

# Österreichweite Krankenhauseelsorgetagung

Vom guten Tun und Lassen: Chancen und Herausforderungen für die Seelsorge im Kontext medizinethischer Fragen im Krankenhaus

26. – 27. März 2019, Bildungshaus St. Virgil, Salzburg

Abstrakt: Prof. Dr. Barbar Friesenecker, Universitätsklinik für Allgem. und Chir. Intensivmedizin, Med. Universität Innsbruck

**Wie geht Ethik im Krankenhaus?** Thesen, Argumentationen und Beispiele, wie das System Krankenhaus mit ethischen Fragen im klinischen Alltag umgehen kann und soll.

Das Thema „Lebensende und Sterben“ ist in unserer heutigen Gesellschaft ein TABU-Thema. In unserer maximal technisierten Medizin erscheint Leben erhalten um jeden Preis mehr das Ziel zu sein als einem sterbenden Menschen rechtzeitig palliativmedizinische Hilfe anzubieten. Wir wiegen uns in falscher Sicherheit, wenn wir ungeachtet der *Sinnhaftigkeit* und der *Verhältnismäßigkeit* einer Maßnahme immer ALLES technische Mögliche machen (*Übertherapie*). Wir sind uns oft nicht bewusst, dass jede Behandlung eine Indikation und ein Therapieziel haben und für PatientIn „von Nutzen“ sein muss. Eine Behandlung darf ohne klare Indikation nicht begonnen oder fortgesetzt werden, wenn sie PatientIn nicht/nicht mehr nützt, nur weil ÄrztIn sich nicht durchringen kann, Klarheit zu schaffen und dies auch zu kommunizieren. Sterben hinauszuzögern und Leiden zu verlängern ist nicht geboten (Verletzung des „Nicht-Schadens-Prinzips“) und ist - juristisch gesehen - eine Körperverletzung!

In Zeiten knapper werdender Ressourcen haben wir neben ethischen Überlegungen einen Grund mehr, nicht sinnlos Geld in für PatientIn nicht-nützliche Therapien zu stecken da dieses Geld sonst an anderer und wichtiger Stelle fehlt und statt Übertherapie dann Untertherapie das Problem werden könnte (Verteilungsgerechtigkeit),!

Wir ALLE haben Angst das Thema „Lebensende“ offen anzusprechen: Angehörige, weil sie PatientIn nicht „traurig machen wollen“. PatientInnen, die meist längst spüren wie es um sie steht, weil sie Ihre Angehörigen nicht belasten wollen, deren innere Abwehrhaltung sie bei diesem Thema spüren. ÄrztInnen, weil sie selbst ein Problem mit dem Thema Sterben haben und weil sie nicht gelernt haben mit PatientInnen zum Thema Lebensende zu kommunizieren. Die technischen, medikamentös-medizinischen Möglichkeiten sind in modernen Medizinsystemen schier endlos, die Forderungen der PatientInnen und ihrer Angehörigen nach Heilung oft unmäßig und unrealistisch. Wir ÄrztInnen haben das Bild „ALLES richten zu können“ nach Außen projiziert, und müssen nun damit leben, nicht alle Wünsche erfüllen und den Tod nicht endgültig verhindern zu können. Wir ALLE müssen wieder anerkennen, dass Sterben ein immanenter Teil des Lebens ist und es unser ärztlicher Job ist auch die letzte Lebensphase unserer PatientInnen gut zu begleiten, wenn „Heilen“ kein Konzept mehr sein kann. Jede(r) ÄrztIn muss die medizinische Expertise haben den uns anvertrauten PatientInnen ein Sterben in Würde (= ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und nicht alleine) zu ermöglichen.

Sowohl theoretisch als auch praktisch klinisch haben wir ÄrztInnen derzeit große Defizite, die uns verunsichern und Angst machen. Sie halten uns davon ab gute Entscheidungen zu treffen. Wir haben wenige wirkliche *role models*, die uns den Umgang mit dem Thema Sterben und Tod am Krankenbett lehren. Folge ist die heute oft praktizierte *Defensivmedizin* aus Angst vor dem Vorwurf

