

Beste Dialyse - gute Pflege - keine Ethik

3. Berliner Pflegefachtagung Peritonealdialyse, Berlin (1997)

Eigentlich wollte ich keinen Vortrag mehr halten.
Schon gar nicht über ethische Fragen.

Warum?

Nun, weil Sinnfragen nach unserem Tun, ethische Überlegungen zu unserem Beruf kaum jemanden wirklich interessieren.

Und weil solche Vorträge fast nie etwas bewegen.

Und vor allem, weil sie dennoch in letzter Zeit sehr in Mode gekommen sind und mich nun mal neue Moden nicht interessieren.

Man verbrämt seine Kongresse mit ethischem Schmalz.

Es ist schick, auf einem Kongreß nach der schweren fachlichen Kost von irgend einem Exoten als Nachtisch noch ein ethisches Sahnedessert auftragen zu lassen. Dann ist man "up to date"!

Und nun stehe ich doch wieder hier. Ich wundere mich selbst darüber! Warum nur bin ich gekommen?

Aus zwei Gründen:

Sie haben das erstens einem reizenden Brief Ihres Organisators Walter Maletzki zu verdanken. Mit überzeugenden Argumenten hat er mich nach Berlin gelockt.

Und das Zweite: Ich mag Krankenschwestern sehr. Weil sie nicht so schrecklich arrogant sind wie meine Kollegen, die Ärzte. Und ganz besonders liebe ich solche Schwestern wie Sie, die sich den außerordentlich schwierigen Aufgaben einer Dialyse-abteilung verschrieben haben.

Ihnen glaube ich, daß Sie mit mir wirklich ernsthaft an den Fragen interessiert sind, die ich zur Diskussion vorbereitet habe und die ich Ihnen gleich nenne.

Doch zunächst müssen Sie wissen, wen Sie vor sich haben: es ist eine gute alte Sitte, sich seinem Gesprächspartner vorzustellen!

Mein Name ist Eike Uhlich und ich bin ein klein wenig älter als die meisten von Ihnen.

Mein Interesse für die Nieren begann hier in Berlin.

Vor über 30 Jahren!

Zunächst eher theoretisch, in der Physiologie, an der damaligen Freien Universität.

Grundlagenforschung nennt man das, was sich in meinem Fall später am Max-Planck-Institut in Frankfurt fortsetzte.

Untersuchungen an der Rattenniere und an künstlichen Membranen.

Hochinteressant und fesselnd. Aber völlig nutzlos für meine späteren Patienten.

Daher bin ich dann in die Klinik gegangen. An die Uni nach Köln-Merheim und später nach München.

Stichwort: Hochleistungsmedizin.

Dort hat man mich zunächst zum Internisten gemacht und etwas später zum Nephrologen geweiht.

Sodaß ich ein paar Jahre später eine kleine Dialyseabteilung aufbauen und leiten durfte.

Mit prachtvollen Schwestern! Daher meine Liebe zu Ihnen!

Kurzfristig geriet mein medizinischer Werdegang auf das tote Geleise der privaten Kurmedizin, die ausschließlich der Gewinnmaximierung ihrer Betreiber dient und medizinisch von sehr umstrittener Bedeutung ist. Ich jedenfalls mochte dort nicht bleiben.

Schließlich erreichte meine ärztliche Laufbahn ihre wohl terminale Ebene. Und zwar in einem der kleinsten Krankenhäuser Bayerns, nämlich in Hofheim. Einem so kleinen Städtchen, daß es nicht einmal eine einzige Verkehrsampel hat. Aber eben dieses winzige Krankenhäuschen. Zwischen Würzburg und Erlangen oder etwas genauer noch: zwischen Bamberg, Schweinfurt und Coburg.

Ich bin es meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schuldig, zu sagen, daß hier "menschliche Medizin" nicht nur beredet, sondern auch gemeinsam zu praktizieren versucht wird.

Es ist ein Krankenhaus, in das man als Patient glücklich zurückkehrt, wenn man vorher aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen in das entferntere Großklinikum verlegt werden mußte.

Und ein Haus, in dem man nicht einsam sterben muß, so denke ich. Aber ein Haus, um dessen eigenes Überleben im Rahmen der aktuellen Spar- und Rationalisierungsmaßnahmen ich Sorge habe.

Gelegentlich fliehe ich aus diesem Krankenhaus. Ich sage dann meinen Schwestern, dies sei wichtig, um routinierten Automatismen vorzubeugen. Oder ich behaupte, ich brauche dies zur Verhütung der "Midlife-Crisis". Wenn meine Frau und ich dann zurückkehren aus der Sahara, aus Sibirien oder vom Himalaya, sind wir für eine gute Weile reichlich verdorben für unsere deutsche Luxusmedizin, für unseren ärztlichen Machbarkeitswahn, für das Anspruchsdenken der Patienten und vieles mehr. Aber offener für die Fragen, die ich mit zunehmendem Alter für immer wichtiger halte und die wir deshalb hier besprechen wollen.

So, Sie kennen mich nun gut. Ich habe (fast) keine Geheimnisse mehr vor Ihnen und wir können unsere Hausaufgaben machen.

Ich werde Sie nicht schonen, sondern schockieren, und Sie zu interessieren und zu informieren suchen. Und ich werde viel mehr Fragen stellen, als ich Antworten geben kann. Am Ende werden wir dann die Rollen tauschen: Wenn Sie mir jetzt zum Anfang so lange zuhören müssen, werden Sie zum Schluß dann in der Diskussion zu Wort kommen und reden. Und ich höre Ihnen zu....

Unser Thema ist gleichzeitig Programm:

Dialyse in Deutschland heißt: Perfekte Technik, beste apparative Ausstattung, individuell angepaßtes Therapieschema. Keine oder kaum mehr Verbesserungsmöglichkeiten. Excellentes Krankheits-Management. Dies alles: nicht mein Thema! Keine wesentlichen Probleme. Alles oder fast alles gelöst.

Wir beginnen dort, wo wir bei der täglichen Dialyse zunächst das erste Mal eine kurze Pause haben. Nämlich dann, wenn der Patient "angehängt" ist, wenn der Patient "dran hängt", an der Maschine. Und wo neben den sichtbaren auch die unsichtbaren Zwänge und Abhängigkeiten erkennbar werden. Ketten und Fesseln der Abhängigkeit, täglich vor Augen durch Blutstrom oder PD-Katheter. Immer auch das Denken und Handeln bestimmend. Abhängigkeit auch für den Geist und die Seele eines jeden unserer Patienten. Und wir kümmern uns um uns selbst, die wir auf der anderen Seite stehen, im weißen oder grünen Kittel.

Oft allein gelassen. Allein mit unseren Fragen, Problemen, Zweifeln, Protesten und dem, was als "burning out" bezeichnet wird.

Wir werden bei der Besprechung der einzelnen Themenkreise einmal etwas weiter weg von der eigentlichen Dialysetherapie sein, eher im allgemeineren medizinischen Bereich. Und dann wieder dicht dran an der Not des einzelnen Menschen.

