

Zuhören lernen,
kommunikative Fähigkeiten entwickeln und
das Rollenselbstverständnis eines Unterstützers zu entwickeln
und nicht das eines großen Machers.

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp



„Palliativmedizin ist eine Einstellungssache“

Von Lukas Wilhelmi

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp, Jahrgang 1948, Soziologe und Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, arbeitet nach zehn Jahren Klinikarbeit zu Beginn der 1990er Jahren an der Uni Göttingen zum Thema Sterbehilfe und Therapieverzicht. Parallel folgen eine Ausbildung in Medizinethik, u.a. in den USA, sowie eine Ausbildung in Psychotherapie. Als Direktor des Sozialmedizinisch-Psychologischen Instituts (SmPI) Hannover wird er zum Gründungsdirektor des Zentrums für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum. Er gilt als einer der bekanntesten Ethikmediziner Deutschlands und lehrt von 1996-2012 an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg Gesundheitswissenschaften und -ethik. Derzeit arbeitet er an der Universität Bremen.

Herr Prof. Wehkamp, wann ist jemand aus einer ethischen Betrachtung ein Sterbender?

In der Beantwortung dieser Frage besteht die Kunst der Palliativmedizin. Sie ist kaum objektiv zu beantworten. Ob ein Helfer mit möglicherweise effektiven Mitteln dieses wahrscheinliche Sterben verzögern oder vorläufig abwenden kann, ist immer eine theoretische Option. Damit ist die praktische Situation von Menschen am vermeintlichen Lebensende wesentlich unklarer und komplexer, als es die Begriffe „Sterbender“ und „Sterbehilfe“ nahelegen. Nach dem Tod ist eine solche Feststellung leicht zu treffen. Stehen Sie aber selbst noch im Prozess, sei es als Betroffener, Arzt, Pfleger oder Angehöriger, dann arbeiten sie mit einer Wahrscheinlichkeit, wann und wie der Tod eintritt, aber es gibt in diesem Zusammenhang keine absoluten Sicherheiten. Zusätzlich ist die Frage, ob jemand im Sterben liegt, mit jedem Tag schwerer zu beantworten, an dem sich die medizinischen Möglichkeiten verbessern, da nun möglicherweise neue Mittel verfügbar sind, den zum Tod hinggerichteten Verlauf zu wenden.

Ist in der Palliativmedizin dieses Problem ähnlich stark ausgeprägt?

Ja, auch in der Palliativmedizin gibt es einen fließenden Übergang zwischen Maßnahmen der Lebensverlängerung und der der Steigerung der Lebensqualität einerseits und einer Palliativmedizin am vermeintlichen Lebensende andererseits. Auch hier haben wir ein sprachliches und begriffliches Problem. Palliativmedizin scheint zunächst ein klar umrissenes medizinisches Konzept zu sein. Aber faktisch ist dies nicht der Fall, trotz neugeschaffener, spezialisierter Palliativabteilungen. Die Mehrzahl aller Krankheiten ist nicht kausal zu behandeln, also von der Ursache her. Trotzdem ist damit oft ein langes Leben möglich, wobei letztendlich nicht-kausale, palliative Medizin betrieben wird. Zum Beispiel bei einem Typ 1 Diabetes oder verschiedenen Krebserkrankungen. Was den Palliativmediziner dabei auszeichnen sollte, ist sein Gespür für die ethische Abwägung, die er vornehmen muss, um den Einsatz der Mittel und ihr mögliches Ergebnis in ein sinnvolles Verhältnis zu setzen und Verant-

wortung dafür zu übernehmen, auf Versuche möglicher Lebensverlängerung unter definierten Umständen zu verzichten. Dazu müssen seine Entscheidungen mit den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten abgestimmt werden.

Inwiefern handelt es sich bei diesen Entscheidungen auch um ökonomische Abwägungen?

