (Gesundheitsbevollmächtigter oder Betreuer). Ist ein solcher nicht vorhanden oder nicht rechtzeitig erreichbar, erfolgt die Prüfung im Behandlungsteam.“ (DIVI 2012). Damit wird der Rahmen für den Umgang mit der PV auf der ITS vorgegeben. Eine PV ist für den Intensivmediziner grundsätzlich bindend, sofern die Verfügung wirksam ist, d.h. eine in der Verfügung beschriebenen Lebens- und Behandlungs-Situationen mit der tatsächlich gegebenen Situation übereinstimmt. Die Bewertung, ob sich der Patient nun in der von ihm vorausgesehenen Situation befindet, obliegt vor allem dem gesetzlichen Vertreter. Dies ist oft ein enger Angehöriger, der durch eine vom Patienten verfasste Vorsorgevollmacht dazu benannt wurde oder vom Gericht dazu bestellt wurde. In der Praxis werden oft auch die Angehörigen zu Rate gezogen, selbst wenn sie nicht Vertreter im gesetzlichen Sinne sind.

Eine prospektive Untersuchung von Patienten mit schwerer Sepsis auf vier interdisziplinären Intensivstationen einer deutschen Universitätsklinik zeigte, dass eine Therapiebeschränkung bei 33% von 434 Patienten durchgeführt wurde. Eine PV lag in 17% dieser Fälle vor; die Befragung des Behandlungsteams

am Tag der ersten Therapiebeschränkung zeigte, dass der mutmaßliche Patientenwillen dem behandelnden ITS-Oberarzt in 54% dieser Fälle bekannt war (Schwarzkopf 2012).

4. Ermittlung des Patientenwillens auf der ITS beim nicht-einwilligungsfähigen Patienten

4.1 Bei vorliegender PV

Wie im Positionspapier der DIVI (DIVI 2012) angegeben, gilt es beim nicht einwilligungsfähigen Patienten mit PV zunächst, die Wirksamkeit der Verfügung zu bestimmen. Eine PV ist grundsätzlich wirksam, wenn sie nicht zwischenzeitlich widerrufen wurde, sich auf den aktuell eingetretenen Gesundheitszustand hinsichtlich Diagnose und Prognose bezieht und Art und Umfang der gewünschten bzw. nicht gewünschten Behandlung für die eingetretene Situation konkret benennt. PV enthalten überwiegend vorgedruckte Standardformulierungen, die die intensivmedizinische Wirklichkeit nicht berücksichtigen. Formulierungen lauten zum Beispiel: „wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde“ oder „wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...“. Wann das Sterben tatsächlich beginnt oder das „Endstadium“ eintritt, wird ganz unterschiedlich wahrgenommen (Oehmichen 2008). Auch die Formulierung „...wenn lebenswichtige Organe dauerhaft geschädigt sind...“ oder „...eine dauerhafte Schädigung der Hirnfunktion“ ist auf der Intensivstation nicht einfach anzuwenden. Wenn die Organfunktion akut überbrückt wird, wie zum Beispiel im Nierenversagen, oder wenn eine Schädigung des Gehirns durch ein Trauma oder einen ischämischen Insult vorliegt, ist schwer zu entscheiden, ob diese Schädigung dauerhaft ist oder nicht doch reversibel. Um die Wirksamkeit einer PV feststellen zu können, ziehen behandelnde Intensivmediziner die nächsten Angehörigen zu Rate.

4.2 Wenn eine PV nicht vorliegt

Das Vorgehen ist nicht grundsätzlich anders, denn die behandelnden Ärzte versuchen den vermeintlichen Patientenwillen zu ermitteln und abzuwägen, indem sie Angehörige dazu befragen und sich mit ihnen besprechen. Angehörige geben zwar oft an, den Patientenwillen zu kennen, aber für eine konkrete

Situation sind sie nicht vorbereitet, denn die wenigsten Menschen oder beratenden Ärzte haben eine konkrete Vorstellung über die intensivmedizinische Situation; darüber hinaus besprechen selbst Menschen, die eine PV erstellen, ihre darin geäußerten Wünsche nur selten gezielt mit denjenigen Angehörigen, die sie im Falle einer intensivmedizinischen Behandlung zukünftig vertreten sollen. Überdies urteilen Stellvertreter nicht immer im Sinne des zu Vertretenden: Fast jede dritte Angehörigenentscheidung stand im Gegensatz zum Patientenwillen, wie eine Beobachtungsstudie mit Krebspatienten im Endstadium ergab (Hauke 2011).

4.3 Sonderfall: Der post-operative Intensivpatient

Patienten, die nach vorheriger größerer Operation geplant auf die ITS aufgenommen werden und sich dort verschlechtern, stellen Sonderfälle dar. Aufgrund ihrer Einwilligung in die vorhergehende Operation wird eine eventuell vorliegende PV mit Vorbehalt betrachtet, auch wenn sie formal die Gültigkeitskriterien erfüllt. Handelt es sich zum Beispiel um einen Patienten, der eine herzchirurgische Operation zunächst überstanden hat und sich postoperativ auf der ITS verschlechtert und in diesem Zusammenhang einen Herzstillstand erlebt, so gehen Intensivmediziner in der Regel davon aus, dass eine kardiopulmonale Wiederbelebung vom Patienten nicht abgelehnt werden würde, selbst wenn eine anderslautende PV vorliegt, da er zuvor seine Einwilligung in diese risikoreiche Operation gegeben hat und der post-operative Herzstillstand als Folge der Operation zu werten ist. Die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Wiederbelebung ist bei diesen Patienten hoch. Über die Möglichkeit solcher Komplikationen werden Patienten prä-operativ durch Chirurgen und im Rahmen der anästhesiologischen Prämedikationsvisite aufgeklärt; es wäre wünschenswert, vor Risiko-Operationen auch Angehörige bzw. Patientenvertreter in diese Aufklärungsgespräche mit einzubeziehen. Sollte sich dieser Patient jedoch über Tage oder Wochen hinweg kontinuierlich verschlechtern, würde ein erneuter Herzstillstand in der Gesamtschau und zusammen mit Angehörigen und Operateuren sicherlich anders bewertet und die PV in diesem Falle vermutlich „greifen“.

