

Grenzen der Behandlungspflicht - aus der Sicht des Theologen

Prof. Dr. Michael Herbst, Greifswald

Sehr geehrte Damen und Herren,

in sieben Schritten möchte ich nun als Theologe mit Ihnen durch das unwegsame Gelände der Behandlungspflicht gehen und dabei auch deren Grenzen ausloten.

I. Das Thema: Beispiele aus der Neonatologie

zwei sehr kleine Frühgeborene liegen auf der neonatologischen Intensivstation. Beide waren Wunsch- ja sogar Traumkinder ihrer Eltern.

Der eine, Stephan, erleidet unter der Geburt in der 29. Schwangerschaftswoche eine schwere Asphyxie. Stephan wird reanimiert und bald danach in die Kinderklinik verlegt und noch in der selben Nacht von mir getauft. Sein Zustand bessert sich zunächst, die Eltern bitten, dass alles für Stephan getan werden soll. Am 4. Lebenstag aber wird eine viertgradige Hirnblutung festgestellt. Im gemeinsamen Gespräch mit den Eltern, der Stationsleitung, den Ärzten und dem Seelsorger wird die Aussichtslosigkeit der Lage besprochen. Die Eltern sind verzweifelt; sie hätten auch zu einem behinderten Kind ja gesagt. Stephans Zustand verschlechtert sich immer mehr. Die Ärztin rechnet damit, dass er in den nächsten Minuten oder Stunden stirbt. Daraufhin

wird er von der Beatmung genommen und der Mutter in den Arm gelegt, wo er nach einigen Minuten stirbt.

Der andere, Gerrit, wird mit seinen beiden Drillingsgeschwistern in der 26. Woche nach In-Vitro-Fertilisation geboren. Er ist der einzige, der zunächst überlebt. Die ganze Hoffnung der Eltern konzentriert sich auf dieses Kind. Aber auch bei ihm stellen sich schwerste Hirnblutungen ein; im übrigen aber ist er stabil. Daraufhin ändert sich die Haltung der Familie radikal: *"Stellen Sie doch endlich die Maschine ab"*, sagt die Mutter zu einer Schwester, *"und wenn Sie es nicht tun, dann werde ich es eben tun."* Ärzte und Schwestern reden lange mit den Eltern, machen deutlich, dass Gerrit wohl schwere Behinderungen haben werde, er aber keineswegs im Sterben liege und es nicht in ihrer Verfügung stehe, Gerrits Leben zu beenden. Die Familie wartet nun auf eine größere Komplikation, die nicht mehr behandelt werden müsste, aber Gerrit liegt mehrere Wochen mehr oder weniger stabil auf der Intensivstation. Nach 6 Wochen stirbt Gerrit schließlich oder endlich.

Gibt es Grenzen der zumutbaren Behandlung; diese Frage stellte sich immer wieder in dem Perinatalzentrum, in dem ich mehrere Jahre als Seelsorger gearbeitet habe. Hier und in anderen Bereichen der Medizin, auf Intensivstationen, in der Onkologie, in der Geriatrie, aber auch in der hausärztlichen Praxis sind es immer wieder bestimmte Fragen, denen sich alle Beteiligten stellen müssen.

Wie kann eine Medizin, die *möglichst alles* tun soll, um Menschenleben zu bewahren, davor bewahrt werden, am Ende eines Menschenlebens noch *alles Mögliche* zu tun, um dem Sterben Einhalt zu gebieten?

II. Der Kontext: die Debatte über

"Entscheidungen, die das Lebensende betreffen"

Diese Fragen stehen im Kontext einer intensiven, internationalen Debatte über "Entscheidungen, die das Lebensende betreffen".¹

Diese Debatte wird von der niederländischen Duldung aktiver Sterbehilfe mitbestimmt. In den Niederlanden baten 1995 9.700 Menschen um aktive Sterbehilfe, also ein "absichtlich lebensbeendendes Handeln durch eine andere als die betroffene Person, auf deren ausdrückliche Bitte hin".² 3.200 x folgten Ärzte dieser Bitte. Straffrei bleiben sie, wenn sie sich an ein bestimmtes Vorgehen halten: so muss der schwerkranke Patient mehrfach um eine Beendigung seines Lebens gebeten haben, so muss ein zweiter Arzt hinzugezogen worden sein, es darf keine andere Möglichkeit der Hilfe mehr geben und die Sterbehilfe muss dokumentiert und den Behörden gemeldet werden. In 900 Fällen aber wurde 1995 aktive Sterbehilfe auch ohne Verlangen durchgeführt, bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten.

Zum Kontext unserer Debatte gehören aber auch die "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" vom September 1998 mit ihrem klaren Nein zu jeder Form aktiver Sterbehilfe.

Und hierher gehören einige durchaus widersprüchliche Gerichtsurteile der letzten Jahre, z.B. im Gefolge des Kemptener Urteils von 1994 ein Urteil des Oberlandesgerichts in Frankfurt vom Juli 1998, das bei einer 85jährigen Frau, die im Wachkoma lag, die Beendigung der Ernährung über die PEG-Sonde genehmigte, da dies dem mutmaßlichen

¹ MIRJAM und RUBEN ZIMMERMANN: Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: ZEE 43 (1999), 89f.

Willen der Patientin entspräche. Das Gericht sah sich zuständig auf Grund von §1904 BGB. Das Besondere an diesem Urteil ist darin zu sehen, dass die Patientin nicht im Sterben lag, durch den Entzug der Sonde aber in absehbarer Zeit verhungern würde. Das Urteil blieb hochumstritten, und das Landgericht München hat in einem ähnlich gelagerten Fall im März 1999 bestritten, dass es auf Grund von §1904 BGB zuständig sei. Eine solche Entscheidung könne nur von Ärzten und Angehörigen im Einvernehmen getroffen werden.