Ich habe für Sie die folgenden 3 oder 4 Komplexe ausgewählt:

1. Medizintechnischer Fortschritt und Menschenwürde

2. Solidargemeinschaft und individueller Anspruch

3. Ärztliche Verfügungsgewalt

und wenn noch Zeit bleibt und Sie noch aufnahmefähig sind:

4. Wahrheit am Krankenbett; Grenzsituationen des Lebens

(Zwischen den einzelnen Abschnitten werden wir uns für ein, zwei Minuten durch ein paar Dias aus einer ganz anderen Welt etwas entspannen können).

1. MEDIZINTECHNISCHER FORTSCHRITT UND MENSCHENWÜRDE

Zunächst einige Definitionen:

Was ist **TECHNIK**?

Unter Technik versteht man die Summe aller Geräte und Maßnahmen, die der Mensch entwickelt hat und benutzt.

Technik ist wertfrei, also weder gut noch böse, weder heilbringend noch unmenschlich.

Aber: der Mensch kann sie mißbrauchen und unmenschlich mit ihr umgehen!

Technik ist nicht mehr verzichtbar: es gibt kein Zurück mehr! Wir sind auf die Technik angewiesen, wir brauchen sie zum Leben! Ich erinnere an Lebensmittel-, Bau-, Verkehrs-, Kommunikations- und auch Medizintechnik.

Wichtig: Wir können die Technik und den Umgang mit ihr gestalten. Wir beherrschen die Technik, nicht die Technik uns.

Noch etwas:

Frühere Techniken änderten das Umfeld des Menschen und erleichterten sein Leben und Arbeiten. Man sagte: "welch' ein Segen, so eine Technik zu haben!"

Heutige, moderne Techniken ändern den Menschen selbst. Ich nenne Biotechnik, Gentechnik, Fertilisationstechniken usw. Jetzt ahnen wir sehr deutlich, daß auch Gefahren (ich sage ein weiteres Stichwort wie: Atomtechnik) von der Technik ausgehen können. Man sagt: "es droht der Fluch der Technik".

Wir gehen einen Schritt weiter:

Was ist das Besondere an der **MEDIZIN-TECHNIK**?

Die Medizin-Technik hat den kranken Menschen zum Thema.
Und sie verursacht gigantische Kosten.

Ein Beispiel:

Ein Patient mit der vererbten Bluterkrankheit, der Hämophilie, erhält dank hervorragender Forschungen und aufwendiger Herstellungstechniken hochgereinigte Gerinnungspräparate. Eine lebensrettende Methode, mit der er einige Jahre überlebt. Seine Krankenkasse hat bezahlt und die Kosten dafür ausgerechnet: 20 Millionen Mark. Für einen Patienten!

Wenn wir keine Blutgerinnungs-ersatz-techniken hätten, wäre der Mann gestorben. Wir könnten das Geld dann anders, also beispielsweise für die Knochenmark-transplantations-techniken aufwenden. Auch eine lebensrettende Methode, die in Deutschland etwa 100 mal jährlich durchgeführt wird. Und ziemlich genau 200.000 DM kostet. Zusammen also just die 20 Millionen DM, die für den Patienten im ersten Beispiel benötigt wurden.

Wenn wir keine Blutgerinnungs-ersatz-techniken gegen die Hämophilie und auch keine Knochenmark-transplantations-techniken gegen die Leukämie hätten, wäre der eine und es wären die 100 anderen Patienten gestorben.

Wir könnten das Geld dann anderweitig, also beispielsweise für die Dialyse aufwenden. Eine lebensrettende Methode, wie Sie allzugut wissen. Da sie in Deutschland so rund 100.000 DM jährlich kostet, wären also etwa 200 Dialysepatienten für 1 Jahr versorgt.

Soll ich meine Liste fortsetzen? Ausgerechnet hier, vor Dialyse-Schwestern? Ich will die Fortsetzung etwas abmildern:

Versetzen wir uns einfach um 40 Jahre zurück.

Da gab es keine Gerinnungstechniken, keine Knochenmark-transplantation und keine Dialyse. Was könnten wir alles mit den 20 Millionen Mark machen?

Wir könnten sie beispielsweise so einsetzen, daß die 40.000 Kinder, die täglich auf der Welt verhungern, gerettet würden.

Sie spüren die Spannung, die hinter solchen Fragen steckt?

Ich komme später nochmals darauf zurück.

Wir definieren also:

Medizintechnik heißt höchste Spezialisierung. Medizintechnik kommt für nur relativ wenige, ausgewählte Patienten infrage.

Noch etwas fällt mir zur Medizintechnik ein:

Sie drängt sich leicht zwischen den Arzt und den Patienten. Und sie tritt allzuoft an die Stelle des Gespräches.

Hoffentlich kennen Sie die von Eva Schindele in ihrem Buch "Pfuscher an der Frau" beschriebene Situation nicht aus eigener Erfahrung.

Ich meine die Situation, wo eine Frau auf dem gynäkologischen Untersuchungsstuhl liegt, jenen länglichen und typisch geformten Ultraschallkopf -mit Kondom- in den Unterleib eingeführt bekommt und sich die umstehenden Ärzte und Studenten am sonographischen Bild des Uterus und der Adnexe erfreuen. Ohne die entwürdigende Pose der entblößten Patientin überhaupt wahrzunehmen, geschweige denn, mit ihr zu reden.

Elektronische Bilder statt menschlicher Worte.

Wir gehen einen Schritt weiter zum nächsten Begriff:

Wie definieren wir **FORTSCHRITT**?

Fortschritt sind aufeinander folgende Zustände. Hierbei sind die späteren Zustände auch immer die wertvolleren, besseren.

Man kann auch sagen: Fortschritt ist die Entwicklung von niederen zu höheren Zuständen. Und zwar ohne Umkehr!

Die Triebfeder des Fortschritts ist der Wunsch des Menschen nach Verbesserung, Wertsteigerung oder Bequemlichkeit.

Wie bei der Technik wird am Fortschritt dann Kritik laut, wenn sein Bezug zum Menschen nicht mehr sichtbar und die humanen Ziele nicht mehr erkennbar sind. Deshalb sind so tolle Sachen wie der Reaktor in Kalkar nicht durchsetzbar und deshalb sind heute auch solche Dinge wie die Magnetschwebbahn oder die Weltraumfahrt nur schwer als "Fortschritt" zu verkaufen.

Dennoch: Es wird Unglaubliches als Fortschritt gepriesen und durchgesetzt, auch in der Medizin, weil damit besonders gut Geld zu verdienen ist.

Ein besonders groteskes Beispiel will ich Ihnen nennen.

Es ist der Tunnel-Rettungs-Zug in Würzburg.

Wohl noch nie bisher ist ein Intercityzug in Deutschland in einem Tunnel schwer verunglückt.

Dennoch: Mit einem Kostenaufwand von vielen Millionen werden Tunnelrettungszüge vorgehalten.

Zum Beispiel in Würzburg. Dort leuchtet so ein signalrot angemaltes Ungeheuer auf dem Abstellgleis des Bahnhofes vor sich hin und wartet auf seine Stunde. Auf den einen und einzigen Fall, für den er geschaffen wurde:

Eine Zugkatastrophe des Intercity im Tunnel bei Würzburg.

Diese Zugkatastrophe müßte sich allerdings genau an die DIN-Vorschriften der Rettungsspezialisten halten. Und sie müßte so sein, daß andere Rettungsmittel nicht mehr ausreichen.

