

WOLFGANG M. GEORGE/KARSTEN WEBER

Ethische Problemlagen durch die Verlegung sterbender Menschen zwischen verschiedenen Versorgungsorten und -einrichtungen

Ethical problems due to relocation of dying people between different places and facilities of care

Zusammenfassung

Der Beitrag soll auf die Verlegung sterbender Menschen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufmerksam und dabei entstehende ethische Problemlagen bzw. Herausforderungen erkennbar machen. Grundlage sind Studien zur Versorgungspraxis; jeder vierte sterbende Heimbewohner und jeder fünfte sterbende Krankenhauspatient wird in der letzten Lebensphase verlegt. Ursachen hierfür sind vielfältig und betreffen medizinisch-pflegerische, soziale, organisatorische sowie ökonomische Faktoren. Häufig werden Verlegungen notfallähnlich aus überforderten Versorgungsbereichen hin zu Stationen mit erhöhter personeller Ausstattung sowie professioneller und sozialer Versorgungskompetenz vollzogen.

Abstract/Summary

This paper aims at drawing attention to the relocation of dying people to hospitals and nursing homes and to identify ethical problems and challenges. This is based on studies of care practice; every fourth dying resident and every fifth dying hospital patient is transferred in the last phase of life. The reasons for this are manifold and concern medical, nursing, social, organizational and economic factors. Transfers are often carried out in an emergency-like manner from overburdened care units to wards with increased personnel resources as well as higher professional and social skills.

Schlüsselwörter

Sterbebetreuung; Palliativversorgung; Verlegungen; Patientenwillen, Lebensqualität.

Keywords

End-of-life-care; palliative care; relocations; will of patients; quality of life.

1. Einleitung

„Not very long ago medical ethics consisted of two supremely important commandments. They were: do not advertise; and avoid sexual relations with your patients. At about the same time as doctors were doing their best to obey these commandments, moral philosophers were more concerned with the meaning of words than with the meaning of life. Now, not just doctors but all health care professionals are interested in ethical questions as they relate to medical practice [...].“¹

Fast 35 Jahre nachdem John Harris die oben zitierten Sätze in seinem Buch über den Wert des Lebens publizierte, lässt sich feststellen, dass sich die Ärzteschaft ebenso wie viele andere Vertreter von Gesundheitsberufen inzwischen um deutlich mehr moralische Fragen kümmern als die von Harris genannten. Insbesondere kann kaum noch davon gesprochen werden, dass die Praxis keine Rolle bei ethischen Überlegungen in der Medizin und anderen Gesundheitsprofessionen spielen würde – im Gegenteil. Gerade die Ethik in der Medizin ebenso wie bspw. die Ethik in Pflegeberufen will die Praxis beeinflussen. Wenn Sterbehilfe, Abtreibungen, Pränataldiagnostik, Gentechnologie oder der Einsatz von Technik in der Pflege aus ethischer Perspektive verhandelt werden, dann sicherlich auch, um die Bedeutung von Worten zu klären, aber vor allem, um die Situation der jeweiligen Stakeholder zu verbessern.

Wenn dies geschieht, treten zunehmend besonders vulnerable Personengruppen in den Vordergrund.² Veränderte Rollenbilder in Bezug auf die Geschlechter haben sicherlich dazu beigetragen, dass bspw. ethische Überlegungen zur Reproduktionsmedizin heute anders als zuzeiten der Publikation des gerade zitierten Buches angestellt und bspw. die normativen Ansprüche von gleichgeschlechtlichen Paaren ausführlich behandelt werden. In anderen Fällen löst z. B. Ressourcenknappheit Debatten aus, in deren Verlaufzutage tritt, dass es vulnerable Personengruppen gibt, deren Schicksal bisher beileibe noch nicht ausreichend berücksichtigt wurde. In dem gleich verhandelten Beispiel bedeutet vulnerabel zu sein aber gerade nicht, einer Minderheit anzugehören, sondern schlicht bisher kaum sichtbar gewesen zu sein. Das Sterben und damit die Sterbenden sind in modernen Gesellschaften beinahe unsichtbar geworden, obwohl jeder von uns sterben wird. Die seit einigen Jahren intensiv geführte Diskussion über den sogenannten ‚Pflegerotstand‘ hat nun dazu beigetragen, die Bedingungen der Sterbenden sichtbar werden zu lassen, da der Ressourcenmangel im Gesundheitswesen eben auch sie unmittelbar betrifft.

