

„Ethik in der Medizin lebt“

Medizinische Ethik im klinischen Alltag: Interview mit Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Ulrich Finke MBA, Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie am St. Katharinen-Krankenhaus in Frankfurt/Main, verlässt nach 20 Jahren die Klinik und geht in den Ruhestand. Der Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie und Notfallmedizin wurde kürzlich mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet.

Der 65-Jährige ist außerplanmäßiger Professor der Johann Wolfgang Goethe-Universität und Leiter des Arbeitskreises „Ethik in der Medizin Rhein/Main“ des Bistums Limburg. Seit 1996 gehört Finke (Liste Fachärzte Hessen) der Delegiertenversammlung an und engagiert sich seitdem in unterschiedlichen Bereichen für die Ärztekammer. Unter anderem ist er seit 1996 im GOÄ-Ausschuss, Mitglied in der Kommission Transplantation und Organspende, er leitet den Gutachter-Ausschuss Zertifizierung, ist seit 2000 Prüfungsvorsitzender bei Facharztprüfungen sowie Prüfer für Chirurgie und Viszeralchirurgie. Im Interview mit dem Hessischen Ärzteblatt spricht Finke, seit 2014 im Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung tätig, zum Thema angewandte medizinische Ethik.

Gibt es für Sie eine Grundlage für verantwortbares ärztliches Handeln?

Prof. Dr. med. Ulrich Finke: Grundlage ärztlichen Handelns sind der hippokratische Eid und das Genfer Gelöbnis. Diese hängen vor meinem Zimmer und werden oft von Patienten und Mitarbeitern gelesen. Beide händigt unser Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, allen Absolventen des Staatsexamens bei der Examensfeier aus.

Die meisten medizinethischen Fragen treten am Anfang und am Ende des Lebens auf – von der Präimplantationsdiagnostik, vorgeburtlichen genetischen Diagnosen bis hin zur Transplantations-, Geriatrie- und Palliativmedizin. Wie erle-

ben Sie ärztliches Handeln in diesen Grenzbereichen?

Finke: Am St. Katharinen-Krankenhaus haben wir vor 14 Jahren die Gynäkologie und die Geburtshilfe geschlossen, so dass ich persönlich immer mehr Menschen am Ende ihres Lebens behandle. Meine älteste Patientin war 105 Jahre alt.



Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Sie bekam nach einem Oberschenkelhalsbruch eine neue Hüfte. Heute eine Routineoperation, ist diese auch palliativmedizinisch indiziert, damit die Patienten nicht von Schmerzen gequält werden und pflegerisch besser versorgt werden können. Im klinischen Alltag beobachte ich, dass bei den Kollegen zunehmend eine hohe Sensibilität für ethische Fragen und Probleme vorhanden ist. So wird auf der Intensivstation immer wieder gefragt: Ist eine Therapie noch angezeigt? Verlängern wir das Leben oder das Leiden? Was ist der mutmaßliche Wille des Patienten? Das wird aktiv und fallbezogen diskutiert.

Sie sind seit mehr als 20 Jahren im Arbeitskreis Medizin und Ethik im Bistum Limburg engagiert. Der AK organisiert unter Ihrer Leitung jährlich zu Jahresbeginn einen Ärztetag im Haus am Dom in Frankfurt/M, wo aktuell relevante medi-

zinethische Themen diskutiert werden. In diesem Jahr waren „Prädiktive Gentests“ das Thema. In der Vergangenheit spannte sich der Bogen von „Perspektiven des Arztberufes“ über „Patientenverfügung, Selbstbestimmung und Sterbehilfe“ bis zu „Demenz“ und „Ärztliches Handeln im interkulturellen Kontext“.

Finke: Der Ärztetag versucht immer, aktuelle Themen zu finden und primär für Ärzte relevante Fragestellungen aufzugreifen. Wir öffnen uns aber auch Anderen. So waren beim Thema „Demenz“ Vertreter von Senioren- und Pflegeheimen eingeladen, bei der Diskussion über die prädiktive Gendiagnostik Patientengruppen.

