

In seinem 2011 erschienenen Buch: Über das Sterben, schreibt der Palliativmediziner: G. D Borasio:

„Es gibt erstaunlich viele Parallelen zwischen Geburts- und Sterbevorgang. Es sind die einzigen Ereignisse, die allen Menschen, ja allen Lebewesen gemeinsam sind. Es sind beides physiologische Vorgänge, für welche die Natur Vorkehrungen getroffen hat, damit sie möglichst gut verlaufen. Beide laufen in den meisten Fällen am besten ab, wenn sie durch ärztliche Eingriffe möglichst wenig gestört werden. Und in beiden Vorgängen greift die moderne Medizin zunehmend häufiger, zunehmend invasiver und teilweise zunehmend unnötiger ein.“⁴

(G. D. Borasio)

Seit Anfang der 1990 Jahre arbeite ich als Krankenhausesseelsorger. Damals in einem mittelgroßen Haus in Bonn mit einem - wie ich finde – in guter Weise an christlichen Werten orientierten engagierten Träger. Mit erfahrenen Kollegen im Hintergrund war ich sehr bald zuständig für die kurz zuvor eröffnete neue Palliativstation des Hauses - die überhaupt erst 2. in ganz Deutschland.

Gleichzeitig wurde mir auch die seelsorgliche Verantwortung für die interdisziplinäre 11-Betten-Intensivstation - unter anästhesiologischer Leitung übertragen.

Auf dieser Station waren damals schon Ethische Fallbesprechungen“ etabliert, - dort noch „Ethik-Konsil“ - genannt. Das sehr selbstbewusste Pflegeteam habe ich im Verhältnis zu den Ärzten der verschiedenen Fachabteilungen als ein sehr starkes Gegenüber erlebt. In den ausführlichen mittäglichen Übergaben an denen jeweils mindestens auch ein Arzt der beteiligten Fachabteilungen teilnahm, wurde im Hinblick auf jeden Patienten der Patienten in der Gesamtgruppe auch jeweils die Sinnhaftigkeit des eingeschlagenen Behandlungswegs reflektiert und problematisiert.

Die dort praktizierte Kultur des Reflektierens medizinischer Behandlung prägt meine Vorstellungen bis heute!

Daneben gab es eine 2., ganz andere Erfahrung. Diese ist mir auch bis heute ein Schlüssel für die Wahrnehmung eines durchgängig gegebenen Phänomens.

Anfang der 90er Jahre - war die Pionierzeit der Palliative Care (als Sammelbegriff für Palliativmedizin und Hospizbewegung) in Deutschland.

Der Leiter der Palliativstation - wirklich einer der Pioniere der Palliativmedizin in Deutschland - war gleichzeitig auch Leiter der eben beschriebenen Intensivstation. Dieser Arzt, der auf der Palliativstation - und darüber hinaus für die Entwicklung der Palliativmedizin in ganz Deutschland - im Hinblick auf menschenwürdige Sterbebedingungen sehr viel Bedeutendes auf den Weg gebracht hat, war hinsichtlich der Patientensituationen auf der Intensivstation gewissermaßen der Antipode im Hintergrund der Ober- und Stationsärzte, wenn es darum ging, eine Therapiezieländerung durchzusetzen. Mit anderen Worten: auf der Intensivstation tat er sich extrem schwer, die fehlende Sinnhaftigkeit einer weiteren Lebensverlängerung einzugestehen.

Was mir daran bis heute beispielhaft vorkommt ist, dass ich die Palliativmedizin und die anderen med. Disziplinen - von wenigen Ausnahmen abgesehen - durchgehend als zwei voneinander getrennte „Welten“ wahrnehme:

Eine „Medizin-Welt“, deren erstes Anliegen ist, die Wünsche und vieldimensionalen Bedürfnisse des Kranken wahrzunehmen, diese gar zu fördern und eine Medizin-Welt, die bestimmt, und manchmal berauscht ist, von ihren ständig zunehmenden Therapieoptionen und die diese Potenz viel zu oft zum Maßstab ihres Handelns macht.

Eine wie ich finde sehr bemerkenswerte Kluft, die auch viel mit unserem heutigen Thema zu tun hat! ...

Doch noch einmal zurück zum Team der Intensivstation: In meinen ersten Jahren als Krankenhausseelsorger hatte ich also das Glück, insgesamt geprägt zu werden durch eine Kultur und ein interdisziplinäres Team, das diesem „Imperativ der Machbarkeit“ (G. Maio) nicht einfach erlegen ist, sondern auf einer Metaebene immer die Sinnhaftigkeit medizinischer Behandlungen im Blick gehalten hat.