III. Die Fragen: worüber sprechen wir eigentlich?

Welche Fragen stellen sich nun dem Theologen in diesem Bereich? Ich sehe eine Reihe von Problemen, die mit der Begrenzung der Behandlungspflicht zu tun haben:

1. Was ist eigentlich ärztliche Pflicht: ist es in jedem Fall der Kampf gegen den Tod? Und ist dann das Sterben eines Menschen eine Niederlage der Ärzte?
2. Und wenn sich die Medizin aus dem Kampf gegen den Tod zurückziehen muss, ist dann von einer Grenze der Behandlungspflicht zu sprechen? Sollen sich die Ärzte dann still zurückziehen und das Feld anderen überlassen?
3. Wenn der Versuch der Heilung keine Aussicht auf Erfolg mehr hat, ist es dann ein Unterschied, ob Ärzte passiv dem Sterben Raum geben oder aktiv eingreifen und das Leben beenden, im Klartext: töten?

² BERT GORDIEN: Sterbehilfe. Diskussionsstand - Gesetzeslage - zukünftige Entwicklung in den Niederlanden. Masch. Man. Des DW Schleswig - Holstein 1998.

4. Und wenn Ärzte den Versuch der Heilung aufgeben, ist es dann legitim, lebenserhaltende Maßnahmen nicht nur nicht einzusetzen, sondern sie gar abzubauen oder abubrechen? ³
5. Und kann das alles nur für sterbende Patienten gelten, bei denen unwiderruflich in nächster Zeit mit dem irreversiblen Versagen einer oder mehrerer Vitalfunktionen zu rechnen ist? Oder kann das alles auch für andere Patienten gelten, für Menschen mit infauster Prognose, für schwergeschädigte Neugeborene etwa oder für Wachkoma-Patienten?
6. Und wenn es so ist, geschieht es dann aus ärztlicher Fürsorge und Verantwortung heraus oder geschieht es nur nach dem erklärten Willen der betroffenen Menschen, also in Respekt vor ihrem Selbstbestimmungsrecht?
7. Und wenn Menschen nicht mehr zustimmungsfähig sind, ist dann auch nach ihrem "mutmaßlichen" Willen zu handeln, und welche Rolle spielen hierfür Patientenverfügungen?

IV. Die Zwischenbemerkung: warum Theologen hier mitreden

Bevor ich mich aber mit diesen Fragen beschäftige, ist ein kleiner Exkurs notwendig. Dieser Exkurs betrifft die zweite Hälfte der Themenformulierung: "aus der Sicht des Theologen". Denn es ist alles andere als selbstverständlich, zu diesen Fragen auch einen Theologen zu hören. Gar nicht von selbst versteht es sich im Osten der Republik, dem in diesem Jahrhundert der christliche Glaube "gründlich ausgetrieben"

³ SEAN P. KENNAN et al.: Withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. A comparison of teaching and community hospitals. In: Intensive Care Med 26 (1998), 245-251; C.L. SPRUNG und L.A. EIDELMAN: Worldwide similarities and differences in the forgoing of

wurde (E. NEUBERT). Ist es nicht ein geradezu klerikaler Machtanspruch, wenn Theologen sich in das Gespräch über medizinethische Fragen einmischen und vorgeben, dazu auch noch Antworten anbieten zu können? Es ist schon notwendig, den Sinn dieser Einmischung zu begründen. Eine solche Begründung könnte etwa so aussehen: Christen sind immer noch *eine* relevante Bevölkerungsgruppe; sie bringen sich in den Diskurs um die Zukunft unserer Gesellschaft mit ein. Sie können nicht mehr erwarten, dass man ihnen von vorneherein Autorität zubilligt. Aber sie beteiligen sich an der Suche nach tragfähigen Lösungen und stellen sich der Konkurrenz der Weltanschauungen. In dieser Konkurrenz muss auf Dauer deutlich werden, welche Wege eine Gesellschaft zu einer wahrhaft humanen und zukunftsfähigen Gesellschaft werden lassen, welche Wege aber auch das Gegenteil, eine zutiefst inhumane, das Leben besonders ihrer schwächsten Glieder gefährdende Gesellschaft hervorbringen. Die Christen bringen in diesen Diskurs den Beitrag der biblischen Tradition mit ein und versuchen, die lebensförderliche Kraft der biblischen Tradition erkennbar zu machen. Dabei wird - wenn es gut geht - deutlich werden, dass sich diese Ideenwelt auf's Beste verträgt -z.B. mit den rechtlichen Grundlagen unserer Gesellschaft und den ethischen Traditionen der Medizin.

Was das konkret heißt, möchte ich jetzt verdeutlichen: Ich muss sie dabei bitten, mich auf dem Weg durch eine Reihe von Unterscheidungen zu begleiten⁴.

V. Die Grundentscheidungen: Für ein Ethik der Würde, der Barmherzigkeit und der Bescheidenheit

life-sustaining treatments. In: Intensive Care Med 22 (1996), 1003-1005; L.A. EIDELMAN et al.: Forgoing life sustaining treatment in an Israeli ICU. In: Intensive Care Med 24 (1998), 162-166.

⁴ Dabei folge ich vor allem den Arbeiten des Bonner Ethikers und Krankenhausseelsorgers ULRICH EIBACH, vor allem in: "Sterbehilfe - Tötung aus Mitleid?", Wuppertal ²1998.

☞ Ethik der Würde: Es geht zuerst um die Unterscheidung eines Menschenbildes, das von Eigenschaften lebt, von einem Menschenbild, das dem Menschen eine von außen gewährte, transzendente Würde zuspricht.

Ein Menschenbild, das von Eigenschaften lebt, hat etwa der Utilitarist PETER SINGER entwickelt.⁵ Das Personsein des Menschen ist seiner Auffassung nach von bestimmten Qualitäten abhängig. Mensch im Sinne von Person ist Leben dann nur, wenn es über empirisch feststellbare geistige Qualitäten verfügt und Leistungen nachweist. Erst das Selbstbewusstsein, das Bewusstsein von Freiheit, die Fähigkeit zu denken, Interessen zu haben und sie auch zu äußern, macht aus dem Gattungswesen Mensch auch eine Person. Die Menschenwürde kommt nicht dem Menschen zu, sondern diesen Qualitäten. Werden sie gar nicht erst entwickelt, wie bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, oder werden sie durch Unfall oder Krankheit endgültig verloren, dann entbehrt das Leben der Menschenwürde, ist eben menschenunwürdig, nicht wert, gelebt zu werden. Wird solches Leben für andere gar zur Last, darf es auch getötet werden. Es ist dann nichts Unmoralisches, unpersonales Leben zu beenden.