Der nächste Ärztetag am Dom am 13. Februar 2016 hat den „Umgang mit Fehlern in der Medizin“ zum Thema. Diese Veranstaltung wendet sich an alle Ärzte – in Klinik und Niederlassung. Mir persönlich wäre wichtig, dass auch jüngere Kollegen sich die Zeit dafür nehmen, dass wir mehr Assistenz- und Oberärzte im aktiven klinischen Dienst erreichen, obwohl die Arbeitsbelastung hier oftmals einen engen Rahmen setzt. Das Interesse und die Sensibilität für ethische Themen nehmen zu, gerade auch bei jüngeren Kollegen. Auch Hausärzte und niedergelassene Kollegen suchen oft Rat, etwa bei der genetischen Beratung.

Heute geht beispielsweise bei der Pränataldiagnostik der Trend weg von der Fruchtwasserpunktion hin zum Bluttest.

Finke: Die Fruchtwasserpunktion als eine mit einem Risiko für das Ungeborene verbundene Untersuchung verliert zunehmend an Bedeutung. Wir sind mit der Labordiagnostik so weit, dass wir genetische Dispositionen feststellen können, die nicht nur aktuell relevant sind, sondern auch weit in die Zukunft reichen. Beispielsweise gibt es genetisch bedingte Erkrankungen, wie die Chorea Huntington, die erst jenseits der 40 auftreten. Auch kann man mit Hilfe der Gendiagnostik Erkrankungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für die ferne Zukunft voraussagen. Aber wem hilft das Wissen da-

rüber? Und will ich als Patient das wirklich wissen? Zudem: Die DNA-Sequenzierung wird immer billiger, ist derzeit für 1000 Dollar in den USA zu haben. Mit zunehmender Diagnosemöglichkeit wächst auch die Gefahr des Missbrauchs. Dritte, zum Beispiel Versicherungen oder Arbeitgeber, könnten ein großes Interesse haben zu wissen, wie krank man ist und welche Krankheit künftig zu erwarten wären. Je leichter es wird, diese Daten zu generieren, desto eher wächst der Missbrauch. Dabei wird es keine Rolle mehr spielen, ob das jeweilige Verfahren in Deutschland verboten ist oder nicht.

Wenn Sie im Krankenhaus bei der Therapie eines Patienten an Grenzen kommen, wie gehen Sie vor?

Finke: Wenn wir beispielsweise vor der Frage stehen, ob eine Behandlung eingefroren werden soll – eine Einstellung der Therapie führen wir nicht durch –, weil wir keine Heilungschancen mehr für den Patienten sehen, berufen wir die Ethikkommission ein. Beteteiligt sind neben den behandelnden Ärzten Pflegekräfte, Seelsorger, Angehörige, der Hausarzt und gegebenenfalls weitere Ärzte, die den Patienten zuvor behandelt haben. Dann wird auch über eine Patientenverfügung gesprochen, falls vorhanden. Diese erleichtert das Vorgehen, ist jedoch keine reine Handlungsanweisung, sondern wird immer hinterfragt und auf Aktualität geprüft. Denn der medizinische Fortschritt wächst ständig. Wer vor 40 Jahren hinterlegt hat, dass er keine Fremdkörper eingepflanzt bekommen will, kann heute mit einem Herzschrittmacher, der in 30 Minuten bei örtlicher Betäubung eingesetzt wird, erheblich an Lebensqualität gewinnen. Wogegen ich mich persönlich wehre: Patienten am Ende eines langen Lebens- und Krankheitsweges noch mit lebenserhaltenden Maßnahmen zu traktieren und so das Leiden, nicht das Leben zu verlängern.

Im Herbst entscheidet der Bundestag, ob Ärzte unheilbar Kranken beim Sterben helfen dürfen. Was meinen Sie zu der aktuellen Debatte?

Finke: Ich meine, man sollte dem Einzelnen freistellen, das Ende seines Lebens ein Stück weit selbst zu bestimmen. Bei

inkurablen Leiden sollte man Menschen nicht unnötig weiter leiden lassen. Grundsätzlich räumt das deutsche Rechtswesen mehr Handlungsmöglichkeiten ein als das Standesrecht der Ärztekammern. Juristisch gesehen ist Suizid kein Straftatbestand, Beihilfe dazu ist es auch nicht. Aber wer hierzulande einem Patienten einen entsprechenden Cocktail auf den Nachtschiff stellt, kann seine Approbation verlieren. Ob es wirklich nötig ist, die gesetzlichen Vorgaben neu zu fassen, weiß ich nicht. Aber ich würde es begrüßen, wenn das Standesrecht an die gesetzlichen Vorgaben angepasst werden würde. Und dass Landesärztekammern in diesen Fragen unterschiedliche Vorgaben haben, ist aus meiner Sicht nicht nachvollziehbar. Das sollte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland einheitlich geregelt sein.