5. Kommunikation mit Angehörigen

Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten sind Angehörigengespräche eine wesentliche Voraussetzung für die Ermittlung und Umsetzung des Patientenwillens. Die Kommunikation mit Angehörigen ist jedoch eine Herausforderung, auf die die Intensivmedizin noch nicht ausreichend vorbereitet ist. Angehörige sind nicht nur eine Quelle der Information über den vermutlichen Patientenwillen und bevollmächtigte Vertreter nicht-einwilligungsfähiger Patienten, sondern sie sind selbst als Nahestehende direkt betroffen, müssen Krisen bewältigen und mit Trauer und Schmerz umgehen. Für Angehörige ist die ITS-Situation häufig konfliktreich und belastend. Sie verstehen in der Regel wenig von der komplexen medizinischen Lage und Prognose oder von der Auswirkung der Intensivtherapie auf die zu erwartende Lebensqualität. Mitunter kommt erschwerend hinzu, dass innerhalb der Familie unterschiedliche Ansichten über den Patientenwillen bestehen. Manchmal können Angehörige die Bedeutung intensivmedizinischer Maßnahmen nicht richtig einordnen, zum Beispiel, wenn sie bei langzeitbeatmeten Patienten ihr Einverständnis zu einem Luftröhrenschnitt geben. Es ist oft nicht absehbar, ob sich diese Patienten später wieder von der künstlichen Beatmung entwöhnen lassen oder zu chronisch kritisch kranken Pflegefällen werden. Oft fühlen sich Angehörige genötigt, eine Entscheidung „über Leben und Tod“ zu treffen, für die sie nicht vorbereitet sind und die sie emotional überfordert. In den letzten Jahren ist man sich der Bedeutung einer empathischen, auf die emotionalen Bedürfnisse der Angehörigen ausgerichteten Gesprächsführung stärker bewusst geworden (Kentish-Barnes 2012).

Eine ideale Gesprächsführung sollte gleichzeitig Information in geeigneter Weise vermitteln und dabei auch emotional unterstützend sein und den Angehörigen genügend Zeit für eigene Gesprächsbeiträge geben. Eine Studie aus Frankreich zeigte, dass Angehörige, die im Rahmen einer randomisierten Interventionsstudie Gespräche mit Ärzten führten, die eine spezielle Schulung erhalten hatten, nach 3 Monaten wesentlich geringere post-traumatische Belastungssymptome oder Ängste und Depressionen aufwiesen als Angehörige, mit denen übliche Gespräche geführt wurden (Lautrette 2007). In der Interventionsgruppe dauerten die Gespräche länger (im Median 30 Minuten [In-

terquartilsbereich 19–45 Minuten]) als die Gespräche in der Kontrollgruppe (20 [15–30] Minuten), und Angehörige in der Interventionsgruppe redeten dreimal so lang (im Median 15 versus 5 Minuten) (Lautrette 2007). Intensivmediziner oder Pflegekräfte sind in der Regel nicht darin ausgebildet, solche Gespräche zu führen. Auf deutschen Intensivstationen ist die Personalsituation oft so angespannt, dass kaum Zeit für ein Gespräch bleibt, zumal bereits die Organisation eines solchen Gesprächstermins zeitaufwändig ist. Weitere Barrieren seien hier stichwortartig genannt: die Unterschiedlichkeit in der Beurteilung bedingt u.a. durch Persönlichkeit, Profession, Sozialisation und kulturellen Hintergrund, damit verbunden die Schwierigkeit, im interprofessionellen Behandlungsteam einen Konsens herzustellen; die mangelnde Kontinuität mit häufig wechselnden Ansprechpartnern aufgrund des Schichtsystems; die lokale klinische Praxis und nicht zuletzt die mangelhafte Datenlage zu patientenrelevanten Endpunkten. Die Teams einiger Intensivstationen in den USA haben im Rahmen einer laufenden Interventionsstudie bereits gute Erfahrungen gemacht mit einem sogenannten „communication facilitator“, einer eigens ausgebildeten Fachkraft, die als zusätzliches Mitglied des ITS-Teams nur für die Unterstützung und Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften und zwischen Team und Angehörigen zuständig ist (Howell 2014). Es bleibt jedoch abzuwarten, ob diese Intervention mit einer langfristigen Verbesserung der Angehörigenbelastung verbunden ist.

6. Hat die Patientenverfügung einen Einfluss auf die Behandlung am Lebensende?

Aufgrund der vielen Einschränkungen in der Umsetzung von herkömmlichen PV auf der ITS ist es nicht überraschend, dass sich Intensivmediziner seltener vom Wortlaut einer PV als von ihrer Interpretation leiten lassen. Ein prospektiver Vergleich der Bewertung von PV bei nicht einwilligungsfähigen Intensivpatienten ergab, dass Intensivmediziner die PV eher sinngemäß auslegen, während Angehörige sie wortwörtlich umsetzen würden (Leder 2014). Das Vorliegen von PV beeinflusst die End-of-life-Care von Intensivpatienten nur in einigen Aspekten: Eine retrospektive Analyse auf vier interdisziplinären ITS eines Universitätsklinikums zeigte, dass 64 (13%) von 477 Patienten eine PV besaßen. Die Behandlung am Lebensende von Patienten mit oder ohne PV

unterschied sich lediglich darin, dass Patienten mit PV häufiger eine DNR-Order erhielten (77% versus 56%, $p = 0,007$) und seltener wiederbelebt wurden als Patienten mit PV (9% versus 23%, $p = 0,029$). Es gab keinen Unterschied in der Häufigkeit der Beschränkungen lebenserhaltender Maßnahmen oder der Länge des ITS-Aufenthaltes. Bei 63 von 64 auf der ITS verstorbenen Patienten enthielt die PV die explizite Ablehnung von Intensivtherapie am Lebensende (Hartog 2014). Eine US-amerikanische Untersuchung bei kritisch kranken Krebspatienten kam 2001 zu ähnlichen Ergebnissen (Kish Wallace 2010). Aus diesen Analysen könnte man schlussfolgern, dass diese ITS-Patienten gegen ihren Willen behandelt wurden und gar nicht auf die ITS hätten aufgenommen werden sollen. Man muss jedoch berücksichtigen, dass es bei Aufnahme auf die ITS zunächst ein erreichbares Therapieziel gegeben haben könnte und sich die Prognose erst im weiteren Verlauf verschlechterte. Andererseits fehlt es in der Bevölkerung an Aufklärung über die möglichen Auswirkungen von Intensivtherapie auf Lebensqualität und Rahmenbedingungen für ein eventuelles Versterben; möglicherweise würden sich Patienten bzw. ihre Vertreter und ihre einweisenden Ärzte mit diesem Wissen weniger oft für eine Weiterbehandlung auf ITS entscheiden.