Dem gegenüber gehen Christen davon aus, dass Mensch ist, wer vom Menschen geboren ist, und dass jedem Menschen die gleiche Würde zukommt. Person ist der Mensch nicht durch das, was er vorweisen kann. Person ist der Mensch durch das, was ihm von außen und von oben zugesprochen wird, Person ist er, weil er Gottes Geschöpf ist und dazu berufen ist, als Gottes Kind zu leben. In dieser Zuwendung Gottes zum Menschen wird der Mensch als Person konstituiert. Er ist diese Person mit seiner gesamten Leiblichkeit und nicht nur im Hin-

⁵ Zuletzt in: PETER SINGER: Leben und Tod. Erlangen 1998.

blick auf seine im Hirn zu verortende Geistigkeit. Diese Würde, die sich der Mensch nicht erarbeitet hat, kann er auch nicht verspielen; sie geht ihm auch nicht verloren, wenn sein Leben auf das Äußerste reduziert, beschädigt und beeinträchtigt ist. So sieht es übrigens auch der Artikel 1 unseres Grundgesetzes, der damit verrät, aus welcher Quelle er sich speist. Diese Würde wird dem Menschen von Gott auch nicht entzogen, so sehr er sich auch auf merkwürdige und abwegige Pfade begeben mag. Er hat dennoch die Würde eines Königskindes und soll so, bis in sein Sterben hinein, auch geachtet werden.

Nun gibt es aber doch unbezweifelbare Unterschiede menschlichen Lebens, Abstufungen des Lebens und der Lebensqualität, und wir müssen darum eine weitere Unterscheidung einführen. Wie ordnen wir der Personwürde nun Vernunft, Freiheit und Selbstbewusstsein zu? Das, was der Mensch auf Grund seiner Fähigkeiten aus sich macht oder wozu er durch Erziehung gemacht wird, das können wir nun, im Unterschied zur Person, als Persönlichkeit bezeichnen. Sie *ist* eine empirische Größe. Sie kann sehr unterschiedlich entwickelt sein und sie kann durch Krankheit oder Behinderung auch in Verlust geraten. Aber dieser Verlust an Persönlichkeit zeigt nicht den Verlust der Personwürde an. Jene bleibt dieser untergeordnet. *"Aus christlicher Sicht haben wir auch dann hinter der zerstörten Persönlichkeit die von Gott geliebte und bejahte Person und ihre unsichtbare, transzendente Personwürde zu sehen, sie anzuerkennen und den Menschen entsprechend dieser Würde als Mensch und Person zu achten und zu behandeln"*, so beschreibt es der Bonner Ethiker ULRICH EIBACH⁶, zutreffend, wie ich meine. Wenn etwa der ehema-

⁶ ULRICH EIBACH: Sterbehilfe - Tötung aus Mitleid? Wuppertal ²1998, 66.

lige amerikanische Präsident RONALD REAGAN dem amerikanischen Volk in einem Abschiedsbrief schreibt, im Wissen um die Alzheimer Erkrankung und all dessen, was damit auf ihn zukommt: "Ich beginne nun die Reise, die mich in den Sonnenuntergang meines Lebens führen wird"⁷, dann meint dieser Sonnenuntergang eben den allmählichen Zerbruch der Persönlichkeit dieses Menschen, nicht aber das Ende seiner Personwürde, die nicht zuletzt in die Pflege durch seine Frau bis heute beachtet wird.

☞ Daraus folgt als zweites die Unterscheidung einer Ethik der Stärke von einer Ethik der Barmherzigkeit. Eine Ethik der Stärke ist eine Ethik derer, die selbst für sich zu sorgen in der Lage sind. Sie etwa äußern ein Interesse, auch im Falle schwerster Erkrankung die Verfügung über sich zu behalten und auch über ihr Sterben selbst zu verfügen. Sie wollen entscheiden, ob sie das Leben noch für lebenswert oder nicht mehr für menschenwürdig erachten. Dabei entsteht aber die große Gefahr, dass sie unter der Hand Werturteile über das Leben von anderen Menschen fällen, die aufgrund ihrer psychophysischen oder sozialen Lage zu schwach sind, um Entscheidungen zu fällen oder Interessen durchzusetzen. Es geht vor allem um die, die der Gesamtheit obendrein zur Last werden und viel Geld kosten. Ein Menschenbild, das Siechtum, Behinderung, ja völlige Entmündigung der Persönlichkeit durch Krankheit und Alter ausblendet und sich nur an Gesundheit, Freiheit und Glückbestreben orientiert, verfehlt die offenkundige Wirklichkeit des Daseins, übrigens vielleicht auch die eigene zukünftige Wirklichkeit. Ein solches Menschenbild ist immer eine Gefahr für die Schwächsten in der Gesellschaft. Aber die Art

⁷ LEO WIELAND: Bis ich eines Nachts Nancy niesen hörte und Edmund sagte Gesundheit. In: FAZ Nr. 225, 28.9.1999, 3.

und Weise, wie eine Gesellschaft mit ihren hilfsbedürftigen Mitgliedern umgeht, ist ein Test auf ihre Humanität, die gerade dann zur Geltung kommen muss, wenn Menschen leistungsunfähig und der Verachtung ausgesetzt werden.⁸ Ein Beispiel dafür ist wiederum die niederländische Praxis der Sterbehilfe: es sind eben neben den 3.200, die ihren eigenen Willen zum Sterben erklären, auch jene 900 pro Jahr, die sich nicht mehr äußern können und darum ohne erklärten Willen getötet werden. Im Gegensatz zu einem Ethos der Stärke, wie es von PLATO bis NIETZSCHE immer wieder vertreten wurde, bringt die christliche Tradition ein Ethos der Barmherzigkeit ein, das sich gerade der Fürsorge für die schwächsten Glieder der Gesellschaft verschreibt.