Solche Prozesse ähneln einer ökonomischen Entscheidungsfrage, aber nicht im betriebswirtschaftlichen Sinne. Ich muss mich als Therapeut und auch als Patient fragen, ob ich bereit bin, eine Belastung durch eine Therapiemaßnahme in Kauf zu nehmen, bei einem voraussichtlichen, aber mit Unsicherheiten versehenen Ergebnis. Sind die mit der Behandlung verbundenen Schmerzen, Ängste oder enttäuschten Hoffnung in Bezug zu dem möglichen Behandlungsergebnis zu rechtfertigen? Darf ich auf möglicherweise zu erreichende Lebensverlängerung verzichten?

Aber die Palliativmedizin denkt kaum von der Lebenszeitverlängerung aus.

Richtig, der Palliativmediziner denkt über Lebensqualität nach, weniger über Lebenslänge. Es steht die Frage im Vordergrund, ob die Belastung durch eine Therapie zu rechtfertigen ist. Dies gilt aber nur, wenn ich mir das Ziel setze, ausschließlich Lebensqualität zu verbessern und Lebenszeit nicht in den Vordergrund setze. Dann rechne ich damit, dass mein Ziel die Lebenszeit verkürzt oder zumindest nicht erweitert. Und

Aus ethischer Sicht hat ein Arzt nicht primär Verantwortung für den Patienten, sondern für die Qualität seiner Leistung.

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

auch dies ist leichter gesagt als getan. Im Grunde sind alle Mediziner, vor allem jene, die scheinbar am weitesten von der Palliativmedizin entfernt scheinen, mit diesem Problem konfrontiert. Hier müsste eine palliativmedizinische Schulung flächendeckend sein. Ethische und teilweise auch ökonomische Abwägung sind schließlich erlernbar.

Aber welche ethischen Kategorien, welches Wissen kann man Mediziner an die Hand geben, wo doch gerade in der Palliativmedizin die Selbstbestimmung des Patienten im Vordergrund steht?

Es geht um eine Sensibilisierung für die Anliegen des Patienten. Umgekehrt setzt Selbstbestimmung immer auch Kompetenz voraus. Es ist wichtig, dem Patienten ausführlich

zu erklären, welche Möglichkeiten er hat. Und wie die möglichen Ergebnisse wären. Es handelt sich in dieser Arbeit um die Klassiker der medizinischen Grundausbildung: Zuhören lernen, kommunikative Fähigkeiten entwickeln und das Rollenselbstverständnis eines Unterstützers zu entwickeln und nicht das eines großen Machers. Aus ethischer Sicht hat ein Arzt nicht primär Verantwortung für den Patienten, sondern für die Qualität seiner Leistung. Aber als Mensch, darauf hat der Philosoph E. Levinas überzeugend hingewiesen, bin ich gegenüber dem anderen stets auch in einer Verantwortung, der ich mich nicht entziehen kann.

Diesen Unterschied müssen Sie mir näher erklären.

Ein Arzt muss, soweit es möglich ist, den Subjekt-Status des Patienten erhalten, ihn fördern und folglich den Zubehandelnden als denjenigen betrachten, der über sein Schicksal zu entscheiden hat. Was natürlich in bestimmten Situationen in der Medizin, wenn es den Menschen schlecht geht, nicht gut funktioniert. Häufig sehen wir solche Probleme bei Patientenverfügungen, die ohne Kenntnis der Möglichkeiten und Risiken einer Behandlung ausgefüllt wurden. Da weiß man als Arzt: Dieser Patient verschenkt wertvolle Lebenszeit durch Unwissenheit – oder gar Dummheit.

Was lässt sich als Mediziner gegen solche Fälle unternehmen?