2. Ausgangslage

Die folgenden Ausführungen schließen insbesondere an eigene Vorarbeiten zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern aus den Jahren 1988³ und 2012/2013⁴ an, an eigene Studien zu stationären Pflegeeinrichtungen in 2014⁵ sowie zu Hospizen in 2015⁶. In diesen Untersuchungen wurden die psycho-sozialen und medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedingungen sterbender Patienten bzw. Bewohner⁷ ermittelt.⁸ Hierzu wurden deutschlandweit über 4.000 Mitarbeiter aus insgesamt 894 Einrichtungen befragt. In den Befragungen wurde als exploratives Ergebnis deutlich, dass es zu einem nicht unerheblichen Verlegungsgeschehen zwischen den unterschiedlichen Versor-

gungssektoren – also etwa von den Pflegeeinrichtungen in die Krankenhäuser – aber auch innerhalb der Versorgungseinrichtung – z. B. von Allgemeinstation auf Intensivstation – kommt. Dieser Befund ist dahingehend zu konsolidieren, dass alle Experten sowie betroffenen Fachgesellschaften, in von diesen formulierten Stellungnahmen und Empfehlungen niedergelegt, sich dahingehend einig sind, dass sterbende Menschen, wenn irgend möglich, nicht verlegt werden sollten. Vielmehr gilt es, den Versorgungsanspruch einer palliativen bzw. hospizlichen Versorgung prinzipiell unabhängig vom Sterbeort zu ermöglichen. Als wichtige Begründung für diese Zielsetzung wird darauf verwiesen, dass Verlegungen nicht nur als risikohafte Schnittstellengestaltung bewertet werden müssten, sondern dass diese regelmäßig mit Belastungen für die Betroffenen einhergehen und somit einer besonders sorgfältigen Planung und Steuerung bedürften.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurde in den Krankenhäusern und den Pflegeeinrichtungen in aller Regel ein interdisziplinärer Überleitungsprozess definiert, in den neben der ärztlichen und pflegerischen Kompetenz etwa auch die Sozialarbeit einbezogen ist. Neben dieser innerorganisatorischen Koordination sollten immer auch die Bedürfnisse und auch formulierten Festlegungen auf Seiten der Betroffenen – der Patienten sowie häufig auch die der Angehörigen – berücksichtigt werden. So ergeben sich unterschiedliche Erwartungen und Handlungsprozesse. Das administrative – nicht zuletzt durch die DRG-Abrechnung begründete – Vorgehen im Zusammenhang mit Verlegungen Sterbender kann sich in der Praxis erheblich von der medizinisch-pflegerischen sowie der psycho-sozialen Perspektive unterscheiden. Trotz dieser Risiken kann davon ausgegangen werden, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle Verlegungen gelingen und sowohl die Versorgungsqualität als auch die soziale Orientierung erhalten bleiben.

Doch wie stellt sich die Situation für sterbende Patienten dar? Die gerade skizzierten Herausforderungen des Verlegungsprozesses stellen sich aus der subjektiven Perspektive der unmittelbar betroffenen Personen, also der Sterbenden, möglicherweise akzentuierter oder gar völlig anders dar. Für die sterbende Person sind organisatorische Überlegungen in Hinblick auf effiziente Ressourcennutzung, Belegpläne, Personalschlüssel ebenso wie medizinische und pflegerische Erwägungen vermutlich nur insoweit bedeutsam, wie entsprechende Entscheidungen auf die Lebensqualität in der terminalen Phase der jeweiligen Person durchschlagen. Anders formuliert: Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass das an der Verlegung Sterbender beteiligte medizinische-pflegerische Fachpersonal neben der Erfüllung professionsspezifischer Standards stets auch die Erfüllung je eigener moralischer Standards anstrebt und dies in der Regel tatsächlich gelingt, könnte dies noch nicht ausreichend sein, um den konkurrierenden und vielleicht sogar konfligierenden normativen Ansprüchen unterschiedlicher Stakeholder, insbesondere natürlich der sterbenden Patienten und deren Familien, gerecht werden zu können. Da die Präferenzen sterbender Patienten schwer zu eruieren sind, weil sich empirische Forschung mit dieser Patientengruppe aus ethischen Überlegungen weitgehend von selbst verbietet, ist es jedoch schwer, diesen Präferenzen gerecht zu werden. Trotzdem sollte versucht werden, hier bessere Einsichten zu gewinnen, um der existentiellen Situation Sterbender besser gerecht werden zu können. Das 2015 verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Stärkung der Hospize und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) fordert angesichts dieser Versorgungsrealität die Einführung einer ‚vorausschauenden Lebensplanung‘ (*Advance Care Planning*) in den Pflegeheimen, dessen Umsetzung den Abbau der oben beschriebenen Schwierigkeiten positiv unterstützen sollte.