Aber sie darf auch nicht so schlimm sein, daß der Tunnelrettungszug überhaupt nicht mehr in den Tunnel einfahren kann.

Wir würden also folgende Bedingungen an die Katastrophe stellen müssen:

1. die Geleise müssen nach dem Unfall noch so schön gerade sein, daß man überhaupt noch darauf fahren kann.
2. Es darf nur ein bißchen brennen; nicht so stark, daß der Tunnelrettungszug selbst verglühen würde.
3. Es darf auch nur so stark rauchen und gasen, daß überhaupt noch ein paar Leute den Unfall überleben. Als Leichenzug wäre er denn doch ein wenig zu aufwendig, selbst für die Rettungsspezialisten.
4. Die Überlebenden sollten unter allen Umständen geordnet anmarschiert kommen. Damit sie der Reihe nach notärztlich versorgt werden könnten.
5. Schließlich sollten auch nicht allzu viele Reisende den Unfall überleben, da der Tunnelrettungszug sowieso nur einige wenige verarzten kann.

Ein insgesamt abstruses, irrwitzig teures, wahrscheinlich nie benötigtes Rettungsmittel.

Gepriesen als höchster medizinischer Fortschritt. Aber entstanden aus machtpolitischen, prestigeorientierten und ganz sicher nicht medizinisch erforderlichen Gründen.

Dieses Eisenbahn- und Medizintechnische Hirngespinnst führt übrigens zwangsweise noch zu Folgeschäden: Es hat einen Bedarf geweckt. Einen Bedarf, dem fatalerweise eine Art Standardfunktion zukommt. Eine sogenannte "Norm", die vorher nicht da war. Jetzt ist nämlich für alle Intercity-Reisende das "Phänomen Tunnelrettungszug" einklagbar, wenn es irgendwo in Deutschland mal kracht. Die Reisenden haben so etwas wie einen "Anspruch" auf einen Tunnelrettungszug an jedem Tunnel in Deutschland.

Genauso, wie wir Anspruch auf die Vorsorgeuntersuchung des Neugeborenen, das Krankenhausbett bei Blinddarmentzündung oder den Dialyseplatz bei der Niereninsuffizienz haben. Die Bundesbahn täte gut daran, sich noch einige dieser Dinger zu kaufen, um sich gegebenenfalls vor Regress-Ansprüchen zu schützen.

So etwas nennt man dann "Fortschrittsfalle".

Und für die Medizintechnik ganz allgemein ergibt sich, daß ein solch hohes Niveau an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erreicht ist, daß nicht mehr für alle Patienten alle Möglichkeiten realisiert werden können.

Die letzte Definition: Was ist **MENSCHENWÜRDE**?

Hier habe ich Probleme. Und Zweifel. Und Unsicherheiten.

So suche ich "menschliche Würde" vergebens hinter der aufgedunsenen, sabbelnden Fratze und dem glasigen Blick des sinnlos betrunkenen Alkoholikers, der sich im Delir nackt, stinkend, halb an's Bett gefesselt mit seinen eigenen Excrementen besudelt und sich mit seinem übelriechenden Mageninhalt den letzten Rest von Würde aus dem Leibe kotzt....

Ich suche "Würde" vergebens in dem grinsend-feisten Gesicht des fetten, alten Widerlings, der für eine Woche nach Bangkok düst, sich dort geil auf kleine Mädchen oder Jungen stürzt und so seine perverse Lust abreagiert.....

Und ich kann keine "Würde" bei dem jungen Glatzkopf finden, der brüllend die Verbrechen der Nazis als neues Heil verkündet und auf wehrlose Menschen schlägt, die zufällig eine andere Sprache, eine andere Hautfarbe oder einen anderen Glauben haben als wir....

Haben Sie da auch Probleme?

Wenn man nicht recht weiter kommt, findet man gelegentlich Hilfe im Gespräch mit einem Theologen.

Der Theologe und Pfarrer Eibach sagt zu unserem Thema:

Menschenwürde hat nichts mit der Leistung des Gehirnes, nichts mit der Verhaltensweise des Menschen und nichts mit seiner Vernünftigkeit zu tun. Menschenwürde sei, so sagt der Theologe, von Gott verliehen und daher ein Selbstwert.

Die Philosophen, wie z.B. der kürzlich verstorbene Hans Jonas, sagen, daß der Mensch an sich Würde habe. Und daß über ihn, den Menschen, und also auch den Patienten, nicht "verfügt" werden dürfe.

Wir lernen: die Würde des Menschen ist ein so hohes Gut, daß sie als unbedingt schützenswert im ersten Satz unserer Verfassung genannt wird.

Erfüllen wir diese etwas theoretischen Überlegungen mit dem klinischen Beispiel, das Sie alle kennen und das uns jeden Tag begegnet:

Ein über 70-jähriger Mann wird aus einem große Klinikum in das heimatnahe kleine Krankenhaus zur Endversorgung verlegt. Angehörige gibt es nicht. Der Patient hat ein Plasmocytom, also eine maligne hämatologische Erkrankung im Endstadium.

Er ist kachektisch, inkontinent und kaum ansprechbar. Der faulig-fäkulente Geruch des Patienten dringt durch die geschlossene Tür bis auf den Gang der Station.

Wegen stärkster Schmerzen bekommt der Patient Morphin subcutan gespritzt.

In den Unterlagen findet sich ein vor 4 Jahren ausgefülltes Patiententestament, das er im vergangenen Jahr aktualisiert hatte. Es wird gebeten, im Fall einer schweren Erkrankung ohne Hoffnung auf Heilung und im Fall der nicht mehr gegebenen Selbstverfügbarkeit auf all die Maßnahmen zu verzichten, die das Sterben verlängern. Ausdrücklich werden für diesen Fall intensivmedizinische Maßnahmen abgelehnt.

Mit großer Zuwendung durch die Schwestern wurde bisher etwa 1 Liter Flüssigkeit durch die Schnabellasse verabreicht.

Jetzt steigt die Körpertemperatur plötzlich an.

Als Ursache könnte eine Pneumonie infrage kommen.

Eine Vene für eine Infusion ist nicht mehr zu finden.

Frage: Soll ein zentraler Venenkatheter gelegt werden?

Vielleicht würden Sie ganz spontan, aufgrund Ihrer Erfahrung, aufgrund Ihrer Persönlichkeit, Ihres Temperamentes, Ihrer Ausbildung eine Antwort geben, rasch und sicher: ja oder nein!

Oder Sie wären nachdenklich und würden an die Patienten-autonomie, also die Entscheidungsfreiheit des Patienten selbst, denken, an seine Selbstbestimmung, in der er intensivmedizinische Maßnahmen ablehnte.

Aber Sie würden auch an das Patientenwohl denken und sich fragen, ob man ihn einfach verdursten, vertrocknen lassen kann.

Und Sie würden schließlich an die Behandlungspflicht denken, die Sie haben und die zur Beseitigung oder Linderung von Schmerzen oder schlimmen Symptomen verpflichtet.

In einer Befragung zu diesem eigentlich alltäglichen Fall waren sich weder die Ärzte noch die Schwestern einig.

Von 10 Ärzten wollten 4 einen zentralen Venenkatheter legen, 4 nicht und 2 konnten sich nicht entscheiden.

Von den Schwestern wollten zwei Drittel einen Katheter gelegt haben.