☞ Aus alledem folgt eine dritte und letzte Unterscheidung. Wie ist nun der Tod zu sehen? Aus christlicher Perspektive ist das Leben eine Gabe, die sich der Mensch nicht selbst zu geben vermag. Diese Gabe wird ihm auf Zeit gewährt. Sie ist also befristet, und insofern gehört Sterben zum von Gott gegebenen Leben hinzu. Im 90. Psalm wird diese Einsicht so ausgedrückt: *"Unser Leben währet siebzig Jahre, und wenn's hoch kommt, so sind's achtzig Jahre, und wenn's köstlich gewesen ist, so ist's Mühe und Arbeit gewesen,"* und formuliert daraus die Bitte: *"Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden."* Es ist also nicht nur fromm, sondern auch klug zu wissen, dass wir sterben und sich darauf vorzubereiten. Ewiges Leben ist unverbrüchliche Gottesgemeinschaft über den Tod hinaus, nicht aber Unsterblichkeit der irdischen Existenz. Der Mensch muss also sterben, d.h. aber auch: er darf sterben und ist gerade seiner Hinfälligkeit und Zerbrechlichkeit nicht ohne Ende ausgeliefert.

⁸ ULRICH EIBACH, a.a.O., 70.

Es darf auch eines Tages nach hoffentlich erfülltem Leben genug sein. Es darf auch ein "genug" an Schmerz und Leid geben. Wenn ich mir das Leben nicht selbst verdanke, sondern es empfangen, dann entspricht dem zwar auch, dass ich es nicht eigenmächtig beende und mir selbst nehme. Der Tod ist dann aber auch nicht die heroische Tat des Menschen, der sich selbst vollendet und sich selbst den Tod gibt. Der das Leben gab, wird es nehmen und mich zu sich zurückrufen. Es entwürdigt den Menschen auch nicht, wenn er am Ende wieder ganz passiv wird und sein Lebensende auch als Entmündigung erleidet, auch in seiner Bitterkeit.

VI. Die Folgerung: was ist dann die Aufgabe der Medizin?

Wie sieht dann die Aufgabe der Medizin aus?

Sie soll Krankheiten bekämpfen, auf Erhaltung und Erhalt der Gesundheit aus sein, damit der Mensch seiner Bestimmung nach als Persönlichkeit leben kann.⁹ Seiner Bestimmung nach lebt ein Mensch als Persönlichkeit, wenn er in der Lage ist, selbsttätig in den tragenden Beziehungen seines Lebens zu agieren: in der Beziehung zu sich selbst, zu anderen Menschen, zur geschöpflichen Um- und Mitwelt und zu Gott, theologisch gesprochen ein Leben im Glauben an Gott und in der Liebe zu seinen Nächsten.¹⁰ Fällt eine dieser Beziehungsebenen endgültig aus, so haben wir es mit Vorboten des Todes zu tun, mit dem sozialen oder psychischen oder auch geistlichen Tod der Persönlichkeit, während der Tod der Person erst eintritt, wenn der menschliche Leib zum Leichnam geworden ist.¹¹ Die medizinische Versorgung hat zuerst den psychophysischen Grundlagen eines Lebens der Persön-

⁹ Vgl. EIBACH, a.a.O., 108f.

¹⁰ Vgl. a.a.O., 109f.

lichkeit zu dienen. Dabei verbietet sich eine etwas sehr deutsche Miesepetrigkeit im Blick auf die moderne Medizin und ihren Fortschritt, die man gut und gerne erst als Apparatedizin beschimpfen und sich dann von ihr aus kritischer Lebenslage ebenso gerne retten lässt.

Wenn die Medizin dieses Ziel nicht mehr erreichen kann, weil ein Mensch dem Sterben unwiderruflich entgegengeht, dann kann sie anerkennen, dass von höherer Instanz über das Leben des Patienten verfügt ist. Eine medizinische Maßnahme verliert ihre Indikation, wenn sie ihr ursprüngliches Ziel nicht mehr erreichen kann.¹² Sie ist dann auch abubrechen. Der oberste Grundsatz medizinischer Ethik besagt ja in diesem Sinn, die medizinische Behandlung dürfe dem Patienten nicht schaden (nil nocere), ihm jedenfalls nicht mehr an Leid zumuten, als durch diese Behandlung an Leid bekämpft werden kann. Wenn sie dann den Kampf um das Überleben des Patienten aufgibt, dann tötet sie ihn nicht, sondern lässt dem verfükten Schicksal seinen Lauf. Sie respektiert die ihr gesetzte Grenze. Jetzt müsste schon jede weitere Behandlung eigens gerechtfertigt werden, warum also z.B. diese Sterbensverlängerung dem Wohl dieses Patienten dennoch dient. Aber sie zieht sich dann auch nicht vom Patienten zurück, sondern wahrt seine Würde als Person, indem sie seine Grundbedürfnisse befriedigt. Sie gibt also den Kampf um das Überleben auf und konzentriert sich auf die Bewahrung der Würde der Person. Damit wird aber auch jedes Lebenswerturteil abgelehnt. Von der Nicht-Sinnhaftigkeit der medizinischen Bekämpfung einer Krankheit wird nicht auf die Sinn- und Wertlosigkeit des Lebens geschlossen, so dass etwa auf die

¹¹ Vgl. a.a.O., 110f.

¹² Vgl. a.a.O., 189.

Wertlosigkeit des Lebens geschlossen, so dass etwa auf die Basispflege verzichtet oder der Mensch gar getötet werden könnte.¹³

VII. Das Kolloquium: Versuch einer theologischen Antwort

Ich greife die eingangs gestellten Fragen noch einmal auf und versuche, sie aus der skizzierten Perspektive zu beantworten.

1. Was ist eigentlich ärztliche Pflicht: ist es in jedem Fall der Kampf gegen den Tod? Und ist dann die Niederlage in diesem Kampf eine Niederlage der Medizin?