Patientenverfügungen und alle weiteren Aspekte der Selbstbestimmung sollten zu einem wichtigen und kommunizierten Thema der Betreuung werden. Dass zum Beispiel der Ober- und Chefarzt bei der Visite nicht nur auf eine korrekte Medikation achtet, sondern auch kontrolliert wird, ob wir genug über den Patienten wissen. Und dies wiederum kann nicht an den individuellen Verhaltensweisen der Ärzte hängen, sondern beginnt in der Organisation durch das Management. Solche Routinen können als Qualitätskriterium festgelegt werden. Das Unternehmen Krankenhaus sollte anhand solcher Maßnahmen die Zeit für diese Dinge schaffen. Was aber heute kaum der Fall ist. Ein Positiv-Beispiel: In einer Universitätsklinik in den USA gibt es ein sogenanntes ‚goldenes Blatt‘, auf dem alle Daten gesammelt werden, die wichtig für die Beachtung des Patientenwillens sind. Dieses farblich auch auffällige Papier suggeriert den Wert dieser Informationen. In



Deutschland ist die Aufwertung solcher Angaben zwar besser geworden, aber immer noch rudimentär. In den Standardaufnahmebögen wird immer noch nur abgehakt, ob ein aufklärendes Gespräch geführt wurde. Wie dieses Gespräch verlief, ob alle Fragen geklärt wurden, spielt eine untergeordnete Rolle. Für mehr haben die Ärzte keine Zeit. Es ist sowohl eine Frage der individuellen Ausbildung der Ärzte, des Managements und auch der Finanzierung von Krankenhausleistungen. Ich möchte an dieser Stelle aber noch auf ein weiteres Problem hinweisen.

Nur zu.

Es sollten auch gedankliche, wenn man so will: philosophische Fähigkeiten geschult werden. Es gibt einen Unterschied zwischen Wirklichkeit und der Beschreibung von Wirklichkeit, also zwischen begrifflicher und erlebter Realität. Dabei sollte klar sein, dass ein sogenannter Sterbender heutzutage angesichts der medizinischen Möglichkeiten wie Reanimation oder der Wendung von vermeintlichen Sterbeverläufen in sehr vielen Fällen kein objektives Phänomen ist. Als Arzt muss ich häufig jemanden zum Sterbenden erklären, um dann die Schlussfolgerung abzuleiten, dass ich das Sterben nicht verlängern will und nicht darf. Aber falls eine Chance besteht, den Tod effektiv zu verzögern und dies für den Patienten auch tatsächlich ein Gewinn ist, dann ist ein Krankheitsverlauf nicht unbedingt ein Sterbeprozess, sondern eine Episode einer schweren Krankheit.

Können Sie dies konkret aufzeigen?

Jemand ist beispielsweise ein Sterbender, wenn ich im Falle eines Nierenversagens keine Dialyse zur Verfügung habe. Besteht diese Möglichkeit aber, ist der Patient kein Sterbender. Mit anderen Worten, es geht darum, was viele Psychosomatiker schon lange fordern: Dass Ärzte lernen, ihren plumpen, objektivistischen Materialismus zu überwinden. Um ihre eigene Rolle in dem Geschehen zu reflektieren. Wenn ich mir meiner Entscheiderposition bewusst bin, dass ich Menschen zum Sterbenden erkläre, wenn ich meine, ihm nicht mehr helfen zu können, dann ist dies eine sehr wichtige Erkenntnis, die Ärzte und Teams haben sollten, weil daraus eine Änderung des Therapieziels folgen muss. Es geht dabei wohlgerne nicht um Therapiever-

zicht oder Abbruch, sondern um eine andere Ausrichtung der Betreuung.

Was macht diese Erkenntnis so wichtig?

Es ändert den Entscheidungsprozess. Der Blick würde nicht ausschließlich auf das vermeintliche Objekt, den Patienten gerichtet. Sondern der Blick würde oszillieren, zwischen dem Patienten und seiner Situation, sowie den Möglichkeiten, die ich als Team wie auch Institution zur Verfügung habe. Dies würde ein erhöhtes Maß an Reflexivität in die medizinischen Entscheidungsprozesse bringen, in der Hoffnung, dass sie dadurch differenzierter ausfallen.

Wie äußert sich bisher diese Diskrepanz an moralischer Reflexion?

