

Der Mensch und sein Tod

Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung

Fakultätsgutachten der Theologischen Fakultät
der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
für die Pommersche Evangelische Kirche

Einleitung

Am 4. Mai 1998 kam es zu einer Begegnung in der Universitätskinderklinik Greifswald, an der PROF. DR. S.K.W. WIERSBITZKY, OKR Dr. C. EHRLICH, BISCHOF E. BERGER und PROF. DR. M. HERBST teilnahmen. Thema des Gesprächs war eine Sorge PROF. WIERSBITZKYS (als Chefarzt der Universitätskinderklinik), dass die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung einen Dammbbruch in Richtung Sterbehilfe darstellen könnten und den Arzt unter dem Motto des Selbstbestimmungsrechts des Patienten zu einem seiner Ansicht nach unärztlichen Verhalten zwingen könnten. Im Blick auf kindliche Patienten könne es hier zu besonders schwierigen Situationen kommen.

Darüber hinaus gibt es eine große Beunruhigung bei einzelnen Christen und in verschiedenen Kirchengemeinden¹ wegen der niederländischen Euthanasie-Regelung und einem möglichen Export entsprechender Einstellungen und Handlungsweisen nach Deutschland.

Nach diesem Gespräch befasste sich auch die Kirchenleitung der Pommerschen Evangelischen Kirche mit dem Thema und schrieb am 6. Oktober 1998 an die Theologische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, sie möge ein Fakultätsgutachten zur Sterbebegleitung erstellen:

„Die Kirchenleitung der Pommerschen Evangelischen Kirche bittet die Theologische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald um ein Gutachten zu aktuellen Entwicklungen und ethischen Problemen der ärztlichen Sterbebegleitung und der Grenzen zumutbarer Behandlungen.

Die Bitte ist veranlasst durch besorgte Anfragen aus Gemeinden und Öffentlichkeit in bezug auf die europäische Rechtsentwicklung und einen Entwurf für Richtlinien der Bundesärztekammer.

Die Kirchenleitung wäre dankbar, wenn das Gutachten unter Einbeziehung der Medizinischen und der Juristischen Fakultät erarbeitet werden könnte.“

Dem Wunsch der Kirchenleitung folgend, hat sich ein interdisziplinärer Ausschuss in mehreren Sitzungen Anfang 1999 mit den Fragen, die medizinische Entscheidungen im Umfeld des

¹ Dokumentiert zum Beispiel durch Leserbriefe u.a. der Schülerin ERDMUTE STAAK aus Kemnitz in der „Kirchenzeitung“ (1998), durch ein Interview mit Pfarrer PHILIP STOEPKER an gleicher Stelle usw.

Sterbens betreffen, aus theologischer, juristischer und medizinischer Sicht beschäftigt. Den Mitgliedern dieses Ausschusses wird herzlich für Ihre Mitwirkung gedankt: PROF. DR. C. FUSCH, PROF. DR. M. WENDT, PROF. DR. S.K.W. WIERSBITZKY, DR. W. DIEMER (alle aus der Medizinischen Fakultät), PROF. DR. C.D. CLASSEN, PROF. DR. W. JOECKS (beide aus der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät), PROF. DR. M. HERBST (Vorsitzender), PROF. DR. B. HILDEBRANDT, PD DR. JULIA MÄNNCHEN, STUD. THEOL. SUSANNE KIEFER, VIKARIN KATRIN KRÜGER (alle aus der Theologischen Fakultät) und als Gästen PFARRER P. STOEPKER (Diakonisches Werk), PASTORIN M. LAUDAN (Ev. Kirchengemeinde Zarnekow) und PASTOR H. COLLATZ (Krankenhausseelsorge PEK).

Außerdem veranstaltete die Theologische Fakultät im WS 1999/2000 eine Ringvorlesung, in der es um das Thema „Der Mensch und sein Tod“ ging. Mit den Beiträgen dieser Ringvorlesung wurde die Beschäftigung mit ärztlicher Sterbebegleitung fortgesetzt und intensiviert. Im Anschluss daran entstand im Herbst 2000 das vorliegende Gutachten. Es wurde mit dem interdisziplinären Ausschuss beraten und im Fakultätsrat diskutiert. Der Fakultätsrat der Theologischen Fakultät hat den vorliegenden Text in seiner Sitzung am 7. Februar 2001 angenommen und daraufhin der Kirchenleitung der Pommerschen Evangelischen Kirche übergeben.