3. Situationsanalyse

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2016 eine Studie⁹ durchgeführt, um die genaueren Häufigkeiten und Bedingungen der Praxis der Verlegung Sterbender festzustellen. Entlang von 27 Items wurden neben der Häufigkeit der Verlegungen die für eine Verlegung präferierten Zeiträume, Zielorte und vor allem auch die auf eine Verlegung hinwirkenden Faktoren in 101 Krankenhäusern und 65 Pflegeheimen unterschiedlicher Größe, Trägergesellschaften und Bundesländer ermittelt. Die Ergebnisse zeigten, dass es in ca. 20 % der Sterbefälle in Krankenhäusern und in ca. 25 % der Sterbefälle in Pflegeheimen zu Verlegungen kommt. Während diese Verlegungen im Krankenhaus nahezu ausschließlich zwischen verschiedenen Stationen stattfinden, verlegen die Pflegeeinrichtungen nahezu ausschließlich in Krankenhäuser.

Werden diese Zahlen für eine erste qualifizierte Schätzung genutzt, bedeutet dies, dass 2017 allein in den Krankenhäusern (die Gesamtzahl der Verstorbenen beträgt 427.900) ca. 85.000 sterbende Patienten nochmals verlegt wurden. Aus den Pflegeeinrichtungen wurden ungefähr 60.000 Bewohner in ihren letzten Lebenstagen in ein Krankenhaus eingewiesen. Da in Deutschland kein Sterbeortregister geführt wird, ist hier nur eine indirekt geführte Schätzung möglich. Immerhin lässt sich schließen, dass ca. 145.000 der in stationären Einrichtungen verstorbenen Menschen in der allerletzten Lebensphase nochmals verlegt wurden.

Sowohl in den Krankenhäusern als auch den Pflegeeinrichtungen konnten gering ausgeprägte Präferenzen zugunsten von Verlegungen in zeitlicher Nähe des Wochenendes bzw. des Nachmittags identifiziert werden. Während in den Pflegeheimen die Verlegung unter häufig ‚notfallähnlichen‘ Ablaufplanungen in die Krankenhäuser durchgeführt werden, finden die Verlegungen Sterbender zum großen Teil innerhalb des Krankenhauses statt und dabei von peripheren Stationen und Arbeitsbereichen hin zu Versorgungsbereichen erhöhter medizinischer und pflegerischer Versorgungsintensität sowie in wenigen Fällen in eine Pflegeeinrichtung. Wenn Patienten auf einer palliativen Station betreut wurden, finden Verlegungen zuweilen auch nach Hause oder in ein Hospiz statt.

Von besonderem Studieninteresse war die Klärung der Frage, welche näheren Umstände die Verlegungen begründen. In einer Clusteranalyse von bereits in einer deskriptiven Analyse identifizierten 13 Risikofaktoren konnte gezeigt werden, dass diese folgenden drei Risikofeldern zugeordnet werden können:

- Risikofeld 1 (rot): Es besteht ein (zumeist als akut beschriebener) medizinisch-pflegerisch oder auch psycho-sozial erhöhter Betreuungsbedarf – z. B. nicht beherrschbare Schmerzzustände – bzw. Bedarf an zu dessen Steuerung notwendigen Kompetenzen.
- Risikofeld 2 (grün): Es bestehen (zumeist als grundsätzlich beschriebene) organisatorische und personale Defizite – z. B. unzureichende Kooperationen mit komplexeren Partnern oder Personalmangel.¹⁰
- Risikofeld 3 (blau): Es existieren äußere/externe (zumeist als sehr schwer zu beeinflussend eingeschätzte) Faktoren, die zu Verlegungen führen und z. B. von verängstigt-

ten Angehörigen oder einem sich nicht hinreichend einbezogen fühlenden Hausarzt ausgehen können.

Abbildung 1 stellt die 13 identifizierten Risikofaktoren dar und verdeutlicht die unterschiedlichen Einflussgrößen.