Seit dieser Zeit ist meine Aufmerksamkeit auch kritisch geschärft für die Gefahr der Verletzlichkeit menschlicher Integrität in Situationen schwerer Erkrankung. Diese Erfahrung war für mich erster Anlass und seitdem ständiger Trigger, mich mit Fragen von Ethik und Recht medizinischer Behandlungen an den Grenzen des Lebens auseinanderzusetzen.

Über all die Jahre – mit der langjährigen Erfahrung an zwei Unikliniken und nun seit 6 Jahren an einer kommunalen Klinik der Maximalversorgung, zieht sich die Erfahrung, dass Menschen vielfach - über jedes halbwegs angemessene Maß hinaus – **Opfer** einer **Übertherapie** werden.

Neben der eigenen Auseinandersetzung mit den sich daraus ergebenden Fragen, war mein Weg des Umgangs mit dieser Problematik immer: das Gespräch zu suchen, Fragen zu stellen, Infrage zu stellen, und auch durch Weiterbildungen mir zugängliche Berufsträger aus dem Gesundheitswesen für diese Problematik zu sensibilisieren.

Eine Form mit der von mir erlebten Realität umzugehen, war und ist auch, dass ich mich bereits seit Mitte der 90er Jahre sehr intensiv mit dem Thema Patientenverfügung beschäftigt habe und mein erworbenes Wissen in Fortbildungen für Profis und Anwender weitergegeben habe, aber auch durch direkte Beratungsarbeit zur Patientenverfügung .

Das Thema „Übertherapie“ im deutschen Gesundheitswesen ist mittlerweile auch in der breiten Öffentlichkeit angekommen.

In einem Gastbeitrag der Zeit im Jahr 2014 hat Borasio darauf hingewiesen, dass etwa jedem zweiten Sterbefall in Deutschland eine Übertherapie vorausgegangen würde.

Gut 900.000 Sterbefälle gibt es in Deutschland in jedem Jahr. Das bedeutet, Jahr für Jahr erfährt annähernd eine halbe Million Menschen vor ihrem Tod eine medizinische Behandlung, die entweder nicht (mehr) indiziert war und/oder die von der betroffenen Person nicht mehr gewünscht gewesen wäre - eine unfassbare Dimension der Problematik!

2016 veröffentlichte der Palliativmediziner Thöns sein in zahlreichen Medien über viele Wochen große Resonanz erzeugendes Buch „Patient ohne Verfügung - Das Geschäft mit dem Lebensende“. Wie der Titel schon sagt wird in diesem Buch – mit viel Insiderwissen und gut recherchiert – dargestellt, wie Übertherapie nicht selten auch ökonomisch motiviert ist. Thöns erklärt darin auch, zu welchen Fehlansätzen das DRG-Abrechnungssystem geführt hat. Das hat zur Konsequenz, dass nicht indizierte Behandlungen, die aus Sicht des Krankenhauses lukrativ sind durchgeführt

werden, während die eigentlich angemessenen, dafür aber schlechter vergüteten Behandlungsverfahren nicht durchgeführt werden.

Eine ähnlich große mediale Resonanz fand im Herbst 2019 eine Aufmachergeschichte im Stern, in deren Kontext mehr als 200 z. T. sehr namhafte Ärzte auf das „Kranke Gesundheitssystem“ hingewiesen haben, in **dem die Logik der Ökonomie das Ethos der Heilkunst längst verdrängt hätte**. Sowohl in dieser Stern-Ausgabe, als auch im Buch von Thöns finden sich zahlreiche erschreckende, Insider jedoch nicht verwundernde, Beispiele für unverantwortliche Therapieentscheidungen, die gang und gäbe sind.

Immer breiter wird das Thema Übertherapie auch in der Wissenschaft diskutiert, was sich nicht zuletzt in ganzen Ausgaben medizinischer Fachzeitschriften widerspiegelt.

Was ist nun der theologische oder seelsorgerische Bezug dieser Thematik?

Ich finde, das Thema geht uns als Kirche sehr viel an.

Wenn Borasios Aussage über die jährlich viel-hunderttausend-fache Übertherapie am Lebensende in Deutschland auch nur halbwegs stimmt, woran ich auf dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrung nicht den geringsten Zweifel habe, frage ich mich, wo der Aufschrei unserer Kirchen bleibt. Angesichts der mittlerweile in der Öffentlichkeit breit bekannt gewordenen alltäglichen Realität der Übertherapie kann eigentlich keiner sagen, er habe davon nichts gewusst.