Auch zwei Jahre nach Veröffentlichung der neuen „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (11.9.1998) ist das Thema ärztlichen und pflegerischen Umgangs mit dem Sterben der ihnen anvertrauten Patienten und der gesellschaftlichen Normierung der Sterbehilfeproblematik unverändert aktuell. Dies wird an drei Beispielen deutlich:

- Am 28.11.2000 hat das niederländische Parlament mit der großen Mehrheit seiner Abgeordneten ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe verabschiedet: es ordnet gesetzlich den Umgang mit Euthanasie und assistiertem Suizid und den Verzicht auf Strafverfolgung.
- Im Januar 2001 wurde in Zürich das Verbot der Durchführung und Unterstützung von Selbsttötungen in Alters- und Krankenhäusern aufgehoben. Dabei wird von den verantwortlichen Politikern das Selbstbestimmungsrecht der Heimbewohner als Rechtfertigung benannt. Organisationen wie „EXIT“ haben nun Zugang zu den Heimen, um beim Suizid assistieren zu können.²
- Auch im belgischen Parlament wird um eine Lockerung der Gesetze gerungen. Eine Untersuchung von LUC DELIENS in Flandern (1998) hatte gezeigt, dass auch belgische Ärzte in 1,3% der Todesfälle das Leben des Patienten auf dessen Wunsch hin beenden oder Beihilfe zum Suizid leisteten und in 3,2% der Todesfälle ohne ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen tödlich wirkende Medikamente verabreichten. Die belgische

² Nachzulesen auf der Homepage der Stadt Zürich: <http://www.stadt-zuerich.ch/kap01/medienmitteilungen/sterbehilfe/index.htm>. In der Schweiz regte sich gegen diese Regelung heftiger Protest, u.a. durch die Hippokratische Gesellschaft Schweiz in einem Inserat in der Neuen Zürcher Zeitung vom 23./24.12.2000, Nr. 300: „Ärzte gegen ‚Sterbehilfe‘ in Zürcher Kranken- und Altenheimen“, auch berichtet in The Lancet 357(2001), 13.1.2001. Ähnlich äußerten sich die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG) in einem Communiqué vom 30.11.2000 (berichtet im Tages-Anzeiger vom 1.12.2000) sowie die Chefärztekonzferenz der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Neues Bülacher Tageblatt vom 15.12.2000), die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich in einer Pressemitteilung vom 5.12.2000 und der Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, T. HUBSCHMID (Der Bund 29.11.2000).

Regierung schlägt nun ein Gesetz vor, demzufolge aktive lebensbeendende Maßnahmen unter bestimmten Umständen straffrei bleiben.³

Das vorliegende Gutachten bemüht sich um eine sachliche Klärung dieses komplexen Themas. Es stellt zunächst (1.) Entstehung und (2.) Inhalt der „Grundsätze“ dar und beleuchtet anschließend (3.) den gesellschaftlichen Kontext, in dem die Thematik zu verhandeln ist. Im Zentrum des Gutachtens stehen (4.) theologische Fragen zu einer Ethik der Würde, der Barmherzigkeit und der Hoffnung. Daran schließt sich (5.) der Versuch an, die Begriffe zu klären, die in der Literatur auf höchst verschiedene Weise gebraucht werden. Das Gutachten schließt (6.) mit den ethischen Konsequenzen, die sich daraus ergeben und (7.) mit Empfehlungen für die Arbeit der Pommerschen Evangelischen Kirche. Im Anhang sind neben einer ausführlichen Literaturliste der Text der „Grundsätze“ und die Patientenverfügung, die 1999 vom Rat der EKD und von der katholischen Bischofskonferenz publiziert wurde, zu finden.

Großer Dank gilt neben den Mitgliedern des interdisziplinären Ausschusses den studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Anteil an der Recherche und am Gespräch über dieses brisante Thema nicht zu unterschätzen ist: KATRIN KRÜGER, SUSANNE KIEFER, JULIKA WEIGEL, DIANA PSCHERWANKOWSKI, LARS DÄRMANN, JAN BOLLMANN UND ULF HARDER.

Zu danken ist besonders auch Herrn MARKUS WOLF aus Hannover, der in den Jahren 1998-2000 die Finanzierung der studentischen Mitarbeit an diesem Gutachten durch Drittmittel ermöglichte.