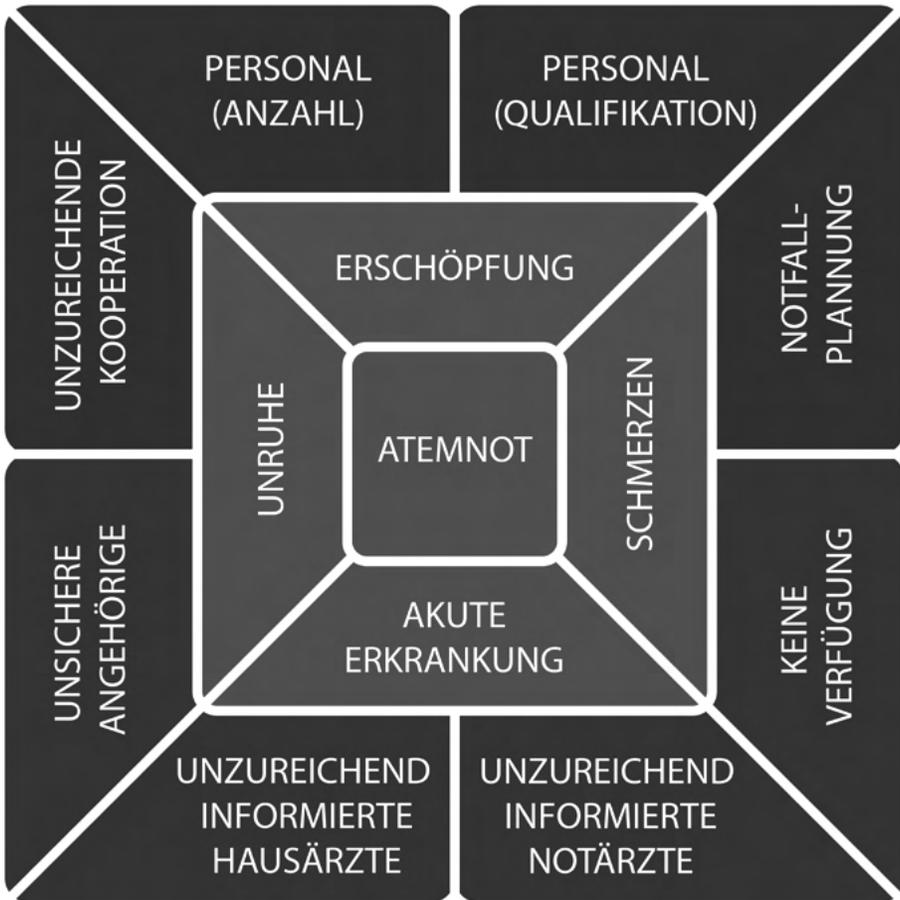


Abbildung 1: Risikofaktoren für Verlegungen.

Aus den Antworten auf drei offene Fragen, die in der Studie von 2016 gestellt wurden, lässt sich zudem schließen, dass es häufig eine Aggregation mehrerer Risikofaktoren ist, die zu Verlegungen führen. Zudem wurden ‚Risikogruppen‘ erkennbar, so etwa Patienten sowie Bewohner, die ohne (Patienten-)Verfügung betreut werden oder die über keine oder nur über eine schwache soziale Einbindung, d.h. in erster Linie sich kümmernde Angehörige, verfügen und dadurch vulnerabel sind. Sind diese Personen dann gleichzei-

tig noch desorientiert, verwirrt oder gar dement, müssen sie im Falle einer Zustandsverschlechterung als besonders ‚verlegungsgefährdet‘ identifiziert werden.

Sowohl in den offenen Fragen als auch in Gesprächen, die mit Akteuren der untersuchungsunterstützenden Krankenhäusern geführt wurden, zeigte sich eine weitere Problemlage: Häufig berichteten diese Mitarbeiter, dass einerseits die Kompetenzen einer qualifizierten Betreuung Sterbender im Krankenhaus zur Verfügung stünden, andererseits diese aufgrund organisatorischer Faktoren viel zu selten den Weg zu den betroffenen Patienten fänden. In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass von 1.940 Krankenhäusern (Stand 2017) 330 Einrichtungen (Stand 2019) über Palliativstationen bzw. Palliativbetten verfügen, so dass die notwendigen Mitarbeiter sowie die mit diesen Personen verbundenen Kompetenzen nicht einfach abzurufen sind. Doch selbst wenn diese zur Verfügung stünden, so kann man die Antworten der Befragten deuten, werden sie häufig nicht oder aber erst sehr spät durch die betroffenen Stationen angefordert.

Wirtschaftliche Hintergrundbedingungen sowie Kosten- bzw. einnahmeökonomische Gründe, wie sie sich aus dem DRG-Abrechnungssystem für die Krankenhäuser ergeben, wurden dezidiert nicht erfragt. Hinweise auf mögliche Missstände wurden am Rande in den geführten Gesprächen und auch in den Antworten auf die offenen Fragestellungen formuliert. Allerdings unterstützen neuere Studien die Einschätzungen des Deutschen Ethikrates im Kontext seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“¹¹ aus dem Jahr 2016. Darin wird auf erkennbare Verwerfungen hingewiesen, die sich aufgrund des DRG-Abrechnungssystems ergeben. So können etwa Fleischmann et al.¹² eine erhebliche Ausweitung der intensivmedizinischen Versorgung am Lebensende der Patienten zwischen 2007 bis 2015 aufzeigen, denn die Anzahl der dort betreuten Patienten stieg um jährlich 3 %. Gleichzeitig erhöhte sich der Anteil des Sterbeortes Intensivstation im entsprechenden Zeitraum von 20,6 % auf 25 % der im Krankenhaus Verstorbenen. Fleischmann et al. hinterfragten daher auch, ob diese Intensität der Versorgung angemessen sei und den Patientenwünschen Rechnung trage.