Das Team hat entschieden. Nicht der Chefarzt allein.

Der Patient ist dann sehr rasch gestorben. Ohne intensiv-medizinische Eingriffe. In Würde, wie ich meine.

2. SOLIDARGEMEINSCHAFT UND INDIVIDUELLER ANSPRUCH

Unser Thema könnte auch etwas drastischer formuliert werden:

Zum Beispiel: Was sind uns unsere Patienten wert?

Oder: Wieviel Gesundheit können wir uns überhaupt noch leisten heutzutage?

Oder gar: Behandlungsverzicht aus sozialer Verantwortung?

Worum also geht es in den nächsten 15 Minuten?

Es geht um uns, die Solidargemeinschaft, die mit ihren Beiträgen alles oder bald schon nicht mehr alles bezahlt. Letzteres mit dem Hinweis auf die "soziale Verantwortung".

Und es geht um den Patienten und einen möglichen Behandlungs-verzicht.

Wir fragen: wer verzichtet hier eigentlich?

Der Patient? der Arzt? Irgendeine Behörde? Wir, "das Volk"?

Und man wird fragen, worauf denn verzichtet wird:

- Auf lebensnotwendige Standard-Therapien wie Insulin beim Diabetes-Kranken?
- Auf Extremtherapien in Extremfällen wie die zweite Herztransplantation bei dem 80-jährigen?
- Oder auf den puren Luxus der 4-wöchigen Kur des 30-jährigen Finanzbeamten wegen seines Tennisarms?

Und noch etwas muß uns klar sein:

Wir reden nur von Deutschland. Und wir kümmern uns überhaupt nicht um die erbärmlichen gesundheitlichen Zustände bei unseren Nachbarn. Wir nehmen die Hungersnöte der 3. Welt nicht zur Kenntnis, nicht die eben schon erwähnten 40.000 täglich vor Hunger krepierenden Kinder. Oh nein, wir freuen uns insgeheim, daß Deutschland für all jene unerreichbar ist, daß wir eine quasi undurchlässige Mauer um unser Luxusland gezogen haben, in dem eine so perfekte Medizin gemacht wird, daß sie nicht mehr bezahlbar ist. Eine Medizin, die deshalb so umfassend sein kann, weil wir die da draußen nicht mit versorgen müssen. Oder noch mehr auf den Punkt gebracht: Es geht uns nur deshalb so gut, weil wir die da draußen allein lassen und nur für uns allein sorgen. Motto: "Selber essen macht fett".

Trotz allem Egoismus sind wir dennoch fast pleite mit unserem Gesundheitssystem. Und zwar deshalb, weil wir so gut sind! Weil wir Schwerkranke am Leben erhalten. Weil die Zahl der sehr Alten und chronisch Kranken immer weiter steigt.

Ein Kenner dieses Problems hat einmal gesagt:

"Die Geisterarmee der Toten früherer Jahre weilt -dank des medizintechnischen Fortschritts- heute als Heer der chronisch Kranken mitten unter uns".

Für diesen etwas makabren aber richtigen Satz ist unser Spezialgebiet, die Dialyse, das klassische Beispiel.

Ein Patient in Deutschland wird nierenkrank. Er ist 40 Jahre alt, als die Organe versagen. Selbstverständlich entschließt man sich zur Behandlung mit der künstlichen Niere.

Dabei hat der Patient das Glück, diesseits der deutschen Grenzen zu wohnen. Hier gibt es nämlich 200 Dialysepatienten pro 1 Million Einwohner. Und für alle Nierenkranken auch einen Dialyseplatz. In England ist das schon anders. Da gibt es nur 80 Plätze pro 1 Mio. Und in der Türkei oder in Algerien sind es nur 2 Plätze.

Die Zahl der terminal Nierenkranken ist aber natürlich überall etwa gleich groß.

Und das bedeutet:

Wenn hier in Deutschland 100% aller Nierenkranken an eine Maschine angeschlossen werden können, gehen im Kampf um einen Dialyseplatz in der Türkei nur 2 von 100 als Sieger hervor.

Die anderen 98 dämmern im urämischen Koma in den Tod hinüber.

Einziger Trost: Das langsam-sanfte Dahinscheiden ohne Maschine ist für den Sterbenden dort wahrscheinlich viel weniger qualvoll als das gelegentlich bedrückend verzögerte Sterben mit all den Maschinen, Monitoren und Apparaten auf irgendeiner intensivmedizinischen Station hier bei uns.

Solidargemeinschaft und individueller Anspruch!

Die Solidargemeinschaft hat sich festgelegt. Und zwar so:
Wir, das Volk, haben eine Regierung gewählt.

Und diese Regierung hat bestimmt, daß maximal 13% des Brutto-Sozialproduktes für den Gesamtkomplex "Gesundheit" aufgewendet werden dürfen.
Mehr ist nicht da! Alles andere wird für Straßen oder Autos, Sozialhilfe oder Schuldzinsen, Beamtenpensionen, Eurofighter oder sonstwas ausgegeben.

Immerhin: 13% sind so um die 300 Milliarden DM pro Jahr.

Was ist zu tun? Wir haben uns zu einigen, wie wir und an wen wir das Geld verteilen wollen. Und was da so im Verteilungskampf alles passiert, können Sie sich überhaupt nicht vorstellen.

Es kämpfen die Kliniken gegen die Praktiker, die Pharma-Industrie gegen die Apparatebauer, die Pillenhersteller untereinander, die Spezialisten gegen die Allgemeinmediziner. Die Universitäten führen einen Rundkampf. Die Kassen attackieren die Leistungserbringer (wir alle hier sind Leistungserbringer), die Schulmediziner richten sich gegen die "Biologisch-Sanften" u.s.w., u.s.w.

Und wer gewinnt in diesem Kampfgetümmel? Wer hat das Sagen? Die Ärzte? Die Patienten? Die Behörden? Regelung durch Gesetze? Moralische Maßstäbe? Ethische Überlegungen?

Wenn Sie denken, das Spiel sei verwirrend genug, muß ich Sie enttäuschen. Es ist noch wesentlich vielschichtiger, als Sie ahnen.

Warum wohl -glauben Sie- expandiert ausgerechnet die Kardiologie mit ihren Herzkathetern, Dilatationen, Stent-implantationen, neuen Abteilungen und modischen Spezial-kliniken scheinbar ungebremst?

Weil ein Herzinfarkt ein hohes sozialpolitisches Image hat. Weil es chick ist, einen Infarkt zu haben, dilatiert zu werden und rasch wieder auf den Beinen zu stehen. Jeder bewundert einen. Jeder weiß, daß nur fleißige und aktive Leute eine Infarkt haben. Und so ist es überhaupt kein Problem, am positiven Trend zu partizipieren, Geld zu bekommen und immer noch ein Zentrum zu eröffnen.

Dagegen sind die Leute arm dran, die an Hämorrhoiden, am Darmkrebs, an Ulcera cruris oder an Inkontinenz leiden. Darüber redet man gemeinhin nicht; viel Geld wird man hierfür ebenfalls nicht bekommen: Ich kenne keine "deutsche Stiftung zur Beseitigung von Hämorrhoiden". Es gibt keinen "Lehrstuhl für Hämorrhoidologie". Niedriger Reklamewert, keine Lobby! Aber: geschätzt 20 Millionen Deutsche, die diese oder ähnlich "unattraktive" Leiden haben.