³ Die Untersuchung von LUC DELIENS findet sich im Lancet 356 (2000), 1806. Der Hinweis auf die geplanten Gesetzesänderungen findet sich in www.lagsb.de

1. Die Vorgeschichte: Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung

Als am 11. September 1998 der Vorstand der Bundesärztekammer nach langer öffentlicher Diskussion die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ verabschiedete, wurde damit ein weiteres (und sicher nicht letztes) Kapitel im Nachdenken über die ärztlichen und pflegerischen Aufgaben im Umfeld des Sterbens aufgeschlagen.

Zur Vorgeschichte der „Grundsätze“ gehören z.B.:

- Die „medizin-ethische Richtlinie für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“ der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) 1995.⁴
- Die „Einbecker Empfehlungen“ der Gesellschaft für Medizinrecht aus dem Jahre 1986 (revidiert 1992): die Empfehlung beschreibt die Kriterien für den Bereich der Neonatologie. Sie grenzt sich deutlich gegen die Herbeiführung des Todes durch die Hand des Arztes ab, fordert zugleich aber vom Arzt nicht das Maximum des medizinisch Möglichen, wenn dadurch ein absehbarer Sterbeprozess nur verlängert würde oder die Belastungen der Behandlung den Nutzen für das Neugeborene weit überstiegen.⁵
- Die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zum Thema „Therapiebegrenzung und ärztliche Sterbebegleitung“ (1996),⁶ die ein deutliches Ja zur Therapiebegrenzung ausspricht, wenn eine Therapie dem Patienten nicht mehr zu helfen vermag und ihm mehr Leid zufügt als Nutzen bringt. Hingewiesen wird auf die Notwendigkeit individuell-situativer Entscheidungen und die bleibende Unsicherheit prognostischer Aussagen. Beihilfe zum Suizid wird ebenso abgelehnt wie „aktive Sterbehilfe“. Ansonsten sieht man sich an den (und sei es mutmaßlichen) Willen des Patienten gebunden. Die deutschen Chirurgen interpretieren aber Therapiebegrenzung nicht

⁴ SCHWEIZERISCHE AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE WISSENSCHAFTEN (1995): Dieser Text erfuhr ähnlich zahlreiche Revisionen wie die Richtlinien der Bundesärztekammer. Der erste Entwurf stammt aus dem Jahr 1976. In der 1995 verabschiedeten Fassung erregte besonders der „Geltungsbereich“ der Richtlinien Aufsehen und provozierte Kontroversen: Die Richtlinien betreffen demnach zuerst Sterbende. Unter Sterbenden werden Menschen verstanden, „bei welchen der Arzt auf Grund klinischer Anzeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit oder traumatische Schädigung irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird.“ Zu dieser schon etwas „weit“ anmutenden Definition tritt eine Ergänzung, denn die Richtlinien betreffen auch Menschen, die selbst mit dieser Definition nicht als Sterbende betrachtet werden können: die „ärztliche Betreuung zerebral schwerst Geschädigter mit irreversiblen fokalen oder diffusen Hirnschädigungen, welche einen chronischen vegetativen Zustand zur Folge haben.“ D.h.: auch PVS-Patienten sind hier gemeint; für sie gilt, was auch für Sterbende gilt. Das bedeutet, dass unterschiedslos sich die Behandlung auf Linderung der Beschwerden beschränkt und der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bzw. deren Abbruch legitim erscheint. Im Kommentar der SAMW wird zu diesen Maßnahmen gerechnet: „künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse.“ Palliative Maßnahmen werden als Pflicht verstanden; aktive Lebensbeendigung wird verworfen wie auch die Beihilfe zum Suizid. Auffällig ist im Blick auf urteilsunfähige Patienten die Bewertung von Patientenverfügungen: „Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als Urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt.“

⁵ Akademie für Ethik in der Medizin (1992), 103-104.

⁶ DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE (1996).

als Ende der Bemühung um einen Patienten: Ärztliche Sterbebegleitung wird ausdrücklich gefordert.