4. Ethische Überlegungen

Die gerade aufgezeigten Problemfelder bzw. Herausforderungen des Verlegungsmanagements Sterbender sind beileibe nicht alle moralischer Natur. In vielen Fällen geht es nicht um konkurrierende oder konfligierende moralische Ansprüche, sondern eher um soziale Friktionen (wenn bspw. die Angehörigen verunsichert sind), mangelndes Wissen (wenn auf Seiten des Pflegepersonals bestimmte Kenntnisse nicht vorliegen oder Angehörige Hilfsangebote nicht kennen) oder fehlende Vorsorge (wenn bspw. keine Patientenverfügung vorliegt).

Aber selbst diese Aspekte, die als Risikofaktoren einer unnötigen Verlegung sterbender Personen gewertet werden müssen, können als ethische Probleme rekonstruiert werden, denn sie verweisen möglicherweise doch auf die Konkurrenz moralischer Ansprüche. Denn es kann natürlich gefragt werden, warum das Pflegepersonal nicht über bestimmte Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, warum keine Patientenverfügung vorliegt oder Angehörige über Hilfsangebote nicht Bescheid wissen. Es ist sehr wahrschein-

lich, dass ein Teil der Ursachen für diese Mängel darin zu sehen ist, dass nicht ausreichend Ressourcen für Aufklärung oder Fortbildung zur Verfügung stehen.

Dies verweist auf das gesellschaftliche Problem, dass die Ressourcenallokation (nicht nur) für das Gesundheitswesen letztlich nicht alle (moralischen) Ansprüche gleichermaßen bedienen kann. Bereits 2015 lagen dem Statistischen Bundesamt zufolge die Ausgaben für Pflege und Gesundheit insgesamt bei rund 344 Milliarden Euro; das sind im Durchschnitt 4.213 Euro pro Einwohner. Aus volkswirtschaftlicher Perspektive bedeutet dies, dass immerhin 11,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes bzw. ungefähr jeder neunte in Deutschland erwirtschaftete Euro für Pflege und Gesundheit ausgegeben wurden. Vergleicht man die Ausgaben im Jahr 2015 mit jenen aus 2014, so findet man eine Steigerung um 4,5 Prozent; das heißt, dass die Ausgaben damit deutlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt stiegen. Bedenkt man nun, dass es noch andere gesamtgesellschaftliche Aufgaben gibt – unter anderem Bildung, soziale Sicherheit, öffentliche Infrastruktur, Polizei und Verteidigung –, dann ist klar, dass sich die Ausgaben für Pflege und Gesundheit nicht beliebig steigern lassen, wenn andere gesellschaftliche Bereiche nicht Schaden nehmen sollen. Sofern also das Gesamtbudget für Pflege und Gesundheit letztlich gedeckelt ist, müssen dort Prioritäten gesetzt werden – es wird also bei der Ressourcenallokation Gewinner und Verlierer geben.

Bezogen auf das Verlegungsmanagement Sterbender wäre somit der Idealfall, wenn eine Reduktion der Verlegungen Sterbender die Lebensqualität der betroffenen Personen merklich verbessern und gleichzeitig zur Ressourceneinsparung oder zumindest zu einer effizienteren Ressourcenverteilung beitragen könnte.¹³ In jedem Fall aber wird aus dem Gesagten deutlich, dass ein gelungenes Verlegungsmanagement sehr stark mit der Frage nach sozialer Gerechtigkeit verbunden ist.

Eines der wichtigsten Stichwörter hierbei ist die Steigerung der Lebensqualität Sterbender. Wesentliche Aufgabe des medizinischen und pflegerischen Personals in den Versorgungseinrichtungen ist, den betroffenen Personen wohlzutun. Planung und Organisation der Versorgung Sterbender – inklusive möglicherweise unvermeidbarer Verlegungen – sollten stets darauf ausgerichtet sein, das Wohl dieser Personen zu stabilisieren oder gar zu verbessern. Gleichzeitig sind nicht notwendige bzw. vermeidbare Verlegungen mit der Gefahr verbunden, das Wohlbefinden der sterbenden Personen aktiv zu mindern, ihnen also zu schaden. Sowohl das Wohltuns- als auch das Nichtschadensgebot sind im Zusammenhang mit dem Verlegungsmanagement Sterbender von höchster Bedeutung.