7. Schlussfolgerung

Herkömmliche Patientenverfügungen sind für die End-of-life-Care in der Intensivmedizin wenig hilfreich, denn sie werden in der Regel ohne ausreichende Kenntnis der intensivmedizinischen Wirklichkeit erstellt. Die Entscheidung, ob eine PV wirksam ist, beruht auf der Bewertung der Gültigkeitskriterien. In herkömmlichen PV sind diese meist vorformuliert (z.B. „unaufhaltsamer Sterbeprozess“ oder „dauerhaftes Organversagen“). Solche Formulierungen könnten für viele beatmete Intensivpatienten gelten, auch für diejenigen, die sich wieder vollständig erholen können. Diese Kriterien erfordern eine prognostische Sicherheit, die es bei Intensivpatienten typischerweise nicht gibt. Der vermutliche Patientenwille lässt sich aus herkömmlichen PV deshalb nur schwer ablesen. Deshalb orientieren sich Intensivmediziner notgedrungen weniger an schriftlichen Formulierungen, sondern daran, was der Patient gemeint haben könnte, und stützen sich dabei vor allem auf die Bewertung von Angehörigen. Man muss jedoch bedenken, dass Angehörige in ihrer Rolle als Patientenvertreter unvorbereitet und oft überfordert sind.

Im Hinblick auf die alternde Bevölkerung und die Zunahme der Zahl an Intensivaufenthalten am Ende des Lebens sollten Menschen, die vor der Entscheidung zu schwerwiegenden elektiven medizinischen Maßnahmen stehen oder aus anderen Gründen eine PV verfassen wollen, mehr über die Besonderheiten der Behandlungsprinzipien und die Schwierigkeiten der Prognoseabschätzung in der Frühphase der intensivmedizinischen Behandlung aufgeklärt werden. Eine Patientenverfügung darf zwar, rein juristisch betrachtet, ohne ärztliche Beratung erstellt werden, es wäre aber wünschenswert, wenn zum Beispiel Hausärzte ihren Patienten regelmäßig helfen würden zu verstehen, was Organersatztherapie auf der ITS bedeutet, welche Folgen ein Luftröhrenschnitt für die Lebensqualität haben oder was es bedeuten kann, sich in hohem Alter noch aufwendigen Operationen oder wochen- bis monatelangen Intensivaufenthalten zu unterziehen. Grundsätzlich sollten bei Beratungen über PV immer die Angehörigen anwesend sein, die später einmal über die Wirksamkeit und Anwendbarkeit der PV entscheiden sollen. Wir müssen noch besser verstehen, welche Auswirkungen Intensivtherapie auf das Langzeit-Outcome hat und wie wir Angehörige in ihrer Rolle als Patientenvertreter auf der ITS unterstützen können.

Literatur beim Autor / bei der Autorin

Ohnmacht, Angst und Sorge – Klinische Belastungen aushalten

Prof. Dr. Cornelia Richter

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn,
Lehrstuhl für Systematische Theologie und Hermeneutik

Schwere Krankheiten bringen für Patientinnen und Patienten nicht nur intensive, sondern oft auch lange Klinikaufenthalte mit sich. Klinikaufenthalte, in denen Ohnmacht, Angst und Sorge dominieren und mühsam ins Verhältnis gesetzt werden müssen zum regulären Leben in Familie, Schule und Arbeitsplatz, mit Nachbarn und Freunden. Schon mit der Diagnose ist das normale Leben arg beschädigt, Routine stoppt, Patienten wie Angehörige sind in einen Ausnahmezustand versetzt. Die in ihrer Raumgröße beeindruckende Klinik baut sich als undurchdringliches, höchst verwirrendes System vor einem auf, Bilder von Apparaten und Schläuchen stehen vor Augen, Bilder von Hinfälligkeit, Kontrollverlust und der eigenen Abhängigkeit bis in die intimsten Handgriffe der Körperpflege hinein. Man betritt sie nicht freiwillig, sondern gezwungenermaßen, weil es einen beunruhigenden Anlass gibt – sei es an der eigenen Person, sei es an Angehörigen oder Freunden. Wie sollte man aus dieser Situation je wieder heil herauskommen?

„Resilienz“ heißt eines der gegenwärtig oft gebrauchten und mit großen Hoffnungen besetzten Zauberworte dazu. Resilienz ist der Fachbegriff für die manchen Menschen eigene Fähigkeit, schwere Krisen selbst unter schwierigsten individuellen, psychophysischen oder sozialen Ausgangsbedingungen zu bewältigen. Die Forschung zu diesem Begriff boomt, und zwar quer durch die Disziplinen: Medizin und Neurowissenschaften, Psychiatrie und Psychologie sind damit befasst, in der Hoffnung, mit diesem Phänomen eine lehr- und lernbare, auch pharmakologisch beförderbare Möglichkeit gefunden zu haben, die medizinische Reaktion und Behandlung von Krankheiten zu verbinden mit der Salutogenese, der präventiven Stärkung der Gesundheit. Diese Hoffnung ist nur zu verständlich und in höchstem Maße zu befürworten – aber für das Szenario der individuellen, elementaren und existentiellen Lebenskrisen birgt sie einen Trugschluss in sich: den Trugschluss, dass Resilienz zu haben wäre vor und unabhängig von jeder Krise, sozusagen als Sicherheitsausstattung, damit man gewappnet wäre, wenn es zu einer Krise kommen sollte.

Mit diesem Problem beschäftige ich mich seit einigen Jahren im Kontext der theologischen Forschung und möchte Ihnen daher im ersten Teil einen kurzen Einblick dazu geben. Im zweiten Teil wende ich mich in sehr direkter Weise den Belastungen zu, die sich nach der ersten Diagnose einer schweren Erkrankung einstellen können und setze sie ins Verhältnis zu klassischen theologischen Fragen und Texten. Daraus erwachsen im dritten Teil ein paar theologisch motivierte Miniaturen für das Aushalten und Gestalten des klinischen Alltags.