Diese Frage beantwortet sich nun fast von selbst: der Kampf gegen die Krankheit und für die Gesundheit ist kein heroischer Kampf gegen den Tod als solchen. Vielmehr gehört es zum ärztlichen Tun, den Patienten bis zum Sterben zu begleiten. Wenn seine kurativen Bemühungen ihr Ziel nicht mehr erreichen können und der Patient irreversibel an einer notwendig bald tödlichen Erkrankung leidet, wird der Arzt sein Behandlungsziel ändern: nicht mehr die Heilung von der Erkrankung steht im Vordergrund. In dieser Hinsicht endet nun seine Garantenpflicht. Der nahende Tod wird als verfügbarer Tod akzeptiert; ihm wird nicht mehr widerstanden. Hierher gehört dann auch das behutsame Gespräch über die Wahrheit, das nur Wahres sagt, aber nicht alles, was wahr ist, sofort dem Patienten zumutet. In Kooperation mit der Seelsorge geht es jetzt darum, den Patienten zu begleiten in der Einsicht, dass sein Leben zu Ende geht, dass er aber auch jetzt nicht im Stich gelassen wird und mit ihm über das gesprochen, vielleicht auch gebetet wird, was jetzt noch oder erst recht Hoffnung macht.

¹³ Vgl. a.a.O., 114f.

2. Und wenn sich die Medizin aus dem Kampf gegen den Tod zurückziehen muss, ist dann von einer Grenze der Behandlungspflicht zu sprechen? Sollen sich Ärztinnen und Ärzte dann still zurückziehen und das Feld anderen überlassen?

Auch dies ist nun eigentlich leicht zu beantworten. Eine Grenze der Behandlungspflicht gibt es aus christlicher Sicht nicht. Insofern ist das Thema unseres Kolloquiums missverständlich. Es könnte so etwas wie Resignation anzeigen: also im wörtlichen Sinn ein Zurückstecken der Feldzeichen, eine *resignatio*. Es könnte auch so etwas wie eine Verabschiedung aus der Pflicht gegenüber dem Patienten anzeigen. Beides aber wäre fatal. Es gibt nämlich nur eine Veränderung des Behandlungszieles. Im Entwurf für die "Richtlinien der Bundesärztekammer" 1997 ging es noch um "ärztliche Sterbebegleitung und die Grenzen zumutbarer Behandlung". Der Protest gegen diese Formulierung kam auch von Greifswalder Medizinern und hat dazu geführt, dass diese missverständliche Überschrift in den "Grundsätzen" von 1998 gestrichen wurde. Ein Abbruch der Behandlung wäre also nicht im Sinne dieser Grundsätze: *"Aufgabe des Arztes ist es, ... Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen."*¹⁴ Aber an die Stelle der vorwiegend kurativen Behandlung tritt nun die palliative Behandlung. Sie umfasst medizinische Bemühungen wie etwa die möglichst umfassende Schmerztherapie oder das Legen einer Magensonde, aber auch und vor allem pflegerische Bemühungen um den Menschen, dessen Personwürde nun nicht weniger zu achten ist als vorher. D.h. : die sogenannte Basisversorgung mit körperlicher Pflege, menschenwürdi-

¹⁴ Grundsätze der BUNDESÄRZTEKAMMER zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.9.1998, Präambel.

ger Unterbringung, Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit und der menschliche Beistand sind auf jeden Fall zu gewährleisten.

Bei kompetenter Schmerztherapie muss übrigens auch nicht mehr eine Art indirekter Sterbehilfe in Kauf genommen werden: sachgerechte Schmerztherapie wird sehr oft das Leben des Patienten eher verlängern als verkürzen. Palliativmedizin in all ihren Spielarten, besonders in ihrer schmerztherapeutischen Kompetenz, aber auch in ihrer seelsorgerlichen Sicht des Menschen und seiner Bedürfnisse in Hospizen, ist wohl *das* Therapeutikum gegen eine Wiederbelebung der Euthanasie in unserem Land. Menschen, deren Schmerz unter Kontrolle ist und die sich von anderen Menschen getragen und geleitet wissen, werden in der Regel nicht mehr nach der tödlichen Spritze fragen, und umgekehrt könnte sich hinter der Forderung nach der tödlichen Spritze auch der Hilferuf verbergen, mit Schmerz und Not des Sterbens nicht alleine gelassen zu werden.

3. Wenn der Versuch der Heilung keine Aussicht auf Erfolg mehr hat, ist es dann ein Unterschied, ob Ärzte passiv dem Sterben Raum geben oder aktiv eingreifen und das Leben beenden? Gibt es überhaupt ein passives Geschehenlassen etwa im Bereich einer Intensivstation?

In der Tat ist die Unterscheidung von "aktiv" und "passiv" nicht unproblematisch. Wenn der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme beschlossen wird, etwa die maschinelle Beatmung abgebrochen wird, dann bedarf dies einer Aktion, da muss eben eine Maschine abgestellt werden und ein Schlauch dekonnektiert werden. Da wird nicht nur abgewartet, sondern gehandelt.

Ist es dann nicht zweitrangig, nur eine Frage unterschiedlicher Mittel, ob ich die Beatmung abschalte oder gleich eine tödliche, das Leben

beendende Spritze gebe? Manche wollen die Unterscheidung zwischen aktiver Sterbehilfe und passiver Sterbebegleitung aufgeben: Am Anfang stehe dasselbe Motiv: der Patient solle sterben (dürfen). Am Ende komme es zu demselben Ergebnis: der Patient sterbe. Verschieden seien nur die Mittel. Die Unterscheidung bediene also nur ärztliche und pflegerische Skrupel, entspräche aber nicht mehr der Realität auf Intensivstationen, sei Haarspalterei. Die Bundesärztekammer hält an ihrem Nein dennoch fest: *"Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht."* Und: *"Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht."*¹⁵

Ich meine ebenso, die Unterscheidung von aktiv und passiv, von Tun und Geschehenlassen ist aufrechtzuhalten, und sei die Grenze zwischen dem einen und dem anderen noch so dünn. Der Grund dafür liegt in der Sinnstruktur ärztlichen und pflegerischen Handelns. THOMAS FUCHS¹⁶ hat auf die fundamentalen Unterschiede zwischen aktivem Tun und passivem Geschehenlassen hingewiesen. THOMAS FUCHS klärt dabei akribisch die Begriffe: er geht vom Organismus aus, der die Tendenz hat, seine Teile und Subsysteme immer wieder zu einer Einheit zu integrieren. Krankheit ist dann ein Prozess innerorganismischer Auseinandersetzung von integrativen und desintegrativen Prozessen. Sterben ist der Prozess irreversibler Desintegration des Organismus, Tod dessen Resultat. "Töten" ist dann die Überwältigung des Organismus von außen durch eine schädigende Handlung mit dem Ziel seiner Desintegration, so dass alle Reintegra-

¹⁵ Grundsätze der BUNDESÄRZTEKAMMER..., Präambel und I. Teil.