- Der erste Text der Bundesärztekammer zum Thema aus dem Jahr 1979 mit dem Titel: „Richtlinie zur Sterbehilfe“.⁷
- Die „Richtlinien zur Sterbebegleitung“ (1993) zeigen schon im Titel eine deutliche Akzentverschiebung: man verabschiedet sich nun vom mehrdeutigen Begriff der Sterbehilfe und spricht fortan von Sterbebegleitung. Fixpunkt bleibt die Ablehnung der sogenannten aktiven Sterbehilfe.⁸

Neue Entwicklungen in der deutschen Rechtsprechung und in europäischen Euthanasiedebatten machten bald eine erneute Revision des Textes notwendig.⁹ Man wählte 1997 aber einen anderen Weg als bei den früheren Stellungnahmen: erstmals wurde eine breite Öffentlichkeit am Meinungsbildungsprozess beteiligt. Der Ausschuss für medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer verfasste einen Entwurf, der im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde.¹⁰ Dieser Text ist von dem Bemühen geprägt, der Selbstbestimmung des Pat i-

⁷ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (1979), 957-961. Dieser noch sehr kurze Text entstand in ausdrücklicher Anlehnung an die Richtlinien der SCHWEIZERISCHEN AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN. Er formuliert in einer kurzen Einleitung die Pflichten ärztlichen Handelns. Sie bestehen darin, „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern“, aber auch, „dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen“. So und nur so ist der Begriff „Sterbehilfe“ gemeint. Der Wille des urteilsfähigen Patienten ist zu respektieren, beim bewusstlosen oder sonst urteilsunfähigen Patienten sieht man 1979 noch den Arzt als Entscheidungsträger, der allerdings Hinweise auf den mutmaßlichen aktuellen Willen des Patienten (frühere schriftliche Erklärungen als *ein* Indiz) beachten soll und nahestehende Personen anzuhören hat. Beim sterbenden oder dem Tode nahen Menschen müssen nicht alle der Lebensverlängerung dienenden Maßnahmen ergriffen werden. Linderung der Beschwerden, Pflege und menschlicher Beistand werden aber eingefordert. Im Kommentar der Bundesärztekammer wird der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen als ein Unterlassen oder Nicht-Fortsetzen von Medikation oder technischen Maßnahmen wie Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Bluttransfusion, Hämodialyse und künstlicher Ernährung näher interpretiert. Dort wird ausdrücklich die gezielte Lebensverkürzung abgelehnt.

⁸ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (1993). Stärker betont wird durch das Aufkommen von Patientenverfügungen der Wille des Patienten. Beim urteilsfähigen Patienten gilt er als bindend. Weicht er von dem ärztlich als notwendig Erkannten ab, soll der Arzt „Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, ihre Einstellung zu überwinden.“ Die Skepsis gegenüber dem Patientenwillen ist im Umgang mit Patientenverfügungen noch spürbar: beim urteilsunfähigen Patienten soll nach dem mutmaßlichen aktuellen Willen geforscht werden. Dabei sind „frühere schriftliche Äußerungen oder Erklärungen gegenüber nahestehenden Personen lediglich ebenso Anhaltspunkte wie religiöse Einstellung, Schmerzen und Lebenserwartung.“ Indirekte Sterbehilfe (vgl. weiter unten.) wird toleriert: die Linderung des Leidens kann so im Vordergrund stehen, dass eine Lebensverkürzung in Kauf genommen, aber nicht intendiert wird. Lebenserhaltende Maßnahmen dürfen abgebrochen werden, wenn sie nur noch eine unzumutbare Verlängerung des Leidens darstellen, ohne das Grundleiden noch zu beeinflussen. Der noch stärker „paternalistische“ Zug dieser Richtlinien wird in dem Abschnitt über die Aufklärung des Patienten erkennbar: „Gegenüber einem Patienten im terminalen Stadium ist der Arzt berechtigt, die Aufklärung über seinen Zustand auf ein unbedingt notwendiges Mindestmaß zu beschränken, um ihm Angst zu ersparen.“

⁹ Vgl. Kap. 3.5: „Die neuere Rechtsprechung zum Thema“.

¹⁰ BUNDESÄRZTEKAMMER (1997). Die Autonomie des Patienten ist wieder etwas stärker betont. Schon in der Präambel wird darauf Bezug genommen, von den Pflichten des Arztes heißt es, er handele „unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten.“ Ebenso wird schon in der Präambel die mögliche Behandlungsbegrenzung angesprochen, während aktive Sterbehilfe weiterhin verworfen wird. Neu ist auch die Aufforderung, ärztliche Entscheidungen mit dem therapeutischen Team abzustimmen.