1. Resilienz: Krisenphänomen par excellence

Der Resilienzbezug ist inzwischen ein Standardbegriff ganz unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen: Politik, Ökonomie, Soziologie, Kulturgeographie und Ökologie einerseits, Medizin, Neurowissenschaften, Psychiatrie und Psychologie andererseits. Im weitest möglichen Sinne bezeichnet Resilienz die unter krisenhaften Lebensbedingungen entgegen aller Erwartung zu leistende Adaptionsfähigkeit und Widerstandskraft von einzelnen Menschen und Kollektiven. Im Kontext der Medizin, klinischen Psychiatrie und Psychologie gilt Resilienz als eine Art Synonym für die gelingende Bewältigung individueller, existentieller Lebenskrisen, wie sie sich in Szenarien schwerer Krankheit oder chronischer Behinderung, Traumatisierung, Verlusterfahrungen und Trauer zeigen. In den Neurowissenschaften und in der Psychologie geht es dabei vorwiegend um das Enhancement, d.h. um das unbedingt erstrebenswerte Ziel, Resilienz prophylaktisch oder kurativ als eine Art Befähigung zum gelungenen Leben zu generieren, sei es durch psychologische Intervention, sei es durch pharmakologische Medikamentierung; all dies basierend auf der zuversichtlichen Annahme, dass Menschen in erstaunlich hohem Maße widerstandsfähig sind und Coping-Strategien daher effizient angeeignet werden können, etwa in Verhaltenstherapien. In den genannten Forschungsfeldern ist der Resilienzbezug also überwiegend positiv konnotiert, weil er die Lösungs- und damit Überlebensfähigkeit in Krisensituationen indiziert. Diese positive Wertschätzung teile ich, möchte sie aber mit zwei entscheidenden Kritikpunkten verbinden: Der erste Kritikpunkt stammt aus dem Bereich der politischen Resilienzforschung. Dort wird der Resilienzbezug sehr viel ambivalenter verstanden, weil sich nicht nur die sogenannten Opfer von Krisenszenarien (hoffentlich) als resilient erweisen, sondern (problematischerweise) noch mehr deren Gewinner. Um es etwas plakativ auf den Punkt zu bringen: Politische Krisen überlebt nur, wer sich von Krisen nicht anfechten lässt, sondern sie unangefochten in einen Vorteil verwandeln kann. Resilienz wäre hier ein ganz und gar nicht harmloses Durchsetzungsphänomen; eine Eigenart all jener, die sich von nichts und niemandem tangieren lassen.

Der zweite Kritikpunkt stammt aus der Theologie, die mit der Seelsorge eine eher begleitende als therapeutische Aufgabe hat. In ihr kommt daher auf andere Weise in den Blick, dass sich resilientes Verhalten möglicherweise erst im Durchleben der Krise in vollem Maße generiert, mindestens erst im Durch-

leben der Krise zeigt und Resilienz schon deshalb von einer tiefen Ambivalenz geprägt ist. Wenn das aber stimmt, dann wäre bereits das Phänomen der Resilienz selbst von einer tiefen Ambivalenz geprägt und damit ein Krisenphänomen par excellence. So wichtig es ist, existentielle Krisen bewältigen zu können, so ernst zu nehmen ist die Tatsache, dass es leider die existentielle Krisensituation ist, die zum Sichtbarwerden, möglicherweise sogar zur Genese von Resilienz führt.

In der Perspektive dieser beiden Kritikpunkte nimmt sich das Phänomen der Resilienz noch einmal komplexer aus. Denn nun trägt die Analyse von Resilienz nicht nur den Aspekt des Enhancement in sich, sondern geradezu die komplementäre Frage nach Charakter, Funktion, Maß und Gestaltung von Angst, Sorge und Ohnmacht. Resilient mit einer schweren Erkrankung umzugehen bedeutet dann nicht, sie heroisch schweigend auszuhalten. Sondern Resilienz kann verstanden werden als die Fähigkeit, Angst und Ohnmacht wahrzunehmen, standzuhalten und doch empathisch genug zu sein, um sich in all dem noch tangieren zu lassen. Wenn wir aus der christlichen Theologie in diesen Forschungskontext einsteigen, dann tun wir das aus einer Tradition heraus, die geradezu spezialisiert ist auf die Gestaltung elementarer Krisenphänomene. Besteht die Kernaussage des christlichen Glaubens doch nicht nur darin, dass auch der Tod zum Leben gehört, sondern noch mehr: Dass sich durch den Tod hindurch neues Leben zeigt.

2. Klinikerfahrungen und Resilienz: Wenn die Krise zum Alltag wird

Der Klinikalltag bietet eine Vielzahl von Szenarien, die eine besondere Widerstandskraft erfordern, im Extrem von der akuten Schocksituation in der Notfallaufnahme bis zu den finalen Grenzerfahrungen in Intensiv- und Palliativstationen. Dazwischen liegen die diagnostischen Abteilungen mit ihren langen Wartefluren und noch längeren Wartezeiten, in denen vor allem die bedrückende und stillschweigende Sprachlosigkeit diffuser Angst zu hören ist. Dazwischen liegen auch die ambulanten Therapiezentren, in denen man sich kennt, wo man schon weiß, wie's läuft, und in denen die sprachlose Angst längst in tiefschwarzen Humor transferiert ist. Dazwischen liegen schließlich die Normalstationen mit ihrer ganz eigenen Routine, die anfänglich jede Privatheit aufhebt, aber im Verlauf einer chronischen Erkrankung durchaus ver-

traute Alltäglichkeit, am Ende gar eine Art Beheimatung bieten kann. Bei zeitlich absehbaren Heilungsprozessen kann man sich immer wieder an ein „Das wird schon wieder“, „Nur Geduld“ oder „Zähne zusammenbeißen und brav bei der Ergotherapie mitmachen“ klammern. Aber das Entsetzliche einer chronischen Erkrankung mit wachsender Beeinträchtigung liegt im gänzlichen Fehlen solch einer Perspektive, auch wenn die infauste Prognose vielleicht noch ein paar Jahre auf sich warten lässt. In diesen schweren Fällen ist nicht schon von vornherein eine Brücke über den Abgrund sichtbar, hier gibt es kein Sicherheitsnetz des nur teilweise beschädigten Lebens, hier gibt es nur den Fall ins Bodenlose.

