

# Bericht einer Pflegekraft

**E**ine Pflegekraft, die seit vielen Jahren berufstätig ist, kommt am Abend zum Nachtdienst auf ihre Station. Es handelt sich um eine internistische Station mit Schwerpunkt Kardiologie einer großen Klinik der Maximalversorgung.

Beim Übergabegespräch wird ihr von einer neu aufgenommenen Patientin berichtet: Frau A., 88 Jahre alt, wurde wegen zunehmender Müdigkeit, Atemnot und Husten von ihrem Hausarzt in die Klinik überwiesen. Sie hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt selbst versorgt, wohnte in einer eigenen Wohnung. Die Patientin kam am Vormittag in Begleitung ihrer Tochter, die nach dem Aufnahmegespräch die Klinik wieder verließ. Kurz nach dem Mittagessen erlitt sie einen akuten Vorderwandinfarkt. Die sofort durchgeführte Herzkatheteruntersuchung zeigte eine schwere koronare 3-Gefäß-Erkrankung mit hochgradiger Hauptstammstenose. Aufgrund dieses Befundes wurde keine Bypassoperation durchgeführt. Die Patientin wurde mit der üblichen konservativen Therapie versorgt und wird nun mit Monitor überwacht. Über das weitere Behandlungsziel haben die Pflegekräfte keine Information.

Als die Pflegekraft bei ihrer ersten Runde durch die Station zu der Patientin ins Zimmer kommt, schläft diese. Innerhalb der ersten Hälfte der Nacht steigt der Kreatininkinasewert weiter an, und die Pflegekraft informiert die diensthabende Ärztin. In dem Gespräch mit ihr stellt die Pflegekraft die Frage, was denn zu tun sein, wenn es der Patientin schlechter gehe, ob bei einem akuten Herzversagen die Intensivstation informiert werden, d.h. reanimiert

werden solle. Die junge Ärztin (Ärztin im Praktikum, seit 9 Monaten) will diese Entscheidung nicht treffen. In der zweiten Hälfte der Nacht schrillt die Alarmglocke aus dem Zimmer von Frau A. Die Pflegekraft eilt in das Zimmer und findet die Patientin etwas verwirrt im Zimmer umherirrend vor. Nach einigen beruhigenden Worten legt sich die Patientin wieder ins Bett und schläft wieder ein. Der Kreatininkinasewert steigt langsam weiter an.

Bei der Übergabe an den Tagdienst bittet die Pflegekraft ihre Kolleginnen, dass diese doch mit den Ärzten abklären sollen, wie bei Frau A. weiter vorgegangen wird, ob eine Reanimation im Notfall durchgeführt werden soll oder nicht.

Am darauf folgenden Abend, als die Pflegekraft wieder zum Nachtdienst kommt, ist die Frage zur Reanimation nicht geklärt. Nach dem Wissen der Pflegekräfte wurde mit Frau A. nicht über ihren Zustand gesprochen. Die Tochter war wohl zu Besuch bei ihrer Mutter, doch mit den Pflegekräften fand kein Gespräch statt. Am Abend ist die Patientin ansprechbar, meist sehr ängstlich und in der Nacht immer wieder unruhig. Bei der Dienstübergabe am nächsten Morgen äußert die Pflegekraft ihren Unmut über die unklare Situation. Danach hat die Pflegekraft einige Tage frei.

Als sie wieder zum Tagdienst in die Klinik kommt, hat sich am Zustand von Frau A. nicht viel verändert. Die Entscheidung über eine Reanimation, ja oder nein, ist immer noch nicht gefallen. Am späten Vormittag gibt es eine Alarmmeldung aus dem Zimmer von Frau A. Der Stationsarzt informiert sofort die Intensivstation (Pati-

entin ist kurzatmig, sehr unruhig, der Arzt stellt Herzrasen, Blutdruckabfall, Kreatinin-kinaseanstieg fest); ein Ärzteteam ist in wenigen Minuten bei Frau A. Ihr Zustand verschlechtert sich rapide, so dass mit einer kardiopulmonalen Reanimation begonnen wird. Diese ist nicht erfolgreich; die Patientin verstirbt.