Der evangelische Theologe Prof. Dr. Reiner Marquard (Freiburg) befürchtet, dass von der ärztlichen assistierten Sterbegleitung ein direkter Weg zur aktiven Sterbehilfe führen wird, zur Tötung auf Verlangen. Gleichzeitig sagt er mit Bezug auf Kant, dass aus dem Freiheitsrecht, sich selbst zu töten, kein Anspruchsrecht resultiert auf einen staatlich organisierten von Beistand durch Dritte. „Auch Ärzte haben Würde und dürfen nicht durch ein zweifelhaftes Ethos der Assistenz beim Suizid in ihrem Ethos instrumentalisiert werden“, argumentierte Marquard kürzlich in einem Artikel der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (18.6.2015).

Finke: Das stimmt. Das gegenseitige Vertrauen zwischen Arzt und Patient muss im Zentrum bleiben. Es gab in jüngerer Zeit in Hannover eine juristische Auseinandersetzung über die Frage, ob Ärzte erhöhte Morphindosen als Schmerzmittel geben dürfen, auch angesichts des Risikos eines früheren Ablebens. In dem verhandelten Fall ging es um eine todkranke Patientin, deren Ende absehbar war, und die – angeblich – eine zu hohe Dosis eines Schmerzmittels bekommen haben soll. Die behandelnde Ärztin wurde verurteilt und ihr wurde die Approbation entzogen. Zur Revision des Urteils ist es nicht mehr gekommen. Dieses Ur-

teil ließe sich als Signalwirkung für Ärzte verstehen, lieber Vorsicht bei der Dosierung von Schmerzmitteln walten zu lassen. Es darf aber nicht sein, dass Kranken aus Angst vor juristischen Konsequenzen Schmerzmittel vorenthalten werden, die sie aus ärztlicher Sicht brauchen, um schmerzfrei zu sein.

Ich warne außerdem davor, dass Ethik zu ökonomischen Zwecken missbraucht wird, nach dem Motto: „Alte Menschen kosten zu viel Geld, werden als Belastung empfunden oder empfinden sich selbst so.“ Von ökonomischen Zwängen muss man Ethik in der Medizin freihalten.

Von ärztlicher Seite wird in vielen gesundheitsrelevanten Bereichen eine Überregulierung durch den Staat kritisiert.

Finke: Der Staat begründet dies mit einer größeren Qualitätssicherung. Wenn Sie Qualität durch Kontrolle ersetzen, liegen Sie genau richtig. So soll beispielsweise gute Qualität belohnt und weniger gute ökonomisch bestraft werden. Nur was Qualität in der Medizin eigentlich ist, wurde bisher nicht definiert. Dazu ist erst kürzlich ein eigenes Institut gegründet worden, das Qualitätsindikatoren definieren und festlegen soll (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG).

Am 20. Oktober jährt sich zum 40. Mal Ihre Approbation. Immer mitten im Berufsleben als Arzt, Leitender Arzt, Chefarzt und Ärztlicher Direktor stehend, haben Sie die Grenzbereiche des Lebens unmittelbar erfahren. Können Sie eine Art Fazit zum Thema angewandte medizinische Ethik ziehen?

Finke: Ein Fazit hat für mich etwas Abschließendes, ist quasi wie ein Schlussstrich. Die Ethik in der Medizin jedoch lebt und ihre Anforderungen an alle in der Medizin Tätigen steigen. Gleichzeitig sind jedoch auch das Bewusstsein und die Sensibilität für die Ethik gewachsen. So gibt es an den Universitäten Lehrstühle für Ethik in der Medizin, und dieses Fach wird auch zunehmend dem medizinischen Nachwuchs, unseren Studenten, nahegebracht. Das lässt hoffen.

Interview: Isolde Asbeck