Wie gut, dass das im Moment der Diagnose in den seltensten Fällen in voller Tragweite bewusst ist. Die erste Diagnose trägt zwar fast immer ein Schockmoment in sich, aber es dauert, bis sie wirklich begriffen ist. In dieser kleinen Zeitverzögerung liegt die erste Chance, die kommenden klinischen Belastungen aushalten zu können. Gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sagen in diesem Moment, was Sache ist, auch wenn sie es je nach Persönlichkeit der Patienten hoffentlich vorsichtig und behutsam tun werden. Zwar ist eine Diagnose in solch schwerwiegenden Fällen zunächst mit einem nicht selten traumatisierenden Schockerlebnis verbunden, sei es bei einem malignen Tumor, sei es im Falle von Parkinson oder MS. Aber die Kunst der Ärztinnen und Ärzte – ebenso der Pflegenden, der Psychoonkologin und des Klinikseelsorgers – besteht darin, die Patientinnen und Patienten diesem Schockzustand nicht schutzlos zu überlassen. Umso mehr als das Aussprechen der Diagnose in den meisten Fällen ja nur noch das Ventil ist für das, was angesichts der detailspezifischen Untersuchungen längst befürchtet wird.

Das Befürchtete ist diffus, es beunruhigt, ruft tiefsitzende Ängste hervor und treibt einen Menschen um, weshalb es so ungeheuer wichtig ist, das Diffuse beim Namen zu nennen, die Angst in einen Begriff zu bannen. Das wussten schon die antiken Autoren: Deshalb gibt es in der Bibel zahlreiche Geschichten, in denen das Unheimliche und Dämonische seine Macht verliert, sobald es bei seinem Namen genannt werden kann (vgl. z.B. Jakobs Kampf am Jabbok, Gen 32, 23–33; Heilung des besessenen Geraseners: „Mein Name ist Legion“, Mk 5, 1–20). Die klare Diagnose bannt die Angst in ein Krankheitsbild samt seinen Therapieoptionen. Den Patienten werden damit stabile Deutungsmuster vor Augen gestellt, die sie der spontan empfundenen Ohnmacht ge-

genüber neu ermächtigen, sich ihrer Erkrankung zu stellen. Rückgespielt auf die Resilienz bedeutet dies, dass die resiliente Persönlichkeit in der vernünftigen und empathischen Konfrontation mit der Krise zu befördern ist. Was für das ärztliche und pflegerische Personal gilt, gilt ebenso für die theologische Seelsorge und für alle Angehörigen und Freunde: Sagen, was ist. Hören, was ist. Aus- und standhalten.

Das gilt auch für den weiteren Verlauf der Erkrankung. Denn wie gut, dass zum Zeitpunkt der ersten Diagnose die wenigsten Patienten wissen, was in den folgenden Wochen, Monaten und Jahren auf sie zukommen wird: Dass man von 365 Tagen im Jahr möglicherweise 150 Tage und mehr in Arztpraxen oder gar stationär verbringen wird. Dass man von diesen 365 Tagen möglicherweise 300 Tage lang nicht länger als 30 Minuten spazieren gehen kann, weil man in einer Isolierstation ist, weil man zu schwach ist, weil die Wunden zu sehr spannen, weil ... ach, es gibt viele Gründe. Dass man deshalb die Jahreszeiten verpasst, weil die sich vom Krankenbett aus nur wie im Bild betrachten lassen. Dass man keine Gäste mehr einladen kann oder mag, weil es jedes Mal den Hinweis braucht, dass möglicherweise in letzter Sekunde abgesagt werden muss, was schon alleine Menüplanung und Einkauf zu einer Last macht. Auch wenn Gäste das „verstehen“, so ist es für die Gastgeber doch höchst belastend. Dass man in allem, was man tut, nie länger als ein paar Tage vorausschauen kann, im Extremfall sogar nur wenige Stunden. Dass all das schließlich nicht nur für die Patienten selbst gilt, sondern auch für alle Angehörigen. Dass also alle, Patienten, Familie, Freunde und auch Arbeitgeber immer wieder erleben müssen, wie Planungen, Termine, schöne Ideen torpediert werden, weil die Krankheit vorgeht. Dass man also immer wieder mit der Enttäuschung fertig werden muss, dass sich Wünsche und Hoffnungen nicht erfüllen lassen, und wenn sie so bescheiden sind wie ein Tagesausflug zu Freunden. In der Folge heißt das nicht selten, dass man sich letztlich zu den Kranken und Siechen hingezogen fühlt, dass man sich in der Klinik mehr zuhause fühlen kann als draußen. Da, wo alle krank sind, wo niemand mehr unbeschwert ist, wo keine Zukunftspläne mehr geschmiedet werden. Da, wo einen niemand mehr überholt, es sei denn auf dem Weg in eine vorübergehende Besserung oder in den Tod.

Die Erfahrung schwerer Krankheit ist damit ein psychophysisches Widerfahrnis, dem ich mich schlicht zu stellen habe, weil die Eigendynamik manifester körperlicher Irritations- und Destruktionsprozesse gar keine andere Wahl lässt

als ihnen primär ausgeliefert zu sein. Ist ein Unfall durch einen Treppensturz geschehen, kann sich die eigene Wut immerhin noch auf das verursachende Gegenüber, nämlich Treppe oder Architekt richten. Aber in besonderer Schärfe zeigt sich das Problem für alle Autoimmunerkrankungen wie die rheumatoide Arthritis, auch für die vielfältigen Tumorerkrankungen, in denen sich der eigene zutiefst intime Körper gegen das Selbst zu wenden scheint. Es gilt schließlich auch für alle psychiatrischen Erkrankungen, in denen sich nicht nur der eigene Körper, sondern auch das eigene Ich entfremden bis zur völligen Fragmentierung der Persönlichkeit.