Schließlich kann eine Verlegung die Autonomie der sterbenden Person einschränken, insbesondere wenn diese entgegen der Wünsche der betroffenen Person stattfindet. Hierbei wird allerdings besonders deutlich, dass die genannten moralischen Gebote – soziale Gerechtigkeit, Wohltun, Nichtschaden und schließlich Autonomie – zuweilen in Konkurrenz mit dem medizinisch und bzw. oder pflegerisch Gebotenen im Konflikt stehen kann bzw. auch mit den moralischen Ansprüchen Dritter wie bspw. der Angehörigen.¹⁴ Dies ist eine der zentralen Einsichten, die aus der Nutzung von Beauchamps und Childress' Prinzipien¹⁵ zur Analyse des Verlegungsgeschehens Sterbender gewonnen werden kann.¹⁶ Gerade im Fall der Autonomie einer sterbenden Person ist die Abwägung zu anderen Prinzipien extrem schwierig – zumindest im Kontext einer Gesellschaft und eines Gesundheitssystems, die beide die individuelle Autonomie immer wieder stark betonen.

Tatsächlich stehen aber im Zusammengang mit dem Verlegungsmanagement Sterbender mindestens zwei weitere moralisch relevante Aspekte zur Debatte, die man als Ausdifferenzierung der vier Prinzipien von Beauchamp und Childress rekonstruieren, aber auch als eigenständige moralische Ansprüche darstellen kann. Da ist einmal die Teilhabe der betroffenen Menschen am sozialen Leben: Die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe ist im Fall einer sterbenden Person in aller Regel ohnehin extrem eingeschränkt; eine Verlegung kann dies nun sowohl zum Vor- als auch Nachteil verändern. Die Teilhabe sterbender Personen kann zudem in Konflikt mit moralischen Ansprüchen Dritter stehen; Angehörige können sich zum Beispiel überfordert fühlen durch die Erwartungen, die an sie gerichtet werden.

Der zweite moralische Anspruch, der über die vier Prinzipien bei Beauchamp und Childress hinausgeht, betrifft insbesondere das professionelle Selbstbild des medizinischen und pflegerischen Personals, das für dieses eine wichtige Ressource darstellt. Ein verändertes Verlegungsmanagement Sterbender könnte in Konflikt mit diesem Selbstbild geraten – bspw. dann, wenn die Forderung im Raum steht, eine Verlegung nicht mehr vorzunehmen, die notwendig wäre, um weitere medizinisch-pflegerische Behandlungsschritte umsetzen zu können. Wenn solche Maßnahmen zwar aus professioneller Sicht geboten scheinen, weil sie zur Verlängerung des Lebens der sterbenden Person beitragen könnten, aber in Hinblick auf Wohltun, Nichtschaden oder Autonomie problematisch scheinen, dann könnte die Unterlassung dieser Maßnahmen das Selbstbild der involvierten Professionen infrage stellen.¹⁷

5. Schlussbemerkungen

Stichwort ist hier *‘from cure to care’*: Nicht mehr das Austerapiieren ist Ziel medizinisch-pflegerischen Handelns, sondern die Begleitung der und die Sorge für die sterbende Person. Es ist sicher etwas übertrieben, dass „*[t]he basic focus of the medical paradigm is fundamentally unchanged since the time of Hippocrates: disease management driven mainly by the curative treatment*“¹⁸, denn auch schon vor rund 20 Jahren (und vermutlich schon davor) wurde dieses Thema behandelt.¹⁹ In jedem Fall aber sollte der Übergang von der Therapie zur Begleitung der Sterbenden nach Grundsätzen ablaufen, die einer umfangreichen ethischen Evaluierung unterzogen wurden.²⁰ Dabei sollte das Verlegungsmanagement in Hinblick auf sterbende Personen stärker in den Fokus genommen  werden, da eine Verlegung am Lebensende zu erheblichen Einbußen in der Lebensqualität dieser Personen führen kann.

Im Idealfall müsste eine solche ethische Evaluation des Verlegungsgeschehens einzel-fallbasiert stattfinden, um der jeweiligen Situation, den spezifischen Bedingungen der beteiligten Einrichtungen, den medizinisch-pflegerischen Erfordernissen und nicht zuletzt den moralischen Ansprüchen aller beteiligten Stakeholder gerecht werden zu können. In aller Regel wird eine einzel-fallbasierte Evaluation aber nicht umsetzbar sein, weil dafür die notwendigen Ressourcen – insbesondere Zeit – fehlen. Daher erscheint es dringend geboten, so etwas wie ethisch informierte Leitlinien zu entwickeln, die das Verlegungsgeschehen auf eine geregelte Basis stellen.²¹ Gerade Verlegungen auf Intensivstationen erfordern sorgfältige Überlegungen: Wird ein Patient auf die Intensivstation verlegt, so sichert das aus medizinisch-pflegerischer Sicht die bestmögliche Versor-

gung, impliziert aber auch die Entscheidung, diese tatsächlich in Dienst zu stellen. Sterbenlassen, also die bewusste Entscheidung gegen weitere Versorgungsschritte jenseits palliativer Maßnahmen, ist damit ausgeschlossen – pointiert formuliert wird also die Entscheidung für ‚cure‘ und gegen ‚care‘ getroffen. Insbesondere an diesem Beispiel lässt sich zudem erkennen, dass Verlegungsmaßnahmen stets auch (und manchmal vielleicht sogar vor allem) eine ökonomische Dimension besitzen – die Maximalversorgung auf der Intensivstation generiert eben mehr Einnahmen als die Regelversorgung.²²