Die Tochter von Frau A. wird telefonisch informiert. Sie ist einige Stunden später in der Klinik und stellt an die Pflegekräfte die Fragen „Ist es schnell gegangen? Wissen Sie, meine Mutter wollte immer friedlich sterben. In ihrem Alter wollte sie auf keine Intensivstation mehr. Sie musste doch nicht leiden?“

Ethik Med 2003 · 15:296–298  
DOI 10.1007/s00481-003-0269-7  
Online publiziert: 31. Oktober 2003  
© Springer-Verlag 2003

Karl von La Rosée<sup>1</sup> · Johannes Gobertus Meran<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinik III für Innere Medizin, Klinikum der Universität, Köln

<sup>2</sup> 1. Medizinische Abteilung, Wilhelminenspital, Wien, Österreich

## Kommentar I

**D**er vorgestellte Fall beschreibt eine medizinische Situation, die nicht ungewöhnlich ist, sogar relativ häufig vorkommt. Gleichzeitig zeigt sie ethische Probleme auf, die in der täglichen Praxis immer wieder auftreten. Besonders interessant ist, dass der Verlauf aus der Perspektive der Pflege beschrieben wird und damit Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen thematisiert.

Aus medizinischer Sicht sind viele Entscheidungen bereits vor dem ersten Kontakt der Pflegekraft mit der Patientin gefallen. Frau A., die bisher selbstständig war, kommt in Begleitung ihrer Tochter in das Krankenhaus, um behandelt zu werden. Ursächlich für die Verschlechterung des Zustands ist eine koronare Herzerkrankung, die kurz nach der Aufnahme zu einem akuten Vor-

derwandinfarkt führt. Festzuhalten ist, dass Frau A. jedenfalls durch die Aufnahme eine Behandlung und eine Verbesserung ihrer Situation erhofft hat. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass sie über Risiken und Möglichkeiten einer Herzkatheteruntersuchung informiert wurde und der invasiven Diagnostik zugestimmt hat. Bei dieser Untersuchung zeigte sich ein derart schwer wiegender Befund, dass formal eine Bypassoperation nötig gewesen wäre. Aufgrund der klinischen Gesamtsituation wurde die Bypassoperation jedoch nicht für indiziert gehalten. Leider wird nicht zu einer interventionellen Maßnahme im Zuge der Untersuchung mit dem Herzkatheter Stellung genommen. Denkbar wäre hier das Versorgen des linkskoronaren Hauptstamms mit einem Stent – ein „High-risk-Eingriff“, der

nur als „ultima ratio“ in Frage kommt. Ebenfalls nicht diskutiert wird die Möglichkeit der thrombolytischen Therapie. Man muss nach dem Fallbericht annehmen, dass auch diese Maßnahmen für nicht sinnvoll durchführbar gehalten wurden und die Patientin daher nach dem definitiven Ausschneiden von invasiven, und so gesehen zumindest ansatzweise kurativen Methoden nur noch konservativ versorgt werden sollte.

Dem Bericht ist zu entnehmen, dass dem Pflegepersonal keine Information über das weitere Behandlungsziel gegeben wird. Dieses Ziel kann aber aus dem geschilderten Verlauf nur ein konservativ-palliatives sein. In den folgenden Tagen verschlechterte sich die kardiale Situation der Patientin langsam, aber stetig. Die im Verlauf steigenden Kreatininkinasewerte weisen auf ein „schiebendes“ Infarktgeschehen hin, also auf eine langsame, fortschreitende Infarzierung von Herzmuskelgewebe.