Es ist kein Wunder, dass Menschen in solch einer Situation nach einem Gegenüber suchen, das sie anklagen können. Dem die Schuld zu geben ist, weil das, was hier passiert, schlicht unfair ist. Weil das Leben nun gegen eine Erkrankung zu führen ist, die keinem Menschen zumutbar ist. Es ist daher kein Wunder, dass Menschen in solch einer Situation die Theodizee-Frage stellen: Wie kann Gott das zulassen? Wenn dieser Gott des Christentums ein allmächtiger Gott ist, wenn er ein gerechter und liebender Gott ist, wie kann er tatenlos zusehen? Weshalb greift er nicht ein? Kann er das nicht? Dann ist er nicht allmächtig. Will er es nicht? Dann ist er nicht gerecht. So kann das Urteil heute ausgehen, aber so ist es auch schon in der Antike ausgegangen, nämlich im 4. Jahrhundert bei Lactantius (*De ira Dei* 13, 20f.), der seinerseits bei Epikur (4./3. Jh. v. Chr.) nachgelesen hat. Die Frage ist also alt, auch wenn sie erst im Jahr 1710 von Leibniz unter den Begriff der Theodizee gefasst wurde. Leibniz selbst hat sie damit zu beantworten versucht, dass die Übel in der Welt unvermeidlich seien, weil die Welt eben von Gott unterschieden und daher unvollkommen sei. Doch auch das befriedigt nur bedingt und war spätestens mit dem Erdbeben von Lissabon 1755 im wahrsten Sinne des Wortes erschüttert. Die Theodizee ist seit jeher eine offene Frage – das allerdings mit gutem Grund. Sie lässt sich in dieser Version nämlich prinzipiell nicht lösen: Die Frage zielt auf ein kognitives Wissen um Gottes Handeln, das aus erkenntnistheoretischen Gründen nicht zu haben ist. Wir können unser Leben als ein Leben vor Gott verstehen, aber ob Gott unserer Vorstellung von ihm entspricht oder nicht, das lässt sich weder mit unserem Verstand noch mit unserer Vernunft erkennen. Als theoretische und kognitive Frage ist die Theodizee unlösbar.

Es ist deshalb auch kein Wunder, dass Menschen in solch einer Situation eine zweite typische Frage aufrufen – die Frage nach Schuld und Sühne: Das, was

einem hier widerfährt, kann doch nicht „einfach so“, zufällig, aus einer Laune der Natur heraus geschehen? Sondern es muss doch einen Urheber geben, der diese Strafe verteilt? Schließlich muss doch alles irgendeinen Sinn haben? Wird dieser Fragenkatalog aufgerufen, wird es endgültig beklemmend. Denn nun ist es nicht mehr die abstrakte, kognitiv-theoretische Theodizee, die im Raum steht. Sondern nun ist es die emotionale, empathische Theodizee, die Martin Luther in die Frage gepackt hat, „wie mir dieser Gott gnädig sein kann“. Nach der Abstraktion des kognitiven Gottesgedankens geht es nun um Gott in mir, in meinem eigenen Leben. Auch diese Frage lässt sich kognitiv nicht lösen. Denn auch hier gilt, dass wir in keinsten Weise wissen könnten, wie und ob überhaupt Gott straft oder nicht. Doch darum geht es gar nicht. Sondern es geht um das Getroffensein desjenigen Menschen, der sich gestraft fühlt. Es kann deshalb auch nicht darum gehen, diese Vorstellung einfach als falsche Vorstellung abzutun, weil das demjenigen, der so fühlt, sogar noch die Würde des eigenen Gefühls nimmt. Sondern es geht darum, dieses Getroffensein mit ihr oder ihm auszuhalten und diesen Ausdruck gemeinsam weiter zu gestalten. Es geht darum, all dem gemeinsam neuen Sinn zu geben.

3. Resilienz: Aushalten und gestalten

Nur weil sich die Theodizee in ihrer kognitiven Dimension nicht beantworten lässt, heißt das nicht, dass wir deshalb nur noch von Gott schweigen könnten. Es bedeutet auch nicht, dass wir Gott und der Welt unsere Anklage ersparen, so tun, als ob nichts wäre und in emotionsverdrängter Apathie erstarren. Eher im Gegenteil, gehört es doch zu einer resilienten Persönlichkeit, dass sie sich von Krisen tangieren und berühren lässt und diesem Berührtsein Ausdruck verleiht. Der Name Hiob ist Synonym dafür, dass Gott nicht aus der Verantwortung zu lassen ist, wenn das Leben in den Abgrund rutscht. Die Klagepsalmen sind Vorbild, wie das Elend Gott, ins Angesicht zu schleudern ist, wie etwa in Psalm 22, der bekanntlich sogar dem sterbenden Jesus am Kreuz in den Mund gelegt ist: „Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen? Ich schreie, aber meine Hilfe ist ferne. Mein Gott, des Tages rufe ich, doch antwortest du nicht, und des Nachts, doch finde ich keine Ruhe (v2f.). [...] Ich bin ausgeschüttet wie Wasser, all meine Knochen haben sich voneinander gelöst; mein Herz ist in meinem Leibe wie zerschmolzenes Wachs. Meine Kräfte sind vertrocknet wie eine Scherbe, und meine Zunge klebt mir am Gaumen, und du legst mich

in des Todes Staub (v15f).“ Sagen, was ist. Denn so ist es. Das Faszinierende an den biblischen Texten ist ihre Einsicht in ganz elementare menschliche Lebensprozesse. Hiob leidet, stellt sein Leid Gott anheim und wird genau deshalb am Ende anerkannt. Der Psalmist schreit und fleht zu Gott, und zieht ihn genau darin auch für die Zukunft zur Verantwortung: „Ich will deinen Namen kundtun meinen Brüdern, ich will dich in der Gemeinde rühmen (v23) [...] Denn er hat nicht verachtet noch verschmäht das Elend des Armen und sein Antlitz vor ihm nicht verborgen; und als er zu ihm schrie, hörte er’s. (v25) [...] Denn des Herrn ist das Reich (v29)“. Der Mensch, der hier betet, lässt Gott nicht aus der Verantwortung, sondern setzt auf ihn, nun aber nicht mehr gegen, sondern trotz des erfahrenen Leids.

Nicht gegen, sondern trotz – darin besteht eine entscheidende Wendung in der Bewältigung der Belastungen des klinischen Alltags, die hochkomplexe Interaktionsphänomene mit sich bringen: Mindestens medizinisch-psycho-physische, sozial-familiäre, ökonomische und kulturell-religiöse Aspekte sind involviert. Ist dieser Schritt vom „gegen“ zum „trotz“ getan, dann lässt sich mindestens ansatzweise von Resilienz sprechen. Hatte ich Resilienz doch eingangs bestimmt als „die unter krisenhaften Lebensbedingungen entgegen aller Erwartung zu leistende Adaptionfähigkeit und Widerstandskraft von einzelnen Menschen“. Sie lässt sich auf vielfältige und oft ganz banale Weise befördern, auch wenn sie keine kompetenzorientierte Leistung ist, sondern eher eine Befähigung, die einem im bewussten und gestalteten Durchleben der Krise zuwächst.