¹⁶ Thomas Fuchs, Was heißt "töten"? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie. In: EthikMed 9 (1997), 78-90.

tionsversuche des Organismus scheitern müssen. Die Negativität trifft den Organismus von außen und wirkt dabei unmittelbar tödlich. Das Töten wendet sich also gegen den Organismus. Sterbenlassen dagegen überlässt den Organismus seinem innerorganismischen Desintegrationsprozess, ohne zentrale Lebensfunktionen weiter zu stützen oder zu substituieren. Die Extubation ist in diesem Sinne keine Tötung. Ärztliches Handeln findet hier seine Sinnstruktur darin, den Bemühungen des Organismus um Reintegration zur Hilfe zu eilen, solange dies möglich erscheint. Die Künstlichkeit der Bemühungen dient dabei der (möglichst weitgehenden) Wiederherstellung der natürlichen Fähigkeiten des Organismus, ist also "Hilfe zur Selbsthilfe". Der Behandlungsabbruch widerspricht dem *nil nocere* nicht, da das Ziel der Behandlung nicht mehr erreicht werden kann, die Behandlung nicht mehr verhältnismäßig wäre, dem Patienten zusätzliche künstliche Leiden erspart werden sollen und dem natürlichen Vorgang des Sterbens jetzt Vorrang gebührt. Dieser natürliche Vorgang ist etwas anderes als die unnatürliche Überwältigung des Organismus durch Tötung.¹⁷ Dabei muss ich bei der aktiven Tötungshandlung, auch wenn es eine Tötung auf Verlangen ist bzw. ein assistierter Suizid, ein eigenes, verantwortliches ärztliches Urteil treffen. Ich muss sagen: dieses Menschenleben wäre besser nicht, es ist nicht mehr lebenswertes und lebenswürdiges Leben. Und schließlich bleibt der Arzt im Tötungsakt situationsmächtig: er verfügt über das Geschehen, während er beim Sterbenlassen sich dieser Verfügungsmacht begibt. Er hat es nicht in der Hand, wie lange der Organismus noch einen Rest an Integrationsfähigkeit behält.

Darum ist es meiner Meinung nach sinnvoll, weiterhin zwischen ver-

¹⁷ Fuchs, 84f.

werflicher aktiver Sterbehilfe und legitimer Passivität gegenüber dem Sterbeprozess zu unterscheiden.¹⁸

4. Und wenn Ärzte den Versuch der Heilung aufgeben, ist es dann legitim (nicht nur: legal), lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr einzusetzen, sie gar abzubauen oder abubrechen?¹⁹

Auch wenn in manchen Ländern der Welt (etwa in Israel) hier noch einmal unterschieden wird zwischen withhold und withdraw, also dem Vorenthalten einer lebenserhaltenden Maßnahme und dem Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme, sehe ich hier keinen prinzipiellen Unterschied. Es ist dann nicht nur legitim, nicht mehr alles Mögliche zu versuchen, sondern auf maximale therapeutische Anstrengungen zu verzichten, indem man z.B. nicht jeden Infekt bekämpft, nicht in jedem Fall auch zur Beatmung greift und nicht den Sterbenden u.U. zu reanimieren versucht. Es ist ebenso legitim, lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen, die ihr ursprüngliches Ziel nicht mehr erreichen, sondern nur noch das Sterben und damit das Leiden des Menschen verlängern, ihn also in seinem Sterben aufhalten. Es braucht schon besondere Gründe der Rechtfertigung, wenn man bei einer notwendig tödlichen Erkrankung sich dem Sterben weiterhin mit allen Mitteln in den Weg stellt. Allerdings ist die psychische Hemmung gegenüber dem Beenden einer Therapie durchaus sinnvoll: sie ist Ausdruck der tief verankerten "Tötungshemmung" und Ausweis dafür, wie dünn die Grenze zwischen dem ethisch legitimen Nachgeben gegenüber der Todesmacht und dem ethisch ebenso illegitimen Töten als Überwältigung des Organismus in Wahrheit ist.

Eine gewisse Ausnahme ist hier sicher die organprotektive Therapie

¹⁸ Vgl. schon aus dem Jahr 1806: Hufelands Neues Journal der practischen Heilkunde und Wundarzneykunst 23 (1806), 3. Stück, 15f.

¹⁹ Vgl. Anm. 3

hirntoter Patienten, deren Einverständnis vorausgesetzt, zur Vorbereitung einer Organspende.

5. Und kann das alles nur für sterbende Patienten gelten, bei denen unwiderruflich in nächster Zeit mit dem irreversiblen Versagen einer oder mehrerer Vitalfunktionen zu rechnen ist? Oder kann das alles auch für andere Patienten gelten, für schwergeschädigte Neugeborene etwa oder für Wachkoma-Patienten?