Es sei denn, es hat mal einen Prominenten erwischt. Und wenn der dann gar noch recht sympatisch ist und sogar noch weiter arbeitet und nicht gleich in Rente geht (wie z.B. Herr Schäuble), dann hat das eine ungeheure Schubkraft für die Belange der Behinderten im Rollstuhl.

Ich muß Ihnen noch erklären, was uns so erzürnt bei der Debatte dieses Themas und, was uns so hilflos macht.

Uns erzürnt die Dreistigkeit, mit der mancher sich bedient auf Kosten des sozialen Netzes. Uns ärgert die Selbstverständlichkeit, mit der er die Solidargemeinschaft betrügt.

"Der Daumen", so möchte ich dieses Beispiel nennen.

Folgen Sie mir zu einem Notarzteinsatz in das benachbarte Dorf: Ein junger Mann stürzt bei Bauarbeiten ab und fällt 7 Meter tief durch ein Dach und schlägt auf einen Steinboden auf.

Ein Wunder, daß er sich nicht den Schädel, das Genick oder andere Knochen bricht. Der Notarzt hat lediglich eine Schnittwunde an der Hand zu versorgen.

Alle sind fassungslos, heilfroh und bewegt über den guten Ausgang dieses Unfalles.

Doch es bleibt ein schwerer Folgeschaden: Der junge Mann klagt Wochen später über ein kleines, etwa 3 cm großes Areal am Daumen, das etwas pelzig sei.

Klinikbesuch, Expertengespräch, Spezialistenrunde und Vorschlag, in einer komplizierten, langen, aufwendigen und teuren Operation einen Hautnerven aus dem Oberarm zu explantieren, die alte Narbe am Daumen unter dem Mikroskop freizulegen und die Transplantation eines winzigen Nervenstückchens zu versuchen.

Der Patient sollte wieder das herrliche Gefühl empfinden können, das einen überkommt, wenn die Innenseite des linken Daumens juckt.

Kosten für Operation, Krankenhausaufenthalt, Nachbehandlung, Arbeitsausfall, Krankengeld etc. entsprechen etwa dem Preis eines Klein- bis Mittelklassewagens.

Was geht da ab? Ist das ein Gesundheitskult? Ein Krankheitswahn? Oder richtiger ein Wahnsinnskult?

Das erzürnt uns!

Und was macht uns hilflos und ratlos?

Wir sind ratlos, weil uns in der Medizin gelegentlich alle Steuerungs- und Bremsmechanismen versagen!

Weil alles, was überhaupt gemacht werden kann, auch gemacht wird. Weil dann, wenn einer zurückschreckt, immer ein anderer da ist, der weniger Skrupel hat und es doch macht.

Ich berichte gleich im nächsten Abschnitt über ein solches beispielhaftes Geschehen am Anfang des Lebens.

Lassen Sie mich vorher aber noch kurz auf das eingehen, was Sie besonders berührt, was uns aus fachlichen Gründen immer wieder begegnet.

Ich spreche von den Fragen, die mit der Transplantation zusammenhängen.

Kernfrage ist: Wann ist der Mensch tot?

Bewegender Fall hierzu: das sogenannte "**Erlanger Baby**" vor wenigen Jahren. Sie erinnern sich an den Verlauf damals:

Eine junge Frau verunglückt mit dem Auto. Dem sofort anwesenden Notarzt gelingen die akut lebenserhaltenden Maßnahmen. Aufnahme in die Uniklinik. Stabilisierung des Kreislaufes; aber definitive Feststellung des Hirntodes. Überlegungen hinsichtlich der Organspende. Bei den entsprechenden Untersuchungen wird dann die Diagnose einer vorher nicht bekannten, intakten Schwangerschaft gestellt.

Was würden Sie tun?

Natürlich keine Organentnahme!

Aber natürlich auch nicht sofort alles "abstellen". Denn da ist noch ein Kind, das lebt und das in der Hirntoten heranwächst.

Also doch wohl die übliche weitere "Behandlung", wie Beatmung, Flüssigkeitsgabe, Körperpflege, Lagerung und was so alles erforderlich ist.

Sie wissen, es ist damals durch alle Zeitungen gegangen: nach einiger Zeit ist das Kind dann doch abgestorben.

Es hätte überleben können! An anderer Stelle, bei anderen Unfallopfern, in vielleicht etwas weiter fortgeschrittener Schwangerschaft wurde unter prinzipiell gleichen Bedingungen ein gesundes Kind geboren.

Wir fragen:

Ein Kind von einer Leiche entbunden? Hirntot ist tot!

War diese Frau eine Lebende ohne Hirnfunktion?

Oder war es eine Tote, in der merkwürdigerweise ein Kind heranwuchs?

Hätten wir nach der Entbindung gleich weiterarbeiten sollen und die Organe entnehmen können?

Bei der Toten?

Oder vielleicht doch nicht:

Weil ich bei der "Toten" ein Herz schlagen fühle, die warme Haut streichele, den Urin in den Beutel tropfen sehe.

Deshalb nicht, weil die Brust sich ruhig hebt und senkt, wenn auch vom Respirator unterstützt?

Nein! Ich habe keine Patentantwort! Ich habe viele Fragen!

Und ich bin beileibe kein Gegner der Transplantationsmedizin.

Aber ich bin gegen "Hauruck-Entscheidungen". Ich finde, daß in diesem besonders sensiblen Gebiet das Wort von der "Verfügungsgewalt" einen ganz neuen Akzent bekommt.

Wir sind damit bei unserem nächsten Abschnitt:

3. ÄRZTLICHE VERFÜGUNGSGEWALT

Unser 3. Thema bringt uns erneut in Grenzbereiche. Dorthin, wo die Segnungen und Verheißungen des technisch Möglichen zum Fluch des menschlichen Machbarkeitswahnes werden.

Folgen Sie mir z.B. in die Praxis der **Fertilisationsmediziner**.

Hier soll -mit unseren Krankenkassenbeiträgen- der Wunsch kinderloser Partner auf Nachkommen erfüllt werden. Ein vielleicht berechtigter Wunsch, mit dem alles anfing. Nichts einfacher als das.

Doch bald wurde es immer komplizierter, immer gespenstischer, immer abstruser: Was überhaupt denk- und machbar ist, wurde und wird auch gemacht.

In der Zeitung liest sich dann so: "Dr. Jerry Hall klonet zum ersten Mal menschliche Embryonen".

Klonen heißt, in einem frühen embryonalen Zellstadium identische Embryonen erzeugen. Durch künstliche Zellteilung. Eine Technik, die schon lange in der Tiermedizin praktiziert wird. An den Menschen hatte sich bisher niemand herangewagt.

Nach dem Klonen kommt der Embryonentransfer. Also das Einbringen der geteilten Zellstücke in den Uterus verschiedener weiblicher Tiere.

Sagte ich "Tiere"?

Einbringen natürlich auch in weibliche Menschen.

Sie verstehen: Schon heute werden unzähligen Frauen außerhalb des Körpers, also im Reagenzglas, produzierte Embryonen eingepflanzt. Technisch kein Problem, sozusagen hochsteriler Retortensex.