Eine große Hilfe für das „trotz“ kann von den Pflegenden gegeben werden, die den Patienten nebenher und wie selbstverständlich von den Abläufen in der Klinik erzählen, von wechselnden Dienstplänen, unvorhergesehenen Änderungen, kaputten Duschen, ewig piepsenden Geräten, dem Ärger mit den Handwerkern und, ganz wichtig, von der eigenen Überlastung. Weil das System Klinik damit Gesichter bekommt und in Geschichten verstehbar wird, weil man sich in diese Geschichten mit einbringen kann, im Ärger über das zeitweilige Chaos, im Übernehmen kleiner Handgriffe für andere wie in der Dankbarkeit für die trotz der schwierigen Bedingungen meist so unendlich freundlich geleisteten Pflege.

Ein zweites Beispiel wäre die Ärztin, die den Patienten bei der ersten stationären Aufnahme ermahnt, sich nicht hängen zu lassen. Innerlich nicht, aber auch

nicht äußerlich, also: Duschen, rasieren oder – bei den Damen – auch einmal schminken. Den alten ausgewaschenen Pyjama durch einen feschen neuen ersetzen, denn man will ja wenigstens hübsch sein; wenn schon ein körperliches Wrack, dann wenigstens fesch, weil es im klinischen Alltag immer auch um Selbst- und Fremddachtung geht.

Drittes Beispiel: das Essen. Sämtlichen Klinikverantwortlichen sei es täglich neu aufs Brot geschmiert, wie ungeheuer wichtig die Bedeutung einer guten Klinikküche ist! Ist sie schlecht, was unverständlicherweise meist der Fall ist, muss man eigenmächtig handeln und hier sind alle Angehörigen und Freunde gefragt: Gute Sachen mitbringen und die eigenen Mahlzeiten mit in die Klinik verlegen, d.h. sinngemäß für die ganze Station leckere Brötchen, Pizza und, wenn es sein muss, auch McDonalds besorgen, bei den Damen eher einen Salat oder einen vegetarischen Auflauf. Klischee egal, Hauptsache es schmeckt – und, ganz wichtig, einfach mitessen. Niemand wird einen rauswerfen und nach dem Essen kann man gleich noch einen guten Kaffee vom Bäcker holen.

Ist das Essen grad nicht möglich, weil schon der bloße Geruch den Brechreiz evoziert, dann lässt sich auf die Macht der Bilder setzen. Man kann das Kino heute problemlos mitbringen, denn irgendein Raum findet sich immer, in dem abends – selbstverständlich leise und ohne die anderen zu stören – Filme geschaut werden können. Man wird sich wundern, wie gern sich andere Patienten dann stören lassen und zu was für einer Riesengaudi so ein heimlicher Abend werden kann. Gelobt und gepriesen sei Gott, wenn der Klinikaufenthalt mit der Fußball-WM zusammenfällt – so hat man den Chefarzt noch nie erlebt.

Schreibe ich all das zu locker vom Hocker? Verkommt die Belastung zur Persiflage? Nein. Denn klinische Belastungen aushalten heißt, die eine lustige Stunde gegen die 23 traurigen zu setzen, das eine Lachen gegen die vielen Tränen. Das gilt besonders für das vierte Beispiel, Geburtstagsfeste und Weihnachten: Es kann einen schon der Jammer überkommen, wenn diese Festtage in der Klinik stattfinden müssen. Aber selbst dann: Nicht gegen ist das Stichwort und damit kein Weihnachten, sondern trotz: Sogar der Christbaum lässt sich einfach mitbringen! Der aus echtem Holz wird vermutlich nicht zulässig sein, aber es gibt entzückende Bäumchen aus Metall und die Weihnachtsgeschichte lässt sich im Krankenzimmer ebenfalls laut vorlesen: Ob Heu in der Krippe oder die Infusion am Tropf, die Botschaft von dem, der ins Elend der Menschen hineingeboren wird, kommt in der Klinik umso sicherer an.

Ein letztes Beispiel: die Bedeutung des Augenblicks, die Präsenz im Hier und Jetzt. Wenn die Kraft fehlt für den Spaziergang, reicht sie vielleicht für einen Kaffee auf dem Balkon; in warme Decken gewickelt sich die Sonne auf die Nase scheinen lassen – jetzt, in diesem Augenblick. Innehalten und genießen, denn jetzt, in diesem einen Augenblick, ist alles gut. Gestern war es das vielleicht nicht und wie es morgen sein wird, weiß man nicht. Doch das lässt sich ausblenden. Wer solch einen Augenblick erleben kann, trägt die Ahnung der Schöpfung in sich. Wer diesen Augenblick erleben kann, lebt nicht mehr gegen oder trotz der Erkrankung, sondern dieser Mensch lebt mit der Erkrankung. Wem diese Erfahrung zukommt, der versteht schon zu Lebzeiten den zutiefst christlichen Satz: „Jeder Schritt in den Tod ist ein Schritt ins Leben.“

Fünf Beispiele, in denen sich erzählen lässt, wie sich der Klinikalltag aushalten und gestalten lässt. In allen fünf Beispielen geht es darum, dass sich im elementaren und zuweilen banalen Anerkennen einer Krise Resilienz so ausbilden kann, dass sich sogar am Abgrund einer schweren Erkrankung neues Licht zeigen kann. Von besonderer theoretischer Einsicht ist dabei, dass sich solch eine mächtige Deutung des ohnmächtigen Lebens nie einfach nur postulieren lässt. Sondern dass diese Deutung, Anerkennung oder Sinngebung erst allmählich aus der krisenhaften Erfahrung erwächst. Das gilt gerade für all jene Erkrankungen, die einen langfristigen und nichtkurativen Verlauf haben. Denn in ihnen kommt es immer wieder zu der Erfahrung, dass man von Krankheitschüben umgeworfen zu werden droht, vielleicht auch umgeworfen wird, und doch immer wieder ganz erstaunt feststellt, noch da zu sein. Je bedrohlicher diese Schübe sind, desto eher lässt sich die verblüffende Erfahrung artikulieren, dass man so schnell offensichtlich nicht stirbt. Das faktische Ende rückt daher gerade dann in erstaunliche Ferne, wenn es – von außen betrachtet – bedrohlich nahe ist. Noch schärfer gesagt: Gerade vor dem nahen Ende zeigt sich schon im einzelnen Augenblick die Ewigkeit.