Ich habe häufig beobachtet, dass medizinische Entscheidungen stark durch die Psychostruktur der Ärzte beeinflusst werden. Viele Kollegen reagieren auf der Basis ihrer Ängste, indem sie vermeiden, schuldig zu sein, in dem sie Angst haben, Verantwortung zu übernehmen. Wenn es einem Patienten akut schlechter geht, habe ich es bei Pflegekräften häufig erlebt, dass sie ihre Entscheidung den zuständigen Arzt zu rufen, davon abhängig machen, wie sie diesen von seiner Verhaltensweise, also von seinem Charakter her einschätzen. Ob der Arzt und die Pflegekraft gut miteinander können. Oder ob dieser Arzt aggressiv versucht Leben zu retten, bzw. meint Leben retten zu müssen oder jemand ist, der sensibel und reflektiert auf die Bedürfnisse der Patienten eingeht. Ich würde die These aufstellen, dass viele Mediziner dort, wo sie angeblich rein fachlich begründet handeln, sehr stark durch Charakterstruktur und informelle im Haus geltende Regeln geprägt sind. Solche Dinge sollte man nicht nur individuell reflektieren, sondern sie könnten auch dadurch aufgelöst werden, dass man Entscheidungsprozesse in der Gemeinschaft mit anderen Kollegen kommuniziert. Was natürlich Ausbildung, Zeit und Geld voraussetzt.

Höre ich das richtig heraus, dass die kompromisslose, unreflektierte Verlängerung von Leben im deutschen Krankenhaus noch zu präsent ist?

In vielen Bereichen ist dies noch so, ja. Ich habe dies lange in Süddeutschland erlebt. Dort hatte die

Palliativmedizin ist meines Erachtens vornehmlich eine Einstellungssache und weniger eine handwerkliche.

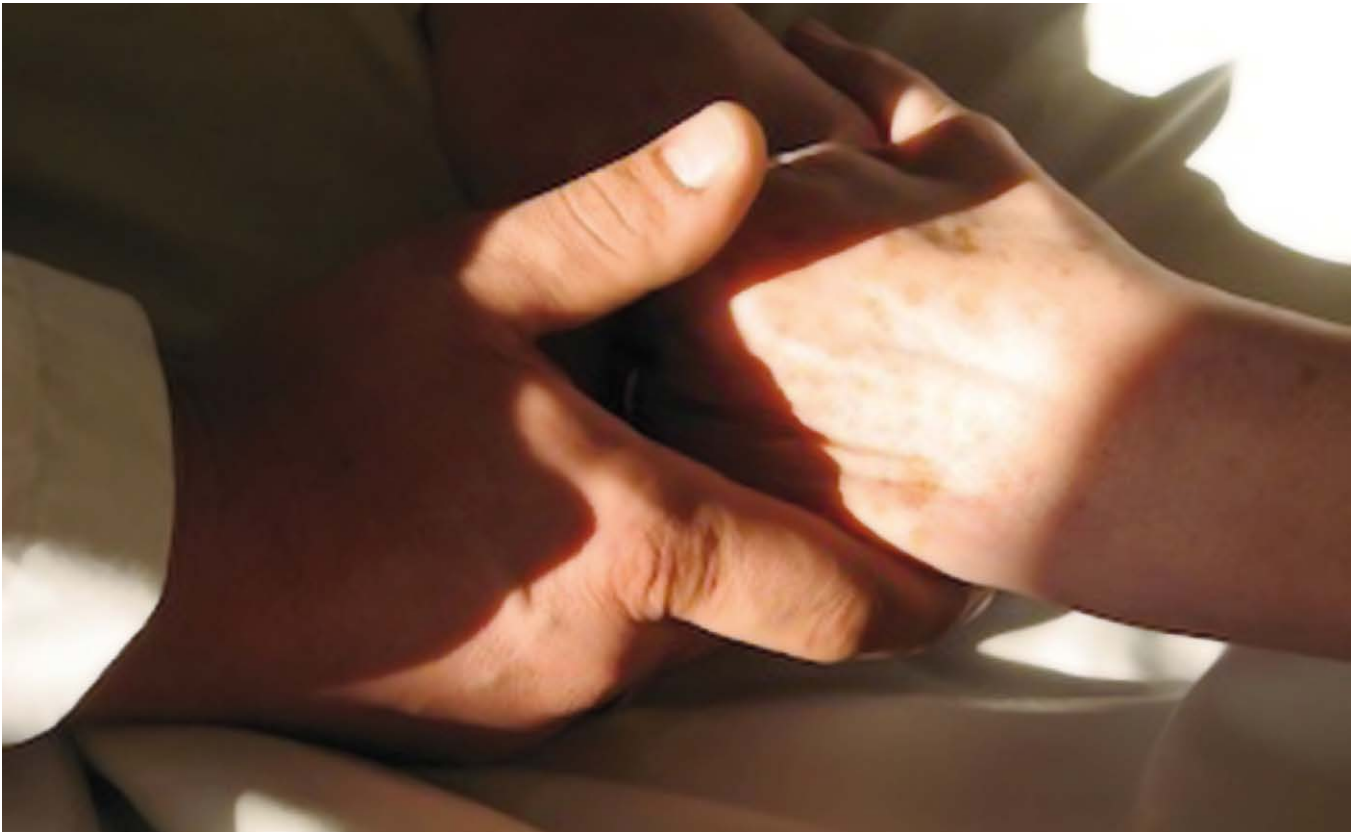
Diese Form der Behandlung ist sowohl eine Bereitschaft als auch eine Fähigkeit, Palliation zu denken, Zieländerungen flexibel und individuell vorzunehmen.