Man wird doch mit Dr. Jerry Hall fragen dürfen: Warum soll man diese kleinen Zellklumpen aber nicht vor der Implantation in eine Frau klonen, also teilen, vervielfachen?

Und gegebenenfalls dann tiefgefroren speichern?

Warum speichern?

Nun, - weil weitere Produktionsversuche stattfinden können, wenn die erste Schwangerschaft schief geht.

- Oder für die Serienproduktion, wenn Klon Nr.1 besonders gut geraten ist.
- Oder für die Organspende als Ersatzteillager, wenn Klon Nr. 1 kränkelt und vielleicht eine Niere oder Knochenmark braucht.
- Oder für wissenschaftliche Studien und Pharmaversuche.

Es ist dann nicht ausgeschlossen, daß der Großvater

1. sich selbst zum identischen Sohn hat (in Form eines etwas später ausgetragenen Klons) und daß er
2. einen weiteren ursprünglichen Teil von sich (nach einer längeren Wartephase in der Tiefkühltruhe) als Enkel auf den Knien schaukelt. Und es wäre denkbar, daß
3. ein Teil von ihm seine eigene Tochter heiratet und daß
4. etwas später ein identisches Stück von ihm sich selbst bei der Beerdigung begleitet, also seinem eigenen Sarg folgt!

Noch wird die tiefgefrorene Embryonenhalde von Zeit zu Zeit in den Ausguß gekippt.

So z.B. vor einem halben Jahr in England.

Aber wer kann sich sicher sein, daß nicht in irgendeiner Ecke des Kühlschranks doch noch welche vergessen wurden?

Wer wird denn da so kleinlich sein: Wir lassen uns in der Planung, Herstellung und beim Verkauf menschlicher Embryonen nicht beirren!

Wir wollen festlegen, wann ein neuer Mensch wo, wie oft, von wem ausgetragen und wie "designed" auf diese Welt kommen soll.

Das allerneueste fertilisationstechnische Bonbon ist die Gewinnung von menschlichen Eiern aus dem Uterus abgetriebener weiblicher Foeten. Diese Eier werden dann sozusagen im mikroskopischen Ehebett zur Befruchtung mit Sperma, natürlich auserlesen und vielversprechend, zusammengebracht. Zur Embryonenerzeugung sowie zur freundlichen Weiterverwendung, selbstverständlich gegen Bares in angemessener Höhe.

Das dann später geborene Kind kann von sich behaupten: "meine genetische Mutter war ein 5 cm langer abgetriebener Fötus und meine Leihmutter war lediglich die Gebärmutter, sozusagen mein foetales Umfeld".

Mit fassungslosem Staunen sehen wir, wie die Götter in Weiß das Spektrum möglicher Mutterschaft vom Embryo bis zur Greisin gespannt haben: welche begeisternde Erweiterung der, ach, so engstirnigen früheren biologischen -oder göttlichen?- Grenzen!

Und wir? Wir sind sprachlos!

Stehen wir am Abgrund?

Oder am Morgen eines neuen, 8. Schöpfungstages?

Ist der Mensch nicht doch verfügbar geworden?

Machen wir Halt vor der Einmaligkeit eines jeden Menschen?

Vor seiner Würde? Gibt es noch einen Rest von Ehrfurcht -beispielsweise- vor dem Frau-sein?

Es wäre ein weiteres Thema, darüber nachzudenken, daß nahezu ausschließlich von Männern nahezu ebenso ausschließlich an Frauen experimentiert wird...

Ich fürchte, daß am Ende unendlich viel mehr Leid aus dem resultiert, was (vielleicht) einmal als Hilfe und Therapie begonnen hat.

Dabei denke ich keineswegs nur an die Pannen, die da passieren und über die man in der Morgenzeitung liest:

Wenn beispielsweise ein Befruchtungsexperte in Amerika zur Abkürzung der Prozedur gleich sein eigenes Spermia therapeutisch einsetzt und so mehrhundertfacher Vater wurde. Unter Zwischenschaltung einer sterilen Pipette, versteht sich.

Oder, wenn die Samenpipetten nicht richtig gespült wurden zwischen den einzelnen therapeutischen Einsätzen. Sodaß sich die Spermien eines weißen mit denen eines farbigen Spenders mischen und die entsprechend "therapierte" Frau 9 Monate nach künstlicher Insemination in Erklärungsnotstand kommt: nach ihrer schwarz-weißen Zwillingentbindung.

Unser Abschnitt, den wir gerade diskutieren, ist überschrieben mit "**ärztliche Verfügungsgewalt**".

Ich habe sehr bewußt mit Ihnen zunächst einen Gang durch eine Reihe düsterer Räumlichkeiten im Gebäude der gegenwärtigen Medizin gemacht, ehe ich nochmal auf die genaue Wortwahl zu unserem Thema zurückkomme.

Denn jetzt fällt Ihnen sicher sehr viel leichter die Spannung auf, die sich in dieser Wortkombination findet:

"ärztliche Verfügungsgewalt".

Gewalt überwindet Widerstand. Gewalt spricht dem anderen Menschen Selbständigkeit, Mitwirken und freies Handeln ab. Was ist daran "ärztlich"?

Gewalt richtet sich immer **gegen** eine Sache und gegen einen Menschen; ärztliches Handeln setzt Fähigkeiten und Können **für** einen Menschen ein.

Und im Prinzip gilt das in identischer Weise beim Umgang mit Patienten natürlich auch für jedes Pflegepersonal.

Jeder von uns kennt solche Situationen, wo wir handeln, für den Patienten, der uns ausgeliefert ist. Wo wir entscheiden, bestimmen, festlegen und für ihn handeln.

Das Ausgeliefertsein des Patienten verführt dazu, über ihn zu verfügen. Besonders dann übrigens, wenn der Patient sein Ausgeliefertsein als positiv empfindet.

Der Patient empfindet sein Ausgeliefertsein nämlich dann als positiv, wenn es von Vertrauen geprägt ist. Wenn gute Entscheidungen für ihn getroffen werden. Wenn wir geborgen sind, wenn es gut mit unserer Krankheit weiter geht. Wenn Schmerzen genommen werden, wenn wir keine Angst mehr haben müssen.

Oftmals sind die Grenzen zwischen der Führung eines Patienten und der Verfügung über ihn ziemlich verwaschen.

Besonders dann, wenn -wissentlich oder unwissentlich- andere Kategorien als rein medizinische mitbestimmend werden. Solche Kategorien sind Geld und immer wieder Geld. Aber auch Ehrgeiz, Machtstreben, Konkurrenzneid und vieles andere.

Zur Demonstration dessen, was ich sagen will, zwei ganz unterschiedliche Beispiele:

Das 1. (die Ärzte in München und Hof, an anderer Stelle bereits erwähnt) zeigt, **daß** Geld verschwendet wird.

Das 2. (über die Erfindung neuer Krankheiten) zeigt, **wie** Geld verschwendet wird.

Und in beiden Fällen wird gezeigt, daß dies mit Hilfe des Patienten geschieht. Über den verfügt wird, ohne daß er es merkt.

Beispiel 1

In der Stadt Münche kommt ein niedergelassener praktizierender Arzt auf etwa 600 Einwohner. In der Stadt Hof ist dagegen ein Arzt für mehr als 1000 Einwohner zuständig.