der unterlassenen ärztlichen Hilfeleistung/ fahrlässigen Tötung, was zu *Übertherapie* und *chronisch kritischer Erkrankung* führt. Übertherapie und chronisch kritische Erkrankung werden verursacht durch die sinnlose Weiterführung von auf Heilung ausgerichtete Medizin: PatientInnen sind durch das Weiterführen einer technisch möglichen Medizin, die aber kein grünes Licht am Ende des Tunnels hat, einem *verlängertem Leiden* und einem *verzögerten Sterbeprozess* ausgesetzt, was dem medizin-ethischen Prinzip des *Wohltuns* und *Nicht-Schadens* widerspricht. Wir schaden damit nicht nur unseren PatientInnen, sondern auch deren Angehörigen, die häufig eine schwere posttraumatische Stressreaktion nach wochenlangem Begleiten Ihrer Lieben auf einer Intensivstation durchleben, die über den Zeitpunkt von Tod/Entlassung der PatientIn hinaus anhält. Medizinisches Personal (ÄrztInnen, Pflegepersonen) sind am meisten durch die Fortführung sinnloser, eigentlich nicht mehr indizierter, auf Heilung ausgerichteter Medizin belastet, wenn schon längst klar ist, dass eine Heilung nicht mehr erreicht werden kann. Dies ist die häufigste Ursache für *Burnout* bei medical professionals und führt dazu, dass Pflegepersonen fluchtartig Intensivstationen verlassen, weil sie das „sinnlose“ Fortführung von Therapien, die PatientInnen nicht mehr nützen (*Futility*) nicht mehr ertragen können und wollen. Schlussendlich verletzen wir damit auch das 4. Prinzip des Georgetown-Mantras, wenn wir Therapien ohne Chance auf ein positives Outcome fortsetzen und neben dem seelischen und körperlichen Schaden auch finanzielle Ressourcen verschwenden, und so schlussendlich auch unserer Gesellschaft schaden (Prinzip der „Gerechtigkeit“; soziale Gerechtigkeit, Verteilungsgerechtigkeit).

Die *ärztliche Angst* davor die „richtigen“ und oft schwerwiegenden Entscheidungen zu treffen um rechtzeitig von *Heilung* auf *palliativmedizinische Maßnahmen* umzuschwenken, ist auch dadurch erschwert, dass PatientInnen derzeit noch wenig *Selbstverantwortung* für ihr Lebensende übernehmen. Wünsche in Bezug auf das Lebensende sind meist nicht gut im Vorhinein kommuniziert (*PatientInnenverfügung*). Noch viel zu selten sind Personen offiziell von PatientInnen Beginn einer Behandlung benannt, die den *mutmaßlichen Willen* stellvertretend äußern können, wenn PatientInnen im Verlauf einer schweren Erkrankung nicht mehr für sich selbst sprechen können. Das neue, seit Juli 2018 gültige Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) könnte bei guter Anwendung in Zukunft eine große Hilfe sein, weil dadurch mehr Kommunikation auf allen Ebenen rund um das Thema Lebensende gebracht werden kann. 4 Kategorien von StellvertreterInnen haben die Aufgabe den mutmaßlichen PatientInnenwillen zu kommunizieren, wenn PatientIn nicht mehr für sich selbst sprechen kann:

1. PatientIn kann dazu - wie früher - eine *Vorsorgebevollmächtigte* bestimmen,
2. PatientIn kann, wenn sie nicht rechtsfähig ist, eine *gewählte VertreterIn* bestimmen,
3. ÄrztInnen müssen eine Person aus dem Umfeld von PatientIn auffordern eine *gesetzliche Vertretung* zu übernehmen, wenn PatientIn nicht vorgesorgt hat und schlussendlich gibt es immer noch die Möglichkeit einer
4. *gerichtlichen Vertretung*, die der früheren Sachwalterschaft entspricht (<https://www.anaesthesie.news/aktuelles/das-neue-erwachsenenschutzgesetz-die-wichtigsten-aspekte-fuer-die-klinik/>).

Dies alles kann über die neuen *Erwachsenenschutzvereine* (früher Sachwalterschaft) abgewickelt werden und ist finanziell deutlich leistbarer als die Abwicklung über einen privaten Notar/Rechtsanwalt (siehe Tabelle unten).

Auch das seit Winter 2018 gültige neue ÄrztInnen-Gesetz ist hilfreich im Sinne einer Humanisierung der Medizin. Es optimiert die Rahmenbedingungen und schafft Rechtssicherheit für eine optimale Begleitung von PatientInnen am Lebensende. Das Gesetz sagt, dass es bei Sterbenden zulässig ist „...im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt...“. Dies bedeutet, dass eine mögliche Verkürzung des Lebens als Folge einer zur adäquaten Symptomkontrolle (keine Angst, kein Stress, keine Schmerzen, keine Atemnot) notwendigen Dosissteigerung explizit erlaubt ist: Dies gibt uns ÄrztInnen damit mehr Rechtssicherheit für die Therapie am Lebensende. (<https://www.anaesthesie.news/allgemein/experten-begrueßen-geplante-gesetzesänderung-zur-palliativmedizinischen-begleitung-am-lebensende/>),