I. Im Blick auf Sterbende heißt es: pflegerische und schmerzlindernde Maßnahmen treten an die Stelle der Lebensverlängerung und Lebenserhaltung. Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand muss wahrheitsgemäß sein und soll sich an der Situation des Sterbenden orientieren und Ängste vermeiden.

II. Dann aber geht der Entwurf von 1997 über die Gruppe der Sterbenden hinaus und befasst sich **I.** mit Patienten mit infauster Prognose außerhalb der Sterbephase. Unter Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechtes kann auch bei ihnen der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen indiziert sein, wenn sie keine Hilfe mehr darstellen,

enten zur Geltung zu verhelfen. Eine ausführliche, zum Teil sehr kontroverse Debatte schloss sich an die Veröffentlichung an; sie gipfelte in einem öffentlichen Symposium im Januar 1998 in Königswinter. Erst danach verabschiedete die Bundesärztekammer die eigentlichen „Grundsätze“ am 11.9.1998¹¹.

sondern nur noch das Leiden verlängern. Die Basishilfe ist aber in jedem Fall zu sichern. Dazu rechnet man 1997 Zuwendung, Körperpflege, Schmerzlinderung, das Freihalten der Atemwege, ferner Flüssigkeitszufuhr und „natürliche Ernährung“. Im selben Kapitel geht es 2. um PVS-Patienten, die als Lebende gesehen werden; ein Behandlungsabbruch ist nur möglich, wenn er dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht – hier hat sich das „Kemptener Urteil“ des BGH von 1994 niedergeschlagen. Im Blick auf schwerstgeschädigte Neugeborene wird formuliert, dass nach Rücksprache mit den Eltern auf den Einsatz außergewöhnlicher lebenserhaltender technischer Hilfsmittel verzichtet werden darf.

III. Schließlich wird das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung noch einmal ausdrücklich thematisiert: es umfasst auch das Recht, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten bzw. deren Einstellung zu bewirken. Weit zurückhaltender als 1993 wird nun gesagt, der Arzt solle dem Patienten in diesem Fall helfen, „die Entscheidung zu überdenken“. Bei urteilsunfähigen Patienten soll weiterhin der aktuelle mutmaßliche Wille erforscht werden.

IV. Stärker werden aber nun frühere Äußerungen gewichtet: „Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu. Sie ist zu berücksichtigen, sofern ihre Aktualität für die konkrete Situation anzunehmen ist.“ Dabei wird an „Patiententestamente“ gedacht, die nicht mehr nur „ein Indiz“ (1993) sind, sondern „eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“ und ein „wichtiges Element des Selbstbestimmungsrechtes“.

¹¹ BUNDESÄRZTEKAMMER (1998). Der Text ist im Anhang vollständig abgedruckt. **Wird auf ihn Bezug genommen, so ist ab jetzt einfach von den „Grundsätzen“ (der Bundesärztekammer) die Rede.**

2. Der Text: „Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (1998)

2.1 Darstellung

Die Grundsätze umfassen eine Präambel und fünf Kapitel: I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden, II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose; III. Behandlung bei sonstiger lebensbedrohlicher Schädigung; IV. Ermittlung des Patientenwillens; V. Patientenverfügung, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.

In der **Präambel** wird die Aufgabe des Arztes beschrieben: sie besteht darin „unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ Es wird sofort präzisiert, worum es in diesen „Grundsätzen“ geht: nicht immer ist die Lebensverlängerung das Ziel, das dieser Aufgabe entspricht: zuweilen ist „Begrenzung“ der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gefordert. „Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund.“ Nicht wirtschaftliche Kriterien sollen darüber entscheiden. Außerdem impliziert die geforderte „Begrenzung“ nicht den Verzicht auf eine „Basisversorgung“ des Patienten. Zur Basisversorgung zählen: „Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“¹² Im Blick auf die Behandlung soll der Arzt „den Willen des Patienten beachten“ und den Konsens mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern suchen. Abgelehnt wird die aktive Sterbehilfe wie auch der ärztlich assistierte Suizid.