Für jeden einzelnen Patienten zahlt die Ortskrankenkasse München 50% mehr als die Ortskrankenkasse in Hof für ihre Patienten.

Die ärztliche Versorgung in München ist nicht besser als die in Hof, die Menschen in München sind auch nicht kränker als die in Hof. Man stirbt dort auch nicht eher als hier.

Die Ärzte in beiden Städten sind gleichermaßen fleißig und identisch gut ausgebildet.

Einzigster Unterschied: In München wird pro Patient 50% mehr gemacht, 50% mehr abgerechnet und eben auch 50% mehr bezahlt als in Hof.

Und zwar ohne jede medizinische Notwendigkeit. Sondern einfach deshalb, weil sich dort in München mehr Ärzte tummeln als hier in Hof. Und weil die in München auch leben und Geld verdienen wollen.

Wie sonst wäre es zu erklären, daß es beispielsweise allein in München genau so viele CTs gibt wie in ganz Italien zusammen?

Die Diskrepanz zwischen dem, was der Patient bei seinem Arzt sucht und dem, was dieser tatsächlich mit ihm anstellt, ist beklemmend.

Ärzte neigen dazu, den Patienten gegenüber die Wirksamkeit ihrer Eingriffe zu überschätzen und deren Risiko zu untertreiben.

Für sich selbst halten es die Ärzte übrigens genau umgekehrt.

So liegt beispielsweise die Zahl der Urologen weit unter der statistischen Ebene, wenn sie sich selbst als Patienten einer urologischen Maßnahme unterziehen sollten.

Ich kenne und schätze eine äußerst gewissenhafte Ärztin. Sie betreut ein Alten- und Pflegeheim in einer großen Stadt. Das Heim liegt genau gegenüber der dortigen Universitätsklinik. Die segensreiche und humane Behandlungsmaxime dieser Ärztin hat sie mir verraten. Sie lautet: "Ich bin dazu da, meine Patienten vor der Universitätsklinik zu schützen".

An dieser Stelle eine private Anmerkung für meine Dialyse-Schwester: Haben Sie eigentlich nie den Eindruck gehabt, daß auch unsere Dialysetechnik gelegentlich zum Selbstzweck geworden ist? Unsere wunderschönen Zentren, unsere edlen Maschinen, unsere bewundernswerten Techniken, unser perfekt funktionierendes Personal, unsere so souverän wirkenden Nephrologen.....Dies alles schließt ziemlich sicher aus, daß bei uns in Deutschland irgendjemand einmal an seiner Nierenerkrankung sterben darf! Sei er auch noch so alt und noch so krank an anderen Organen und Systemen: sterben schon, aber nicht an der Niere!

Beispiel 2

Wir sprechen immer noch von der Verfügungsgewalt. Und wir sprechen davon, wie vermeintliche oder tatsächliche Krankheiten umfunktioniert werden zum quasi-legitimen Instrument der Einkommensvermehrung der Ärzte.

Und wer möchte nicht gern sein Einkommen vermehren.

Bisher hatten es die Ärzte damit besonders leicht.

Heutzutage, wo fast alles ausgereizt ist, bleibt nur allzu oft als letzter Ausweg, einfach neue Krankheiten zu erfinden.

Sie glauben nicht, wie trefflich es gelingt, "Patienten zu machen" und neue diagnostisch-therapeutische Quellen anzu-zapfen.

Seit Urzeiten kennt man den Witwenbuckel der alten Frau als Ausdruck der Kalksalzarmut im Knochen. Doch jetzt haben findige Apparatehersteller einen Dukatenesel konstruiert, den sie "Osteodensitometer" nennen. Damit kann man eher vage als korrekt feststellen, daß die Knochen der Alten in der Tat weniger Calcium enthalten. Man nennt das dann Osteoporose, alles wird gut dokumentiert und vor allem häufig kontrolliert, gelegentlich auch therapiert. Mit schwindelerregenden Statistiken soll belegt werden, welche immense Kosten durch diese neue Methode gespart werden können. Alles Quatsch: schwindelerregende Kosten entstehen allein durch die Magie der neuen Heilslehre.

Besonders attraktiv sind neu erfundene Krankheiten, wenn sie englische Namen haben, wie z.B. das "Chronic fatigue Syndrom", das "Syndrom der chronischen Müdigkeit".

Es ist wohl nichts anderes als der Ausdruck der Überforderung unseres Körpers durch eine unnatürliche Lebensweise. Die das Wichtige vom Unwichtigen nicht mehr zu unterscheiden weiß, sodaß Körper und Geist einfach träge werden und abschalten.

Das Syndrom der chronischen Müdigkeit als Sammelbecken der Mühseligen und Beladenen, der Frustrierten und Ausgepowerten, der Drückeberger und Sinnentleerten.

Statt nun am wirklichen Problem anzusetzen, ist es viel lustiger, eine neue Wissenschaft zu gründen, die Somnologie, die Schlafkunde, eine neue Zeitschrift über das Schlafen herauszugeben und Schlaflabors wie Pilze aus dem Boden schießen zu sehen. Keine Uniklinik ohne Schlaflabor. Alles klirrender und schriller Unsinn! Akademisch verbrämter Nonsense!

Das weiß man doch schon seit Tausenden von Jahren, daß der Mensch schnarcht, besonders, wenn er männlich, etwas älter, etwas fetter und vielleicht noch besoffen ist. Und nun soll er gerettet werden. Vor der nächtlichen Sauerstoffnot. Durch immer neue Geräte, Schlafmonitore, Sauerstoffspender und Atemüberwacher. Ein Basteln an den Symptomen, an den Folgen des Wohlstandsspecks, nichts anderes.

Schlafstörungen, chronische Müdigkeit, nervöse Unrast: alles Übel unserer Lebensweise.

Ich liebe die altmodischen Wahrheiten meiner dörflichen Bauern in Hofheim, die davon sprechen, daß die unverarbeitete moderne Informationsflut der hochgelobten elektronischen Techniken das abendliche Gute-Nacht-Märchen der Mutter ersetzt hat. Und daß das Fernsehen, mit dem man ja nicht reden kann, das gute Gespräch mit dem lebensklugen Vater verdrängt hat. Und daß seither keine Ruhe mehr in der Familie sei.

Hier liegt mehr Wahrheit als in allen Schlaflabors zusammen.

Wir verabschieden uns von der ärztlichen Verfügungsgewalt mit einem letzten Gedanken zum Sonderkapitel **PEG**.

Sie wissen: die Ernährungssonde, die durch die Bauchhaut in den Magen gelegt wird.

Sie ist lebensrettend, für Patienten die nicht schlucken können.

Sie ist aber auch bequem: pflegeleichte Flüssigkeits-zufuhr und Medikamentengabe.

Mühsames, löffelweises, stundenlanges Füttern: Pflege von Gestern, ersetzt durch elektronisch gesteuerte Sondentechnik von heute.

Aber: die Sonde könnte auch an Zwangsernährung erinnern.

Und daran, daß wir uns nicht an den Gedanken gewöhnen können,

- daß Sterbende fast nie Hunger oder Durst empfinden,
- daß man nicht bis zum letzten Atemzug einer Kalorien- oder Flüssigkeitsbilanz hinterherlaufen muß,
- daß die Bequemlichkeit der Sonde zur Qual eines langgezogenen elenden Sterbens wird.