Damit wird deutlich, dass Verlegungen Sterbender eingebettet sind in ein Gesundheitssystem, das widerstreitenden (ökonomischen) Interessen ausgesetzt ist. Sicher lässt sich das Verlegungsgeschehen noch erheblich verbessern, aber letztlich nur insoweit, wie es die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems in Deutschland zulassen. Um diese Bedingungen wird gerade öffentlich wie fachlich gestritten²³ – wieder einmal. Es wird abzuwarten sein, wohin diese Debatte führen wird.

ANMERKUNGEN

- ¹ J. HARRIS, *The value of life*, London/New York 1985, xv.
- ² In diesem Zusammenhang könnte möglicherweise auch von ‚frailty‘ statt von ‚Vulnerabilität‘ gesprochen werden, um die Mehrdimensionalität des Zustands bzw. der Situation sterbender Personen auf den Begriff zu bringen (vgl. U. H. J. KÖRTNER, *Frailty: Medizinethische Überlegungen zur Gebrechlichkeit des alten Menschen*, in: *Ethik in der Medizin* 18 (2006), 108–119). Allerdings müsste man dazu ‚frailty‘ loslösen von einer bestimmten Lebensphase bzw. von einem bestimmten Altersabschnitt.
- ³ W. M. GEORGE/D. BECKMANN/D. VAITL, *Aktuelle empirische Daten zur Sterbesituation im Krankenhaus*, in: *Die Medizinische Welt* 41 (1990), 375–378.
- ⁴ Siehe die Beiträge in W. M. GEORGE/E. DOMMER/V. SZYMCAK (Hg.), *Sterben im Krankenhaus: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*, Gießen 2013.
- ⁵ W.M GEORGE, *Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege*, in: GEORGE (Anm. 4), 153–202.
- ⁶ W. M. GEORGE/G. A. BANAT, *Sterbeort Hospiz*, in: *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 47 (2015), 1–3.
- ⁷ Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit in der Regel nur von ‚Patienten‘ gesprochen.
- ⁸ Diese Untersuchungen können mit den Ergebnissen anderer Studien ergänzt werden. So schreiben bspw. S. STADELBACHER/W. SCHNEIDER, *Selbstbestimmung am Lebensende – empirische Befunde aus der ambulanten Sterbendenversorgung*, in: F. J. LINDNER (Hg.), *Selbst – oder bestimmt?*, Baden-Baden 2017, 63–82, 63: „76 % aller Menschen, 2015 zu dem von ihnen gewünschten Sterbeort befragt, wollen zu Hause sterben, im Pflegeheim nur 2 %, im Krankenhaus 6 %. Die statistische Verteilung der Sterbefälle zeichnet seit langem das entgegengesetzte Bild: Zu Hause finden sich nur 20 % aller Sterbefälle, während sich demgegenüber 77 % aller Sterbefälle im Krankenhaus (46%) und im Pflegeheim (31%) ereignen.“ (vgl. auch S. STADELBACHER/W. SCHNEIDER, *Zuhause Sterben in der reflexiven Moderne. Private Sterbewelten als Heterotopien*, in: T. BENKEL (Hg.), *Die Zukunft des Todes: Heterotopien des Lebensendes*, Bielefeld 2016, 61–84).
- ⁹ W. M. GEORGE/G. A. BANAT/J. HERRMANN/M. J. RICHTER, *Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 159 (2017), 6–14.
- ¹⁰ W. M. GEORGE, *Sterbebegleitung: Eigene Werte als wichtigste Ressource*, in: *Pflege Zeitschrift* 71 (2018), 54–60.
- ¹¹ DEUTSCHER ETHIKRAT, *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*, Berlin 2016, online unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (Zugriff am 04.10.2019).