Die Frage nach einer kardiopulmonalen Reanimation erscheint in diesem Zusammenhang wichtig und muss beantwortet werden. Die Antwort kann aber in Kenntnis der Vorgeschichte nur sein, dass die Reanimation zu keiner durchgreifenden Verbesserung der Situation führen kann und daher nicht hilfreich ist. Denn wenn eine Intervention bereits bei stabilen Kreislaufverhältnissen für undurchführbar gehalten wurde, kann diese nach weiterem Untergang von Herzmuskelgewebe und in einer Notsituation nicht plötzlich durchführbar und Erfolg versprechend sein. Dass die Entscheidung zum Reanimationsverzicht zumindest implizit bereits im Zuge der Herzkatheteruntersuchung getroffen wurde, geht u. E. daraus hervor, dass die Patientin trotz steigender Kreatininkinasewerte nicht auf eine Intensivstation verlegt wurde. Aus medizinischer Sicht ist dies ein konsequentes Vorgehen.

Solche Entscheidungen wurden in der angloamerikanischen Medizinethik mit „futile treatment“ begründet. „Medical futility“ (Aussichtslosigkeit) beschreibt die ärztliche Einschätzung einer medizinischen Intervention, die nicht zum Ziel führen wird. Hierbei darf nicht vergessen werden, dass Futility

immer eine wertende Entscheidung bedeutet, die meist einen Therapieabbruch oder Therapiebegrenzung suggeriert. Wichtig ist aber die vorausgehende Präzisierung der Therapieziele. Denn die Brisanz des Begriffes „Aussichtslosigkeit“ liegt in seiner Spannweite, die einerseits quantitativ den Übergang von wenig Erfolg versprechend bis absolut wirkungslos umfasst, andererseits qualitativ eine Bewertung durch Setzen eines normativen Therapieziels impliziert. Letzteres entspricht einer Spielart der kaum lösbaren Frage nach dem „lebenswerten“ Leben. Die Spannung dieser Entscheidung liegt meist zwischen möglicher Lebensverlängerung und hohen Belastungen oder Risiken durch eine Therapie. Die zugrunde liegende Bewertung besteht aus medizinischen Sachverhaltsanteilen und individuellen, persönlichen Anteilen, die keinen medizinischen Sachverstand erfordern. Vielmehr sind diese Einschätzungen von Nutzen und Risiko im Wesentlichen nur durch und mit Hilfe der Binnensicht des Patienten zu treffen. Die „Berechnung“ von aussichtsloser Therapie, wie sie etwa von Schneiderman u. Jecker (Ann Intern Med 1990;112:949–954) vorgeschlagen wird – (z. B. kein Erfolg in den letzten 100 Fällen) wird weder einer individuellen Wertung gerecht, noch berücksichtigt solch eine Regel die abgestuften Therapieziele einer patientenorientierten Medizin. Es handelt sich auch bei Frau A. um eine wertende Einschätzung, die zwar medizinisch sachlich begründet sein kann, aber keine rein medizinische Schlussfolgerung darstellt.

Zwischen den Zeilen und auch direkt ausgesprochen klingt in dem Fallbericht die folgende, eng damit verknüpfte ethische Frage an: Wurde die Patientin über ihre Situation und die Konsequenzen informiert? Wurde sie in die Entscheidungsfindung einbezogen, oder war die medizinische Situation derart gestaltet, dass auch bei eventuellem Behandlungswunsch die Intervention nicht zu verantworten war? Nach dem Wissen der Pflegekräfte jedenfalls fand keine Kommunikation über diese Themen statt. Die Frage der Aufklärung und der Wahrhaf-

tigkeit ist hier angesprochen. In dem Bericht erscheint die Entscheidung gegen eine Intervention nicht deutlich genug unter Bezugnahme auf ein konkretes (unerreichbares?) Therapieziel begründet.