Die Bundesärztekammer wollte nicht-sterbende, nicht- einwilligungsfähige Patienten in besonderer Weise schützen. So werden etwa Wachkoma-Patienten als Nicht-Sterbende eingeordnet und ihnen ist im Blick auf ihre Grunderkrankung jede medizinische und pflegerische Versorgung zu gewähren. Damit wird ihre Personwürde gewahrt und ein Lebenswerturteil auf Grund fehlender Qualitätsmerkmale vermieden. Gleichwohl sind Situationen vorstellbar, in denen nicht mehr das Maximum an therapeutischem Einsatz zu leisten ist. Nehmen wir zum Beispiel an, ein Wachkoma-Patient, der nach einem schweren Motorradunfall monatelang in der Klinik versorgt wurde, würde im Laufe der Zeit auch noch dialysepflichtig. Zunächst gilt für ihn: auch wenn sein Überleben nur um den Preis schwerer körperlicher und geistiger Behinderungen möglich ist, darf die Behandlung zur Lebensbewahrung nicht einfach abgebrochen werden. Die Schädigung der Nieren aber stellt eine Veränderung zum Schlechten dar, die nicht mehr mit allen Mitteln bekämpft werden muss. Auf außerordentliche Mittel wie eine Dialyse kann jetzt auch verzichtet werden. Dieser Verzicht auf eine Behandlung einer tödlichen Erkrankung ist keine Verursachung des Todes im Sinne aktiver Sterbehilfe, sondern die

Entscheidung, einer natürlicherweise zum Tode führenden Krankheit ihren Lauf zu lassen.²⁰

6. Und wenn es so ist, geschieht es dann aus ärztlicher Fürsorge und Verantwortung heraus oder geschieht es nur nach dem erklärten oder mutmaßlichen Willen der betroffenen Menschen, also in Respekt vor ihrem Selbstbestimmungsrecht?

Ohne Frage ist die Besinnung auf die Selbstbestimmung des Menschen eine notwendige Besinnung. Sie soll den Patienten bewahren, zum bloßen Objekt der ärztlichen Betreuung zu werden. Sie soll ihn als Person mit eigener Würde viel stärker in die Therapieplanung einbeziehen. Aus juristischer Sicht kann es auch gar nicht anders sein: Niemand ist zu zwingen, Patient zu werden oder Patient zu bleiben. Ärztliche Eingriffe stellen eine Körperverletzung dar, wenn sie nicht durch den "informed consent" des Patienten legitimiert sind.

Aus seelsorgerlicher und ethischer Sicht ist die Sache aber wohl schwieriger: zum einen sind die Patienten, um die es hier geht, de facto oft so stark durch ihre Krankheit geschwächt und beeinträchtigt, dass sie zu einer so mündigen Verfügung über sich selbst gar nicht fähig sind. Sie sind auch kaum in der Lage, die medizinischen Optionen so zu bewerten, wie es der Arzt kann. Das Gefälle zwischen Fachmann und Laien ist hier unausweichlich. In der Regel wird der Patient hoffentlich auch dem Arzt trauen, so dass hier nicht ein falsches Gegenüber von Arzt und Patient konstruiert werden sollte. Wahrheitsgemäße Aufklärung, deutliche, auch wiederholte Besprechung der möglichen Therapien, Behandlung möglichst im Einvernehmen mit dem Patienten und freie Entscheidung da, wo es tatsächlich zwei oder mehr sehr verschiedene Optionen gibt. Aber die Ethik der Fürsorge kann

²⁰ Vgl. EIBACH, a.a.O., 190f.

sich hier nicht verabschieden und einem Konzept weichen, das im Patienten nur einen Kunden sieht, der aus einem Angebot seine Wahl trifft.²¹

Ich frage mich auch, ob hier nicht eine Tür geöffnet wird, die letztlich den Weg frei macht, dem Patienten auch den Freitod als Ausweg nicht länger verwehren zu können. Hier spielen auch der Verlust religiöser Orientierungen eine Rolle. Wir haben, so hat es NIETZSCHE ausgedrückt, den Horizont weggewischt. Die Rede vom Tod Gottes hat letztlich dazu geführt, dass uns Gott als letzter verpflichtender, aber auch bergender Horizont verloren gegangen ist. Damit aber bleibt nur noch das autonome Individuum, das sich selbst zum letzten Horizont wird. Ob sich der kleine Mensch da nicht übernimmt, mag immerhin gefragt werden. Als Seelsorger erlebe ich, wie es Menschen Halt gibt zu wissen: ich habe mich mir nicht selbst geschenkt, ich verdanke mich einem anderen. Meine Zeit steht bis zum Ende in seinen Händen.

7. Problematisch dagegen kann nach meiner Auffassung das Konstrukt des "mutmaßlichen Willens" sein. Natürlich soll auch beim nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten die Würde der Person darin geachtet werden, dass nach seinem Willen gefragt und geforscht wird. Und dafür gibt es kräftige und weniger kräftige Anhaltspunkte.

Am besten ist es dann bestellt, wenn es zu besseren Zeiten ein offenes

²¹ Vgl. auch EIBACH, a.a.O., 133f.: "Deshalb ist einer am Wohlergehen des Lebens orientierten *Ethik der Fürsorge* und der *Solidarität mit den schwächsten und unheilbaren Mitmenschen* der Vorrang zu geben vor einer nur an der empirisch vorhandenen Autonomie des Patienten ausgerichteten Ethik, die im Grunde die '*Autonomielosen*' und damit gerade die, die aufgrund ihrer Krankheit und Behinderung ihre *Interessen* am wenigsten geltend machen können und am meisten der Hilfe bedürfen, nicht zu schützen vermag, sie vielmehr der Verfügungsmacht anderer aussetzt." Und: "Die Ethik der Fürsorge gründet in dieser fundamentalen Grundstruktur des Menschseins, dem Angewiesensein auf die Zuwendung Gottes, des Schöpfers des Lebens, und anderer Menschen, und auch der bleibenden Abhängigkeit des Menschen, seines Geistes und seiner Freiheit von den 'Naturbedingungen' des Lebens, der Leiblichkeit und ihrer Hinfälligkeit." Hierin wird der Charakter des Menschen als "näphäsch", als durstiges, immerzu bedürftiges Wesen deutlich. Er ist nicht nur (wenn auch) autonomes Subjekt, sondern zu Anfang und zu Ende seines Lebens und in gewisser Weise auch sonst der auf andere und auf deren Hilfe angewiesene Mensch.

Gespräch zwischen Arzt und Patient gab, was denn im Falle eines Falles zu tun sei. Das aber ist nicht sehr oft der Fall.