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

Palliativmedizin lange Zeit große Schwierigkeiten, Patienten zu bekommen. Weil in anderen Abteilungen wie der Kardiologie Herrschaftsansprüche angemeldet wurden. Was auf der Erkenntnis aufbaut, dass das Leben endet, wenn das Herz nicht mehr arbeitet. Womit viele Patienten am Ende kardiologisch intensiv und nicht palliativmedizinisch betreut wurden. Teilweise hat sich dies geändert, als die Politik die Entgelte für die Palliativmedizin verbessert hat, so dass die Abteilungen für das Klinikmanagement zur „Cash-Cow“ wurden. Wodurch das Klinik-Ma-

Viele Kollegen reagieren auf der Basis ihrer Ängste, indem sie vermeiden, schuldig zu sein, in dem sie Angst haben, Verantwortung zu übernehmen.

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp



nagement eingegriffen hat, und den Kampf um den Patienten zugunsten der Palliativmedizin entschieden hat. Es geht dabei also nicht nur um reine Gesinnungsfragen, sondern auch um ökonomische Aspekte. Aber umgekehrt sollte man auch fordern, dass die Ökonomie die Vergütungen so ansetzt, dass die best angemessene Medizin auch praktiziert wird.

Jetzt gibt auch viele, religiös geprägte Denkmodelle, die das Leben quantitativ, ungeachtet von Lebensqualität, als heilig ansehen. Wie lässt sich damit umgehen?

Zunächst einmal empfinde ich es als völlig richtig, das Leben aufzuwerten. Den Grundsatz, im Zweifel für das Leben, sollten wir auf alle Fälle aufrechterhalten. Wir müssen auch auf medizinischer und Hospiz-Seite aufpassen, dass nicht zu schnell abgewunken wird. Wie ich bereits sagte, die Behandlungsmöglichkeiten verbessern sich ja quasi täglich und sind auch von der ökonomischen Potenz der Krankenhäuser abhängig. Dies macht es zu einer großen Herausforderung palliativmedizinisch zu denken. Ich kann nie von vorneherein sagen, hier muss ich aufhören mit der Therapie und hier muss ich weiter machen. Und auch wenn ich Palliativstationen wichtig finde, muss im Grunde dieser Gedanke gerade da ausgearbeitet sein, wo Intensivmedizin betrieben wird. Palliativmedizin

ist meines Erachtens vornehmlich eine Einstellungssache und weniger eine handwerkliche. Diese Form der Behandlung ist sowohl eine Bereitschaft als auch eine Fähigkeit, Palliation zu denken, Zieländerungen flexibel und individuell vorzunehmen.