Offenbar wurde auch innerhalb des Ärzteteams nicht klar und deutlich über die Situation der Patientin kommuniziert, da die junge Ärztin im Praktikum nicht Bescheid wusste und sich auch nicht weiter informierte. Ein besonderes Kommunikationsdefizit scheint zwischen den Professionen bestanden zu haben, da trotz der mehrfachen Nachfrage für die berichtende Pflegekraft die Information nach dem Behandlungsziel nicht einholbar war.

Warum wurde die Kommunikation unterlassen? Es handelt sich vermutlich um die sehr verbreitete Angst, eine schlechte Prognose und die damit verbundenen Konsequenzen klar zu kommunizieren. Die Folge davon ist, dass häufig unnötige und ungewünschte Handlungen gesetzt werden, wie die in dem Bericht geschilderte aussichtslose Reanimation. Die Übermittlung einer schlechten Nachricht ist emotional extrem anstrengend und schwierig. Es gilt, die Patienten auf ihrem aktuellen Wissensstand abzuholen und das Informationsbedürfnis auszuloten. Die Nachricht darf nicht wie ein Urteil übermittelt werden, und weitere Hilfe im Rahmen der Möglichkeiten muss immer angeboten werden. Max Frisch sagte einmal: „Man muss dem anderen die Wahrheit so wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann, und nicht wie einen nassen Fetzen um die Ohren schlagen“. Statt nur den Verzicht auf medizinische Maßnahmen zu übermitteln, geht es um intensive

menschliche Begleitung. Die wichtige Botschaft heißt nicht „Aufgeben“, sondern sorgsame Aufmerksamkeit, Betreuung und professionelle Symptomtherapie. Die Folge des fehlenden Austausches über die Prognose und die weiteren Therapiemöglichkeiten bzw. Therapiemodifikationen wird durch die Aussage der Tochter besonders bitter, da sich die Patientin offensichtlich über solche Situationen bereits Gedanken gemacht hatte und der Reanimationsverzicht, falls sie gefragt worden wäre, einvernehmlich und für alle erleichternd hätte festgelegt werden können.

Zusammenfassend ist der geschilderte Fall ein Beispiel für die Konsequenzen fehlender Kommunikation über Behandlungsziele zwischen den folgenden Ebenen:

1. dem ärztlichen Personal und dem Pflegepersonal,
2. den Ärzten mit unterschiedlichem Ausbildungsstand untereinander und
3. dem ärztlichen Personal und den Patienten mit dessen Angehörigen.

Die Pflegekraft musste sich missachtet vornehmen, da sie wiederholt den Austausch über diese Frage gesucht hat und mit ihrer Frage allein gelassen wurde. Die Lehre aus diesem Bericht kann nur in einem erneuten Appell zur Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten bestehen.

### **Korrespondierender Autor**

**Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, M.A.**

1. Medizinische Abteilung, Wilhelminenspital,  
Montlearstraße 37, 1160 Wien, Österreich

## Kommentar II

**D**er Fallbericht lässt offen, wie schwer der Infarkt war, den die Patientin nach ihrer Einlieferung ins Krankenhaus erlitt. Doch aufgrund des akuten Infarkts und der schweren Vorschädigung des Herzens konnte jederzeit eine Notfallsituation eintreten. Insbesondere die nächsten 4–5 Tage würden kritisch sein. Ebenso gut aber konnte sich die Patientin stabilisieren und ihren Ausgangszustand wieder erreichen. Einerseits gab es also keinen offensichtlichen akuten Entscheidungsdruck. Andererseits war medizinisch gesehen klar, dass sich durch weitere kardiologische Zwischenfälle der Zustand drastisch verschlechtern könnte, so dass ggf. auch Wiederbelebungsmaßnahmen erforderlich würden.<sup>1</sup>

Die Nachtschwester wusste aus Erfahrung, dass hier Klärungsbedarf über das Vorgehen im Notfall bestand, und sie forderte andere – eine junge Ärztin und im Folgenden Kolleg(inn)en der Tagschicht – zur Klärung auf. Den weiteren Verlauf auf Station könnte man mit „verbummelt“, „niemand kümmert sich richtig darum“ oder „nur im Hier und Jetzt handeln“ überschreiben. Offenbar zählt auf dieser Station eine Klärung solcher Fragen nicht zur selbstverständlichen „Routine“, sonst würde diese Aufgabe nicht von gleich mehreren Beteiligten vergessen oder vertagt. Dies verwundert etwas, handelt es sich doch um eine kardiologische internistische Station einer Klinik mit Maximalversorgung, in

der solche „Fallkonstellationen“ sicher häufiger vorkommen.