Wenn medizinische Behandlungen nicht am Wohl des Patienten ausgerichtet werden, sondern an anderen Kriterien, sei es ökonomisch motiviert, oder weil sich die Behandler die Vergeblichkeit ihrer Bemühungen nicht eingestehen können, oder aus wissenschaftlichem Interesse, oder weil sie die Erwartungen von Patient oder Angehörigen nicht enttäuschen wollen - ist das auch aus religiöser Sicht ein Verstoß gegen die menschliche Integrität.

Der Mensch ist Ebenbild Gottes, wir sprechen von der Heiligkeit des Lebens - all das passt in keiner Weise zur Übertherapie.

In dem im Juli unterschriebenen und vor wenigen Wochen veröffentlichten Papier der Glaubenskongregation „Samaritanus bonus“, dass sich mit gesetzlichen Regelungen der Suizidbeihilfe und der „Freiwilligen Euthanasie“ (wie es das Schreiben nennt) befasst, heißt es

„Das Lehramt der Kirche erinnert daran, dass sich, wenn das Ende der irdischen Existenz naht, die Würde der menschlichen Person als das Recht darstellt, in möglichst ruhiger Verfassung sowie in der ihr eigenen menschlichen und christlichen Würde sterben zu können.[53] Um die Würde des Sterbens zu schützen, muss sowohl die Vorwegnahme des Todes als auch dessen Hinausschieben mit dem sog. »therapeutischen Übereifer«[54] ausgeschlossen werden“.

Dieser Abschnitt steht in einer gewissen Parallelität zu dem Eingangszitat von Borsio, in dem es davon spricht, dass sich „die Würde der menschlichen Person [im Sterben] als das Recht darstellt, in möglichst ruhiger Verfassung sowie in der ihr eigenen menschlichen und christlichen Würde sterben zu können.

Das finde ich sehr bemerkenswert ...

Irritierend **erscheint mir dagegen der Begriff**, den das Dokument für die Realität der Übertherapie wählt: „**therapeutischer Übereifer**“

Das empfinde ich als einen Euphemismus und das deutet für mich darauf hin, dass die **Problematik in ihrer Tiefe nicht verstanden ist** - so als ginge es nur darum, dass Ärzte in ihren Bemühungen ausnahmsweise auch schon 'mal über das Ziel hinauschießen - therapeutischer Übereifer ...

Mir schiene es angebracht und überfällig, dass diejenigen, die bei den klassischen Lebensschutzthemen Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe bei jedem Anlass reflexartig einen großen Eifer an den Tag legen - wie jetzt in dem Lehrschreiben Samaritanus bonus zum Thema Suizidassistenten - ähnlich engagiert auf die Infragestellung unseres christlichen Menschenbildes durch die zum Alltag gewordene Übertherapie reagieren würden.

Dies umso mehr, als wir als Kirchen sehr stark in den deutschen Gesundheitsmarkt eingebunden sind (rund jedes 3. Allgemeinkrankenhaus Deutschlands ist in kirchlicher Trägerschaft) und allein von daher schon auch über einen großen politischen Einfluss verfügen.

Die Haltung von Samaritanus bonus gegenüber Menschen, die für sich eine Suizidassistenten bzw. eine „Freiwillige Euthanasie“ in Betracht ziehen bzw. diese auch durchführen ist sehr kompromisslos, diese Menschen werden **von den Sakramenten ausgeschlossen**.

Seelsorgern ist die Begleitung derjenigen die solche Handlungen durchgeführt haben, nach deren Einleitung, verboten; schließlich könnten sie sonst den Eindruck erwecken, solches Handeln gutzuheißen.

2015, im Vorfeld des Ende Februar diesen Jahres vom BfG für nichtig erklärten § 217 StGB haben Umfragen zutage gefördert, dass rund 2/3 der Deutschen die Legalisierung aktiver Sterbehilfe befürworten würden, 72% sprachen sich gegen ein Verbot von Suizidbeihilfe aus.

Anstatt Menschen, die dieser Situation nur über den Notausgang Suizid entkommen zu können glauben, zu bedrohen (Sakramentenausschluss), schiene es mir **notwendend** die berechtigte Ursache dieser Sorge anzugehen. Übertherapie muss thematisiert werden und als Kirche müssen wir uns für eine andere Kultur medizinischer Behandlung am Lebensende einsetzen.

Das bedeutet aus meiner Sicht nicht: mehr Palliativstationen - sondern viel mehr die Integration der palliativen Haltung in alle Bereiche des Gesundheitswesens.