Zusammenfassend kann man sagen, dass die rezenten gesetzlichen Rahmenbedingungen (2018) hinsichtlich eines guten und selbstbestimmten Lebensendes optimiert wurden. Um aber eine Humanisierung der derzeit sehr technischen Medizin wirklich zu ermöglichen müssen sich dazu noch einige andere **äußere Rahmenbedingungen** grundlegend ändern:

- Verbesserung der ärztlichen Ausbildung
  - ÄrztInnen müssen neben dem Eskalieren von Anfang an lernen, den Zeitpunkt zum rechtzeitigen **De-Eskalieren** zu erkennen (role models, besseres Bedside-Teaching). Plan: Ethik-Pflicht-Lehre im Rahmen des Medizin-Studiums in Innsbruck
  - Mehr praxisorientierte Ausbildung in Medizin-Ethik und Recht für ALLE ÄrztInnen
  - Bewusstsein im Rahmen der ärztlichen Ausbildung schaffen, dass JEDE ÄrztIn neben Heilen auch Sterbende PatientInnen begleiten können muss!
- Arbeitsbedingungen für ÄrztInnen verbessern, damit mehr Zeit für Gespräche bleibt („ÄrztIn ist die beste Medizin“) ... ausreichend ärztliches Personal; menschliche Arbeitszeiten!
- Monetäre Anreizsysteme ändern (je invasiver, desto mehr Punkte; OP muss gleich viel „wert“ sein wie mit PatientIn sprechen; De-eskalieren Richtung Palliativ-Medizin darf nicht „bestraft“ werden mit weniger LKF-Punkten)
- Klinische Ethik-Komitees (KEK) zur Absicherung schwieriger Entscheidungen am Lebensende flächendeckend in allem Krankenhäusern einführen
- Palliativeinrichtungen flächendeckend in Österreich einrichten (Kinder, Erwachsene, Mobil etc...)
- Einführung von `Advance Care Planning` (ACP; zu Hause, in den Altersheimen und im Krankenhaus)
- Seelsorgerische Unterstützung in allen Konfessionen flächendeckend zur Verfügung haben
- ÄrztInnen und Pflegepersonen in den unterschiedlichen Herangehensweisen der Religionen mit dem Thema Tod und Sterben schulen

Wir müssen es jetzt „nur“ mehr alle schaffen diese Inhalte besser und offener miteinander zu kommunizieren und uns wieder trauen rechtzeitig gute Entscheidungen zu treffen. Wir müssen das Thema Tod und Sterben wieder aus der gesellschaftlichen TABU-Zone herausführen und gemeinsam mit allen medical professionals und unseren SeelsorgerInnen versuchen in eine gute Kommunikation mit den PatientInnen und Angehörigen über das Lebensende zu treten. Wir müssen wieder erkennen, dass der Tod trotz aller medizin-technischen Möglichkeiten unausweichlich ist und dass eine gute und rechtzeitige Kommunikation über das Lebensende ALLE Beteiligten (incl. des Gesundheitssystems!) entlasten wird.

Dann wird es uns gelingen die Medizin wieder menschlicher zu gestalten, das Sterben wieder in unser Leben zu integrieren und schlussendlich zurückzufinden zu einer menschlichen und guten Medizin TROTZ aller technischen Möglichkeiten. Medizin mit allen technischen Möglichkeiten ist damit automatisch wieder leistbarer und steht dann den Menschen zur Verfügung, denen sie am meisten nützt und die dadurch am meisten profitieren können (Verteilungsgerechtigkeit). Übertherapie und chronisch kritische Erkrankung, durch die viele Menschen prolongiert leiden und verzögert Sterben ohne „grünes Licht am Ende des Tunnels“, wird automatisch weniger werden und evtl. ganz verschwinden.

**Kosten**, die auf unsere PatientInnen und Angehörigen zukommen, wenn sie im Sinne des neuen ErwSchG eine Stellvertretung übernehmen (Quelle: Telefonat mit dem *Tiroler Erwachsenenenschutzverein* im Januar 2019):

**Gesetzliche Vertretung:** Registrierung 50€ + Gebühr 9,96€ = **59,96€**

**Gewählte Vertretung:** Errichtung der Vollmacht 50€ + Registrierung 10€ + Gebühr 9,96€ = **69,96€**

+ **Hausbesuch** 25€ = **max. 94,96€**

**Vorsorgevollmacht** (frühestens ab **Mitte 2019** möglich): Errichtung + Unterfertigung der Vereinbarung 70€ + Registrierung 10 € + Gebühr 9,96€ = **89,96€** + Hausbesuch 25€ = **max. 114,96€**