Sie arbeiten auch forschend im Bereich der Palliativmedizin. Was hat sich in den letzten Jahren geändert?

Ich hatte das Glück 1990 bei einer der meines Wissens ersten größeren Studie zum Thema Sterbehilfe mitarbeiten zu können. Ein Ergebnis der Arbeit war, dass die Medizin nicht nur kein Gefühl dafür hatte, wann das Therapieziel zu ändern ist, es fehlte sogar der Begriff für einen solchen Vorgang. Das machte es deutlich schwerer unseren Forschungsauftrag zu erfüllen, zu klären wie es mit der passiven Sterbehilfe in Deutschland aussieht. Inzwischen ist ein Begriff etabliert: die ‚Therapiezieländerung‘. Schließlich geht es nicht um Befürwortung oder Ablehnung von Therapie, sondern um unterschiedliche Konzepte. Eine Entwicklung in die Richtung der Palliativmedizin setzt voraus, dass es die Begrifflichkeiten dafür gibt. Und das Fehlen solcher Vokabeln war sicherlich auch ein Zeichen dafür, dass bis zum Anschlag therapiert wurde. Gleichzeitig haben bei der Frage, ob zu viel Medizin macht wird, dies 100 von 100

Ärzten bejaht. Das Problem aber war, dass niemand sagen konnte, wo er sich selbst zurück nehmen sollte. Da haben wir inzwischen einen enormen Fortschritt vorzuweisen. Da hat die Palliativmedizin als Abteilung eine Menge geleistet und es muss jetzt das Ziel sein, diesen Gedanken in der gesamten Medizin zu verankern.

Was müsste dazu nächstes passieren?

Es müsste eine Einrichtung in Deutschland geschaffen werden, die das Selbstverständnis der Medi-

Umgekehrt sollte man auch fordern, dass die Ökonomie die Vergütungen so ansetzt, dass die best angemessene Medizin auch praktiziert wird.

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

zin normativ stärker prägt. Wie zum Beispiel die „Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften“. Dort wird sich sehr stark Gedanken gemacht über ethische Formierungen und Charakterisierungen der Medizin der Zukunft. In Deutschland gibt es zwar die „Akademie für Ethik in der Medizin“, aber im Grunde ist das eher eine Vereinigung von Ethik-Fachleuten. Es wäre eine Einrichtung sinnvoll, die eine Richtung vorgibt, in die die Entwicklungen der Medizin und der Ausbildung gehen sollte. Das international führende medizinische Fachblatt The Lancet zum Beispiel fordert sowohl eine Neuausrichtung der Gesundheitsberufe in Richtung einer Grenzüberschreitung zwischen den Professionen, als auch eine Ausweitung der ethischen und kommunikativen Kompetenzen. Wir sollten nicht nur eine Medizin betreiben, die nur 5 Gänge hat, sondern eine, die auch über einen Leerlauf und einen Rückwärtsgang verfügt. Dazu müsste das Thema ‚medizinisches Entscheiden‘ eine wichtige Rolle spielen.

Ist medizinische Ethik ein Learning-by-Doing, so dass die Medizin vor allem dem Raum für solche Themen ermöglichen muss oder wo setzt eine solche Ausbildung an?