Was wäre erforderlich? Es ist Aufgabe der Stationsärzt(inn)e(n), den Angehörigen relativ zügig mitzuteilen, dass der Zustand der Patientin trotz berechtigter Hoffnung auf Wiederherstellung bedrohlich ist und Verschlechterungen oder zum Tode führende weitere Komplikationen auftreten können. Angesichts der schweren Vorschädigung des Herzens und des höheren Alters der Patientin sollten die Ärzt(inn)e(n) die Frage klären, ob eine Reanimation oder andere lebensverlängernde intensivmedizinische Maßnahmen den Vorstellungen der Patientin entsprechen würden. Die mit etwaigen Komplikationen einhergehenden medizinischen Maßnahmen und Prognosen müssten dargelegt werden, da es sich keinesfalls nur um eine Entscheidung für oder gegen „Apparatemedizin“ in höherem Alter handelt. Weil eine etwaige Behandlungsbegrenzung, bei der es um das Überleben oder um das Sterben einer nicht von vornherein todkrank Patientin geht, nicht allein von den Ärzt(inn)en beschlossen werden sollte, griffe eine Verständigung zwischen Ärzt(inn)en und der Pflegekraft des Nachtdienstes zu kurz. Vielmehr gilt es, im Tagdienst ein Gespräch mit den Angehörigen und nach Möglichkeit mit der Patientin anzuberaumen.

Zwar ist im Fallbericht nur von einer Tochter die Rede, doch sollten evtl. weitere Angehörige hinzugezogen werden, um mehrere Stimmen zu hören und auf diesem Weg Rückschlüsse über den Willen der Patientin

<sup>1</sup> Elke Bischof, Herrenberg, danke ich für hilfreiche Informationen und Anregungen.

zu ziehen. Denn nur darum kann es bei einer Einbeziehung und einer Befragung von Angehörigen gehen: Dass diese Auskunft darüber geben, was die Patientin in Bezug auf ihr Lebensende geäußert hat. Selbst dann, wenn die Tochter im weiteren Verlauf zur gesetzlichen Betreuerin bestellt würde, wäre es ihre Aufgabe, den „mutmaßlichen“ Willen der Mutter zu ermitteln. Doch soweit kommt es in diesem Fall nicht – zumal die Patientin noch ansprechbar zu sein scheint. Daher sollten nach Möglichkeit nicht an der Patientin vorbei Gespräche mit den Angehörigen initiiert und Entscheidungen gefällt werden. Dies geschieht bedauerlicherweise oft dann, wenn Patient(inn)en hochbetagt sind. Allein altersbedingte Schwerhörigkeit oder ein langsames Auffassungsvermögen führen oft dazu, dass über den Kopf des alten Menschen hinweg aufgeklärt und entschieden wird. Im Fall eines akuten Infarkts ist zwar Vorsicht geboten, was anstrengende oder aufregende Gesprächssituationen anbetrifft. Jedoch ist nicht von vornherein ausgeschlossen, die Patientin einmal vorsichtig auf das Vorgehen im Fall einer drastischen Verschlechterung anzusprechen.