- ¹² C. FLEISCHMANN-STRUZEK/A. MIKOLAJETZ/K. REINHART/J. R. CURTIS/U. HAASE/D. THOMAS-RÜDDEL/U. DENNLER/C. S. HARTOG, *Hospitalization and intensive therapy at the end of life—a national analysis of DRG statistics from 2007–2015*, in: Deutsches Ärzteblatt International 116 (2019), 653–660.
- ¹³ Vgl. EXPERTENGRUPPE PALLIATIV- UND NOTFALLMEDIZIN AKADEMIE FÜR PALLIATIVMEDIZIN UND HOSPIZARBEIT DRESDEN/C. H. R. WIESE/D. A. VAGTS/U. KAMPA/G. PFEIFFER/I. U. GROM/M. A. GERTH/B. M. GRAF/Y. A. ZAUSIG, *Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen: Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung*, in: Der Anaesthetist 60 (2011), 161–171.
- ¹⁴ Vgl. F. NAUCK, *Ethische Aspekte in der Therapie am Lebensende*, in: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 106 (2011), 137–148.
- ¹⁵ T. L. BEAUCHAMP/J. F. CHILDRESS, *Principles of biomedical ethics*, New York 2009.
- ¹⁶ Zu betonen ist, dass die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress beileibe nicht unumstritten ist; kritisiert werden bspw. die Vernachlässigung emotionaler und persönlicher Faktoren, die bestimmten Entscheidungssituationen innewohnen, außerdem die Vereinfachung moralischer Fragen sowie übermäßige Ansprüche auf Universalität (z. B. K. D. CLOUSER/B. GERT, *A critique of principlism*, in: Journal of Medicine and Philosophy 15 (1990), 219–236; K. HINE, *What is the outcome of applying principlism?*, in: Theoretical Medicine and Bioethics 32 (2009), 375–388; P. MCGRATH, *Autonomy, discourse, and power: A postmodern reflection on principlism and bioethics*, in: The Journal of Medicine and Philosophy 23 (1998), 516–532; T. SORELL, *The limits of principlism and recourse to theory: The example of telecare*, in: Ethical Theory and Moral Practice 14 (2011), 369–382). Ungeachtet dessen wird (nicht nur) im Gesundheitsbereich häufig auf die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress zurückgegriffen (für einen Überblick z. B. W. REIJERS/D. WRIGHT/P. BREY/K. WEBER/R. RODRIGUES/D. O’SULLIVAN/B. GORDIJN, *Methods for practising ethics in research & innovation: A literature review, critical analysis and recommendations*, in: Science and Engineering Ethics 24 (2018), 1437–1481).
- ¹⁷ W. M. GEORGE, *Berufsbiografische Entwicklungen bei der Betreuung Sterbender*, in: Intensiv 26 (2018), 172–179.
- ¹⁸ A. A. FRANCO/H. BOUMA/J. E. M. H. VAN BRONSWIJK, *Health care paradigms in transition*, in: Gerontechnology 13 (2014), 5–10, 5.
- ¹⁹ Wenn auch, wie bspw. bei H. P. SCHUSTER, *Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin*, in: Der Internist 40 (1999), 260–269, sichtbar, zuweilen in eher abwehrender Weise.
- ²⁰ Vgl. G. MARCKMANN/A. FEICHTNER/S. KRÄNZLE, *Ethische Entscheidungen am Lebensende*, in: S. Kränzle/U. Schmid/C. Seeger (Hg.), *Palliative Care*, Berlin/Heidelberg 2018, 85–98.
- ²¹ Dies ist das Anliegen des Projekts ‚Analyse und Verbesserung des sektorellen- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung (Avenue-Pal)‘, das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2018 bis 2021 (Förderkennzeichen 01VSF17044) finanziert wird und dem die Autoren des vorliegenden Textes angehören. Siehe dazu <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/avenue-pal-analyse-und-verbesserung-des-sektor-und-bereichsuebergreifenden-schnittstellen-und-verlegungsmanagements-in-der-palliativversorgung.161>, Zugriff am 04.11.2019.
- ²² Vgl. C. FLEISCHMANN-STRUZEK/A. MIKOLAJETZ/K. REINHART/J. R. CURTIS/U. HAASE/D. THOMAS-RÜDDEL/U. DENNLER/C. S. HARTOG, *Hospitalization and intensive therapy at the end of life*, in: Deutsches Ärzteblatt Online (116) 2019, 653–660.
- ²³ Siehe dazu bspw. den Appell ‚Mensch vor Profit, rettet die Medizin!‘ von 215 Ärzten und 19 Fachgesellschaften (u. a. Landesärztekammern) im Nachrichtenmagazin ‚Stern‘, Ausgabe 37 vom 05.09.2019; heftige öffentliche Reaktionen hat die Bertelsmann-Studie über die Krankenhausversorgung in Deutschland nach sich gezogen (siehe <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/krankenhaus-landschaft/publikationen/>, Zugriff am 25.10.2019). Aus fachlicher Perspektive zu nennen wäre u. a. das vom AWMF veröffentlichte Positionspapier ‚Medizin und Ökonomie. Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründet, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung‘ (siehe https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20181205_Medizin_und_%C3%96konomie_AWMF_Strategiepapier_V1.0mitLit.pdf, Zugriff am 02.11.2019).