Natürlich sind Angehörige zu befragen. Aber hier ist auch Vorsicht geboten: wie stark wirkt die eigene Belastung durch die Erkrankung des Patienten mit in das Votum der Angehörigen hinein? Und spielen nicht manchmal handfeste Interessen eine Rolle? Ob hier mit dem "mutmaßlichen" Willen wirklich der Selbstbestimmung des Menschen gedient wird, muss jedenfalls doch bezweifelt werden: *"Der mutmaßliche Wille ist fast immer nur der Wille (Wunsch) derer, die ihn vortragen."*²²

Natürlich sind auch Patientenverfügungen ein gewichtiger Hinweis, vor allem dann, wenn sie jüngeren Datums sind, und wenn erkennbar ist, dass sie sich auf die Situation beziehen, die jetzt eingetreten ist. Aber es ist doch so, wie es die "Grundsätze der Bundesärztekammer" feststellen: in gesunden Tagen verfasste Erklärungen können nicht immer ausdrücken, was ein Mensch tatsächlich will, wenn es ernst wird. Und manche, übrigens auch kirchlichen Textvorschläge haben noch ein zweites Problem: sie muten dem Arzt unärztliches Handeln zu, wenn sie etwa für den Fall eines Wachkomas vom Arzt den Verzicht auf Ernährung verlangen. Die Grenze der Selbstbestimmung ist da gesetzt, wo vom Arzt und von den Pflegenden unärztliches und unpflegerisches Handeln verlangt werden. Da tut man so, als wäre der Patient nur mit sich allein und nicht in einen sozialen Verbund integriert, der für wohl für ihn da ist, aber auch seiner eigenen ethischen Logik zu folgen hat und darum nicht bloß der Erfüllungsgehilfe seiner Anweisungen sein kann.

Ganz problematisch wird es meiner Meinung nach, wenn unter Beru-

²² EIBACH, a.a.O., 161.

fung auf §1904 BGB die Entscheidung über den mutmaßlichen Willen den Vormundschaftsgerichten und sukzessive den Betreuern zugeschoben werden soll. Das Frankfurter Urteil vom Juli 1998 schafft hier zudem eine verhängnisvolle Konstruktion, indem es mehrere Probleme zu einem Knäuel zusammenführt: nämlich erstens eine Patientin, die keineswegs als sterbend zu bezeichnen ist, zweitens den Abbruch einer Maßnahme, die eigentlich zur Basisbetreuung zu rechnen ist, deren Ende aber zwangsläufig zum Tod des betroffenen Menschen führt, und drittens eine Verfügung über diese an und für sich schon heikle Frage in den Händen von Richtern. Es ist doch sehr zu fragen, ob die alte Dame mit ihrem Hinweis, sie wolle kein langes und quälendes Sterben erleiden, meinte, man möge sie im Laufe von zwei oder drei Wochen allmählich verhungern lassen.²³ Dass Kritiker hier von einer "slippery slope", als einer rutschigen schiefen Ebene sprechen und Dammsbrücheffekte fürchten, die letztlich zur Tolerierung von aktiver Sterbehilfe führen könnten, kann ich jedenfalls nachvollziehen. Die Gefahr, die ich hier sehe, ist eine Paradoxie: gerade das Insistieren auf dem Selbstbestimmungsrecht, das nun auch nicht einwilligungsfähige Patienten einschließt, könnte damit zu einer Gefährdung für diese Patienten verkommen, die gerade nicht den Schutz ihres Lebens, ihrer Interessen und ihrer Würde im Blick hat, sondern ihre mindestens nicht-freiwillige Tötung, wenn nicht gar ihre höchst unfreiwillige "Entsorgung".

Insgesamt plädiere ich etwas unzeitgemäß für eine stärkere Rolle der therapeutischen Teams aus Ärzten, Pflegenden und begleitenden Diensten wie Seelsorgern und Sozialarbeitern. Sie sollten miteinander die Lage beraten und zu Vorschlägen kommen. Natürlich muss am

²³ Vgl. EIBACH, a.a.O., 153-163.

Ende einer "den Hut auf haben"; dennoch wissen Sie, wie gut es für die Zusammenarbeit auf Station ist, sich ein gemeinsames Bild zu machen, wie wichtig es für die Einschätzung einer Lage ist, möglichst viele Aspekte berücksichtigen zu können. Ich habe es in Bethel so erlebt, dass auf der ITS die kritischen Situationen regelmäßig, mindestens wöchentlich im Team besprochen wurden. Im Blick auf psychosoziale Aspekte, im Blick auf die Angehörigen und manches andere gehörten in Bethel auch die Sozialarbeiterin und der Seelsorger zu diesem Team. Das Ergebnis kam wohl zuerst den kleinen Patienten zu gute, aber auch dem Team, das eher Entscheidungen als gemeinsame Sache verstehen und mit vollziehen konnte, und das auch einen Raum hatte, mit den belastenden Erlebnissen rund um das Sterben eines Kindes besser umgehen zu können.

Letztlich ist dem verantwortlichen Arzt die Entscheidung sowieso nicht abzunehmen. Auch die „Grundsätze“ sind nicht eine Art Kasuistik mit ganz viel Kleingedrucktem und dem Versuch, jeden Einzelfall zu berücksichtigen und verbindlich zu regeln, was zu tun und was zu lassen ist. Der Arzt kann und muss diese Verantwortung nicht delegieren. Die „Grundsätze“ sind für das unwegsame Gelände, in dem er sich bewegt, nur eine Art Kompass, der Richtungen angibt, nicht aber eine millimetergenaue Wegbeschreibung zum Ziel. Es bleibt die Bürde, im Einzelfall entscheiden zu müssen, oft in kürzester Zeit.

Patienten und solche, die es werden müssen, können am ehesten etwas zur Klarheit beitragen, wenn sie aktuelle Patientenverfügungen unterschreiben und eine Person ihres Vertrauens als Gesprächspartner des therapeutischen Teams für den Fall benennen, dass sie nicht mehr für sich selbst sprechen können. Die gestern erschienene gemeinsame "Christliche Patientenverfügung" der beiden großen Kirchen formu-

liert es so: *"An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn medizinisch festgestellt ist, dass ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde, oder dass es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der zum Tode führt."*²⁴

²⁴ FAZ, Nr.225, 28.9.1999, 14.