Es ist schon bestimmtes begriffliches Repertoire, ein bestimmtes theoretisches Verständnis nötig, welches theoretisch zu vermitteln ist. Aber selbst der Begriff ‚Ethik‘ kann einengend sein. Ich denke, in der Ausbildung muss es um bewusste Entscheidungsfindung gehen. Und nicht nur um individuelle, sondern auch um organisierte bzw. strukturierte Entscheidungsfindung. Es geht um die Handlungsfähigkeit von Teams, die durch Vorgaben des Managements unterstützt werden müssen. Ich würde mir einen fließenden Übergang wünschen, zwischen reflektierenden Einheiten und praktischen Erfahrungen. Primär muss eine Krankenhausleitung dafür sorgen, dass solche Prozesse nach innen durchgeführt werden und nach außen dafür, dass sie bezahlt werden.

Fällt es der Denkrichtung ‚Ethik‘ schwer, für sich selber einzustehen? Sieht sie sich vielleicht selbst als Randbereich des medizinischen Arbeitens?

Da ist ein bisschen was dran. Die akademische Medizin wird ja bevorzugt von Menschen gemacht, die sich dafür entscheiden haben, nicht



Wir sollten nicht nur eine Medizin betreiben, die nur 5 Gänge hat, sondern eine, die auch über einen Leerlauf und einen Rückwärtsgang verfügt.

Dazu müsste das Thema ‚medizinisches Entscheiden‘ eine wichtige Rolle spielen.

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

mit Patienten zu arbeiten. Dadurch ist sie oft ein sehr theoretisches Fach. Das fördert nicht gerade die Stärke dieser Disziplin, obwohl auch die theoretische Grundlagenarbeit wichtig ist.

Wie lässt sich diese starre Grenze zwischen Theorie und Praxis abbauen?

Indem man die reine Ethik abschafft und sie stärker integriert mit anderen Disziplinen und der Praxis. Indem diejenigen, die mit Patienten arbeiten stärker ethisch gefördert werden und indem in die Ausbildung der Mediziner das Entscheidungs-lernen integriert wird. Ich habe mich schon vor etlichen Jahren gefragt, wieso es in den Krankenhäusern ein gesetzlich vorgeschriebenes Qualitätsmanagement gibt und irgendwo in einer ganzen anderen Ecke ein Ethikkomitee oder etwas Vergleichbares. Dabei ist Ethik letztendlich nur dann in die Medizin integriert, wenn sie die Qualität der klinischen, menschlichen Versorgung verbessert. Es muss begriffen werden, dass das, was wir Qualität nennen, zu einem erheblichen Teil moralischer

Natur ist. Eine solche Dimension ist aber nicht ohne Weiteres quantitativ messbar. Sie stellt sich eher kommunikativ dar. Wünschenswert wäre ein Verständnis von Gesundheitsmanagement, das nicht nur auf technische, sondern auch auf ethische und kulturelle Elemente zurück greift.

Impressum

Herausgeber

Palliativ-Portal, Im Köstlersbrunn 28, 96135 Stegaurach.
Geschäftsführer: Dr. med. Jörg Cuno
info@palliativ-portal.de

Der Autor



Lukas Wilhelmi kam zum Studium der Kulturkritik an die HFF in München. Dort wohnt und arbeitet er als freier Journalist und Autor.

Hinweis

Das Interview ist Eigentum des Palliativ-Portal. Teilweise oder komplette Auszüge dürfen nur nach Erlaubnis weiterverwendet werden.

APP



Das Palliativ-Portal gibt's auch als APP für iPhone, iPad und Android. Download kostenlos unter www.palliativ-portal.de



Laden Sie sich Ihre APP kostenlos herunter und nutzen Sie viele Vorteile:

- **Neuigkeiten** aus der Palliativmedizin
- Zugriff auf das große **Palliativ-Adressbuch**
- **Stellenmarkt**
- **Vor-Ort-Suche**

DOWNLOAD KOSTENLOS



FÜR IPHONE & IPAD



FÜR ANDROID



ProStrakan

A member of the Kyowa Hakko Kirin group

KYOWA KIRIN

www.palliativ-portal.de

Dr. med. Jörg Cuno

Im Köstlersbrunn 28 · 96135 Stegaurach
Tel.: (0951) 992 10 13 · info@palliativ-portal.de