Die Ärzt(inn)e(n) des Tagdienstes haben diese Gespräche offenbar nicht initiiert. Häufig werden gerade solche vorausplanenden Gespräche über das Lebensende nicht rechtzeitig geführt. Die Gründe sind vielfältig: Sei es, weil kein unmittelbarer Handlungsdruck besteht und man froh ist, das akute Tagespensum zu schaffen, sei es, weil man Eventualitäten regeln würde, die nicht unbedingt eintreffen und damit möglicherweise Zeit verschenkt, sei es, weil man Patient(inn)en und Angehörige nicht unnötig ängstigen möchte, oder sei es, weil es sich um ein sensibles Thema und möglicherweise zeitintensives Gespräch handelt, für das man sich kommunikativ nicht kompetent fühlt oder das den Dienstschluss noch weiter hinauszögert. So hofft vielleicht so manche(r) diensthabende(r) Ärzt(in) auf die Initiative der Kolleg(inne)en der nächsten Schicht.

Wer war außer den Ärzt(inn)en noch in der Pflicht? Die Nachtschwester hat mehrere

Vorstöße unternommen, die zu keinem Ergebnis geführt haben. Es hat den Anschein, also ob auch die Pflegenden des Tagdienstes den Klärungsbedarf nicht dringend gemacht haben. Gerade bei einer hochgradigen Arbeitsteilung mit mehreren Schichten und verteilten Aufgaben ist es jedoch wichtig, dass die in Übergaben vermittelten Informationen und Aufgaben abgearbeitet bzw. mit Nachdruck verfolgt werden, obwohl die Personen wechseln. Der Fallbericht lässt offen, ob die Pflegenden des Tagdienstes tätig geworden sind – etwa, indem sie den diensthabenden Stationsarzt nochmals angesprochen haben. Es ist jedoch auch denkbar, dass Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzt(inn)en und Pflegenden, wie so häufig, nicht gut „funktionieren“, so dass viele Anliegen und Beobachtungen der Pflegenden nicht ernst genommen werden. Den Pflegenden selbst sind letztlich die Hände gebunden, dürfen sie doch solche Gespräche nicht eigeninitiativ führen, sondern nur dazu anregen oder vom Arzt Gesagtes im Nachhinein „verdeutlichen“. Allerdings wäre es zulässig gewesen, vorbereitend zunächst einmal in Erfahrung zu bringen, ob die Patientin eine Patientenverfügung verfasst hat.

Waren darüber hinaus die Tochter, ja sogar die Patientin selbst in der Pflicht? Die Reaktion der Tochter auf den Tod ihrer Mutter mutet seltsam unberührt an. Vielleicht ist sie aber nur erleichtert, dass alles schnell zu Ende gegangen ist. Man wundert sich, dass die Tochter ihre Bemerkung, die Mutter hätte keine Intensivmedizin mehr gewollt, erst anbringt, nachdem die Mutter gestorben ist. Hätte sie diese Information nicht viel früher äußern können? Warum hat sie sich nicht an die Ärzt(inn)e(n) gewandt, um gerade solche Fragen zu besprechen? Aber auch die Patientin selbst, die sich sicher schon Gedanken über ihr Lebensende gemacht hat, hat offenbar weder bei der Aufnahme noch im Verlauf des Klinikaufenthalts durch entsprechende Bemerkungen Anlass zu Nachfragen geboten.

Sicher können Patient(inn)en und Angehörige nicht erwarten, dass alle Initiative

von den professionellen Helfer(inne)n im Krankenhaus ausgeht und man hier schon weiß, was gut ist, und wann es ans Sterben geht. Die Verantwortung an der Klinikpforte abzugeben, ist im Zeitalter des „mündigen Kunden“ weder gewünscht noch ratsam. Es gibt eine Verantwortung des Patienten, sich zu artikulieren und zu Behandlungsoptionen zu verhalten. Gleichwohl stehen diesem Ideal viele Hindernisse im Weg. Angefangen bei den Beeinträchtigungen durch die Erkrankung – hier ein akuter, von Angst begleiteter Herzinfarkt – und aufhörend bei der nonverbalen Kommunikation der Ärzt(inn)e(n) und Pflegenden, die ständig unter Zeitdruck zu stehen scheinen und die man kaum aufzuhalten wagt. Gleichwohl müssen Patient(inn)en und Angehörige ihren Teil zur Kommunikation über das gesamtgesellschaftlich tabubesetzte Thema Sterben und Tod beitragen.