Der Grat zwischen hilfreichen Methoden und quälenden Techniken ist schmal. Lernen wir, beide Seiten zu sehen, zu erkennen und richtig damit umzugehen.

Wir würden noch 10 Minuten benötigen, um uns ein paar Gedanken zu machen über das, was wir mit **"Wahrheit am Krankenbett"** bezeichnen wollen.

Was fällt uns bei diesem Stichwort sofort ein?

Daß Wahrheit und Wahrhaftigkeit zusammengehören.

Und, daß Ärzte am seltensten Gesprächspartner unserer Patienten sind. Eher sind es die betreuenden Schwestern, noch viel mehr aber die Stationshilfen und Putzfrauen.

Uns fällt ein, daß wir nicht nur die Verantwortung haben für die Richtigkeit einer Aussage, sondern auch für deren Wirkung auf den Patienten.

Weiter denken wir daran, daß der Patient keine wissenschaftlichen Berichte erfahren, sondern über seine ganz persönliche Krankheit und seine private Not sprechen möchte.

Und schließlich erinnern wir uns an die alte ärztliche Erfahrung, daß der Patient dann, wenn er "die Wahrheit" wissen will im Grund hören möchte, eben nicht todkrank zu sein und kein Krebsleiden zu haben.

Was ich in den letzten Minuten meiner Ausführungen zum Ausdruck bringen möchte, ist am besten an dem Beispiel jener jungen Frau erläutert, deren Schicksal mich vor noch nicht allzu langer Zeit sehr beschäftigt und bewegt hat.

Diese junge Frau, Ende 20, verheiratet, 2 Kinder, war zufrieden und glücklich: Ehe, Geschwister, Freundeskreis, alles in Ordnung. Kein Ärger mit den Nachbarn, keine Schulden, das Haus abbezahlt, die Wohnung gemütlich, viele Blumen im Garten. Sonntags Kirchgang, ein wenig Sport. Kurz: eine heile Welt.

Dann plötzlich: Müdigkeit, Schwäche und Unlust, Krankheitsgefühl.

Der Hausarzt findet einen kleinen Lymphknoten am Hals. Die Patientin kommt in die Ambulanz unseres Krankenhauses und sagt mit einer leisen Unsicherheit in der Stimme: "es wird schon nichts Schlimmes sein".

Die eingehende Untersuchung ergibt die fast sichere Diagnose, daß es doch "etwas Schlimmes" ist.

Das erste Gespräch zwischen der Patientin, ihrem Mann und mir. Ich sage ihr NICHT, welche akute Leukämieform sie hat. Ich verschweige ihr auch die statistisch sehr ungünstigen Prognose. Aber ich spreche über eine schwere Bluterkrankung, die ohne eingreifende Maßnahmen nicht zu bremsen ist. Und ich spüre, daß sie und auch ihr Mann die Tragweite der Erkrankung erfassen.

Der zweite Abschnitt im Krankheitsverlauf steht unter dem Zeichen der Hochleistungsmedizin mit allen nur denkbaren diagnostischen Schritten wie feingeweblichen Untersuchungen, Computertomographie, Katheteruntersuchungen, elektronenoptische und biochemische Tests.

Kurz: Medizintechnik in Reinkultur mit Bestätigung der akuten Leukose.

Nun das zweite ausführliche Gespräch mit unserer Patientin. Wir sind "der Wahrheit" etwas näher. Die kleine, aber mögliche Heilungschance dürfen wir nicht verschenken.

Wir besprechen die brutale Strahlenbehandlung. Sie wissen: Übelkeit, Erbrechen und nochmals Erbrechen. Schwäche, Depression, Appetitlosigkeit, Durchfall.

Ich erläutere die Chemotherapie mit hochgiftigen Substanzen. Mit "Heilmitteln", die so toxisch sind, daß allein zu deren Zubereitung eine weltraumähnliche Schutzkleidung angelegt und ein besonderer Raum aufgesucht werden muß. Und Sie wissen auch hier: Haarausfall, Muskelschwäche, Lähmungen, Atembeschwerden, Blutungen, Erbrechen und nochmals Erbrechen und wieder Erbrechen.

Unsere Patientin willigt ein. Sie will leben, sie will ihre Chance haben. Sie will das alles durchstehen und sie hat einen eisernen Willen und ein fast grenzenloses Zutrauen zu unserer "Ärztlichen Kunst". Heilungshoffnung, Heilserwartung.

Wir, Patientin und Arzt, erleben im dritten Abschnitt gemeinsam alle denkbaren Phasen des Triumphes, wenn trotz elenden Zustandes der Patientin der hämatologische Tumor kleiner wird. Und alle Phasen des Schreckens, wenn statt der blühenden jungen Frau mit den braunen Locken von vorher jetzt den Arzt ein fahles, eingefallenes Gesicht groß, angstvoll, verzweifelt, ja, fast anklagend anschaut, ohne ein einziges Haar auf dem weißen Schädel.

Wir erleben manches für uns allein:

Ich, der Arzt, die depressive Phase der Unfähigkeit, wirklich helfen zu können.

Die Patientin die Phase, das therapeutische Heil anderswo zu suchen; beim Gesundheitsbeter, beim Quacksalber, beim Wunderheiler, beim Scharlatan.

Unsere Gespräche werden jetzt vom Verlauf der Erkrankung diktiert. Von der Erkrankung, die uns nun an die Schwelle des Todes gebracht hat.

Die Themen umfassen keine Diagnostik mehr. Ohne, daß ich es exakt ausspreche, weiß meine Patientin, daß die Therapie nicht gegriffen hat. Wir reden nicht mehr von einer Heilung der Erkrankung. Es geht nur noch um ein erträgliches letztes Stückchen im Leben meiner Patientin. Um Ordnung in der zurückbleibenden Restfamilie. Um ein Weiterleben ohne Frau und ohne Mutter.

Mein Beitrag: Das Gespräch. Da zu sein. Keine Medizin außer einer erleichternden Schmerztherapie. Keine Technik mehr, keine Apparate.

Die Gewichte verlagern sich. Auch auf die Hausärztin, die Gemeindeschwester, die Angehörigen.

Der Bogen ist geschlagen vom Einsatz aller erforderlichen Mittel bis hin zum Begleiten beim Sterben. Von der **Wahrheit** über die bösartige Erkrankung, der Aufklärung aller Folge-symptome einer aggressiven Behandlung bis zur **Wahrhaftigkeit** bei der Regelung und Mithilfe für die letzten Handreichungen beim Sterben.

Mit dem Ende unserer Krankheitsgeschichte kommen wir auch an den Schluß unserer Betrachtungen.

Wir sind nachdenklich geworden, vielleicht bedrückt, vielleicht ärgerlich. Aber eines nicht: nicht hoffnungslos und nicht ohne Zukunft für unseren im Grunde begeisternden Beruf. Trotz aller Widersprüche und Probleme.

Hinter Dunkelheit und Nebel finden sich immer wieder auch klare Konturen und farbige Horizonte, die zu suchen sich lohnt.

Hören wir nicht auf, Fragen zu stellen, nach Antworten zu suchen und miteinander zu reden. Ich bin sehr dankbar darüber, mit Ihnen reden zu können.