Literatur bei der Autorin

Die Vortragenden

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (* 1952)

ist ein deutscher Radiologe. Von 1989 bis 2007 bekleidete er das Amt des Ersten Vorsitzenden des Bundesvorstandes der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, deren Ehrenvorsitzender er seit 2007 ist. Ebenfalls 2007 wurde er zum Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und 2011 wurde er zu deren Präsident gewählt. Am 16. April 2015 hat der Vorstand des Weltärztebundes Frank Ulrich Montgomery zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Nach Medizinstudium in Hamburg und Sydney erhielt er 1979 seine Approbation und wurde 1986 Facharzt für Radiologie. Seit 2006, sowie von 1994 bis 2002, war bzw. ist er Präsident der Ärztekammer Hamburg. In seiner Funktion als Präsident der Bundesärztekammer ist er einer der beiden Vorsitzenden des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin. Montgomery arbeitet als Oberarzt der Radiologischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. 2013 wurde er mit dem Dr.-Günther-Buch-Preis für Medizin der Johanna-und-Fritz-Buch-Gedächtnis-Stiftung ausgezeichnet.

Prof. Dr. Konrad Anton Reinhart (* 1947)

ist ein deutscher Anästhesist und Intensivmediziner. Er war (bis März 2016) Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Konrad Reinhart studierte von 1969 bis 1975 an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München und der Freien Universität Berlin Humanmedizin. 1978 wurde er an der Freien Universität Berlin promoviert, 1984 habilitiert. Als leitender Oberarzt arbeitete er am Klinikum Steglitz. 1993 erhielt er einen Ruf an das Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena als Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie. Laut ISI Web of Knowledge ist Reinhart einer der meistzitierten Wissenschaftler auf dem Gebiet der Sepsisforschung. Reinhart ist Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) und Begründer der Sepsis Stiftung.

Prof. Dr. Cornelia Richter (* 1970)

ist Professorin für Systematische Theologie und Hermeneutik an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Ihre Vita: 1989–95 Studium der Ev. Theologie und Philosophie in Wien und München, 1996–97 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Wien, 1998–2003 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am FG Systematische Theologie in Marburg, 2002 Promotion (scl), 2003–05 Ass. Res. Prof. am Center for Subjectivity Research (CFS) in Kopenhagen, 1997–2005 MA Sprecherziehung/Rhetorische Kommunikation an der Universität Koblenz-Landau, 2005–10 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am FG Systematische Theologie in Marburg, 2010 Habilitation und Ernennung zur PD, 2010–11 Dozentin für Systematische Theologie am Missionsseminar Hermannsburg (Master of Theology), 2010–12 Vertretungsprofessur für Systematische Theologie und Ethik an der JLU Gießen, parallel im FS 2011 Lehrstuhlvertretung für Systematische Theologie am Theol. Seminar Zürich.

Die Stiftung Allgemeinmedizin

„Mit der Stiftung Allgemeinmedizin wollen wir die vielen Facetten des Hausarztberufes ausleuchten und ergründen und so junge Menschen für diesen Beruf begeistern.“ Prof. Dr. Jochen Gensichen, Gründer der Stiftung Allgemeinmedizin

Die Stiftung Allgemeinmedizin wurde 2013 gegründet, um auf die Schlüsselposition der Allgemeinmedizin innerhalb der gesundheitlichen Versorgung aufmerksam zu machen und die Rolle der Hausarztpraxis als verlässlicher Erstversorger weiterzuentwickeln und zu stärken.

Die Stiftung Allgemeinmedizin

- informiert die Öffentlichkeit über den Beruf des Hausarztes
- fördert die allgemeinmedizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung im Fachgebiet der Allgemeinmedizin
- unterstützt den allgemeinmedizinischen Nachwuchs
- fördert die Forschung und Entwicklung allgemeinmedizinisch relevanter Diagnose-, Behandlungs- und Versorgungskonzepte mit dem Ziel, die Patientenversorgung zu optimieren
- fördert die Verbreitung neuer Forschungsergebnisse in medizinischen Fachkreisen sowie in der Öffentlichkeit und kommuniziert deren Bedeutung für Medizin und Gesellschaft
- unterstützt die nationale und internationale Vernetzung allgemeinmedizinischer Aktivitäten

Die Stiftung Allgemeinmedizin wird fördernd in drei Bereichen tätig:

Wahrnehmung der Allgemeinmedizin: Die Stiftung Allgemeinmedizin möchte allgemeinmedizinische Kernkompetenzen für eine breite Öffentlichkeit aus Bürgern, Medien, Gesundheitspolitik sichtbar machen und angehende Ärzte für dieses Thema sensibilisieren.

Führungskräfte für die Allgemeinmedizin: Die Stiftung Allgemeinmedizin möchte mehr klinisch-hausärztliche Kompetenz für die Gestaltung unseres Gesundheitswesens bereitstellen. Sie unterstützt die Qualifizierung von Hausärzten zu Führungspersönlichkeiten für Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

Forschungsprojekte für die Allgemeinmedizin: Die Stiftung Allgemeinmedizin möchte neue allgemeinmedizinische Forschungsthemen fördern und einzelne Projekte unterstützen. Die Stiftung Allgemeinmedizin möchte daher Projektideen mit Bezug zur hausärztlichen Versorgung fördern. Ausdrücklich sollen auch Projektideen mit geringem Ausreifungsgrad gefördert werden, sofern sie über eine hohe praktische Relevanz verfügen. Grund: Auch frühe Pilotversuche, die nicht weitergeführt wurden, bergen wertvolle Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag.

Ausführliche Informationen zur Stiftung im Internet unter:

www.stiftung-allgemeinmedizin.de

Bankverbindung

Stiftung Allgemeinmedizin

Sparkasse Jena

Kto.: 180 296 55 BLZ: 830 530 30

IBAN: DE73 8305 3030 0018 0296 55

SWIFT-BIC: HELADEF1JEN

Steuer-Nr.: 162 / 142 / 09741 (Finanzamt Jena)