Im vorliegenden Fall jedoch lässt sich anzweifeln, ob die Tochter wirklich weiß, dass ihre Mutter lebensbedrohlich krank ist und die nächsten Tage sehr kritisch sein werden. Gut möglich, dass sie Gedanken an den Tod der hochbetagten Mutter bislang beiseite geschoben und auch jetzt den Eindruck hat, dass es „noch nicht so weit“ ist. Hat doch ihre Mutter, die bis dahin rüstig war, den Herzinfarkt offenbar unbeschadet überstanden, ist bei Bewusstsein und scheint im Krankenhaus am Monitor in bester Obhut. Ohne auf den Fall ihrer Mutter bezogene, spezielle medizinische Informationen geht sie vielleicht davon aus, dass ihre Mutter einfach Glück gehabt hat und bald wieder nach Hause kommen wird – zumal sie nicht einmal auf der Intensivstation liegt. Doch insbesondere die Information, dass die nächsten Tage die kritischsten sein werden, könnte für die Angehörigen von großer Wichtigkeit sein. Sie könnte dazu führen, dass angesichts dieser Lebensbedrohung vorsorglich Abschied genommen wird oder dass man Sitzwachen organisiert, um im Fall eines überraschenden Todes da zu sein.

Sicherlich, es hätte schlimmer kommen können: Angenommen, die Patientin läge nach einer erfolgreichen Wiederbelebung

unter dauerhafter Beatmung auf der Intensivstation. Oder die Tochter hätte völlig verzweifelt reagiert, weil sie, wenn ihr die Bedrohlichkeit der Lage klar gewesen wäre, mehr Zeit bei der Mutter im Krankenhaus zugebracht hätte.

Über den Tod, der unter Umständen nicht eintreten wird, zu reden, ist trotz aller öffentlicher Bemühungen um Stärkung der Patientenautonomie und trotz des Bemühens der Ärzt(inn)e(n) um „Wahrheit am Krankenbett“ noch immer nicht selbstverständlich. Gegenüber Patient(inn)en mit chronisch progredienten Erkrankungen, terminalen Krebsleiden oder generell auf Intensivstationen ist die Bereitschaft mittlerweile gewachsen, über das Lebensende zu sprechen und Vorabregelungen zu treffen. Aber an vielen anderen Erkrankungen und auf vielen anderen Fachstationen sterben Patient(inn)en ohne vorbereitende Gespräche, obwohl das Ende aus medizinischer Sicht absehbar oder zumindest sehr wahrscheinlich war. Es ist ein Dienst an den Patient(inn)en und ihren Angehörigen, bereits und gerade dann medizinische Informationen und Einschätzungen zu geben, wenn die Aussicht auf Heilung schwindet oder die Lebensgefahr steigt. Ärzt(inn)e(n) werden nicht ungläubwürdig oder versetzen andere unnötigerweise in Angst und Schrecken, wenn ein Patient wider Erwarten doch mit dem Leben davon kommt oder Regelungen für sein Lebensende trifft, die nicht in Anspruch genommen werden müssen. Im Gegenteil, so manch unausgesprochene Befürchtung auf Seiten der Patient(inn)en und der Angehörigen ließe sich so auf eine realistischere Grundlage stellen, und gleichzeitig würde die Unausweichlichkeit des Todes ein wenig gelassener in den Alltag integriert.

### **Korrespondierender Autor** **Dr. Monika Bobbert**

Institut für Geschichte der Medizin, Bereich Medizinethik,  
Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg,  
Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg  
E-Mail: [Monika.Bobbert@urz.uni-heidelberg.de](mailto:Monika.Bobbert@urz.uni-heidelberg.de)