I. Zunächst geht es um **Sterbende**: sie sind Menschen mit „irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist.“ „Sterben in Würde“ ist das vornehmste Kriterium für die Behandlung dieser Patienten. Lebensverlängernde Maßnahmen dürfen „in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten“ unterlassen oder abgebrochen werden, wenn sie nur den Todeseintritt verzögern, aber die Krankheit nicht mehr aufhalten. Auch kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine Verkürzung des Lebens durch die Art der Medikation z.B. in Kauf genommen, nicht aber intendiert wird. Der Patient soll wahrheitsgemäß unterrichtet werden; allerdings ist seine Situation (Ängste etc.) zu berücksichtigen. Auch das Gespräch mit Angehörigen wird ausdrücklich zu den ärztlichen Pflichten gerechnet.

II. Hier wird nun der Kreis der von diesen „Grundsätzen“ eingeschlossenen Menschen auch auf **Patienten mit infauster Prognose** ausgeweitet: sie befinden sich noch nicht im Sterben. Darum kann hier die Änderung des Behandlungsziels nur in Frage kommen, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und die Bemühungen um die Lebensverlängerung nur noch das Leiden verlängern. Dann aber können auch hier in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten **palliative** an die Stelle **kurativer Bemühungen** treten. Als Patienten mit infauster Prognose gelten auch Neugeborene „mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwech-

¹² „Wohl wissend, dass es sich bei Hunger und Durst um subjektive Empfindungen handelt, deren allmähliches Nachlassen bekannt ist, verzichtete man an dieser Stelle bewusst auf den Begriff Ernährung. Die Verpflichtung zur ‚Ernährung‘ würde bedeuten, dass man praktisch nur noch auf der Intensivstation sterben könnte. Zudem stellt besonders für alte und sterbende Menschen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr oftmals eine unerträgliche Belastung dar, die man in solchen Fällen nicht vorschreiben darf. Der Hinweis auf diese Basisbetreuung heißt aber nicht, dass man künftig Patienten verhungern lassen darf. Auch bei Bewusstlosen ist klar, dass mutmaßlich kein Mensch verhungern will.“ So E. BELEITES (1998), A-2366.

selbstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht“, ferner extrem unreife Kinder, deren Sterben abzusehen ist, und Neugeborene mit schwersten Zerstörungen des Gehirns. Hier kann im Einvernehmen mit den Eltern ebenfalls auf Maßnahmen verzichtet werden, die der Lebensverlängerung dienen. In minder schweren Fällen darf dies nicht geschehen, auch wenn es von Eltern verlangt wird. Palliative Maßnahmen sind dann stets gefordert. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass alle Entscheidungen in diesem Bereich „individuell erarbeitet werden“ müssen. Dies erklärt auch den relativen Spielraum, der durch „weiche“ Formulierungen wie „schwerste“ oder „weniger schwere“ Schädigungen eingeräumt wird.

III. Die Ausweitung auf nicht-sterbende Patienten geht jedoch noch weiter: die „Grundsätze“ sprechen dann auch von **Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, „an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben.“** Gedacht ist vor allem an Patienten im Wachkoma (PVS-Patienten). Sie haben ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Maßnahmen sind geboten; das gilt auch für künstliche Ernährung. Das bedeutet: das Lebensrecht von Wachkoma-Patienten wird ausdrücklich geschützt. Gleichwohl kann z.B. beim Ausfall **weiterer** vitaler Funktionen auch hier eine Änderung des Therapieziels in Frage kommen, d.h. auch der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen und auf die Substitution vitaler Funktionen durch technische Hilfsmittel. Da stets der Wille des Patienten zählen soll, taucht hier nun die Frage auf, wie dieser Wille bei bewusstlosen Patienten erhoben werden kann. Erstmals wird die Figur des „mutmaßlichen Willens“ gebraucht.

Die beiden letzten Kapitel der „Grundsätze“ beschäftigen sich mit der Frage, wie dem Willen des Patienten möglichst in jeder der beschriebenen Situationen Rechnung getragen werden kann. Es geht zunächst (IV.) um die **Ermittlung des Patientenwillens**, dann (V.) um Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.

IV. Wie schon im Entwurf von 1997 wird betont, dass der aktuell geäußerte Wille des angemessen aufgeklärten Patienten in jedem Fall zu achten ist, selbst wenn dieser Wille nicht mit dem ärztlich Empfohlenen übereinstimmt, und auch wenn es um die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen geht. Der Arzt soll dem Patienten in diesem Fall helfen, seine Entscheidung zu überdenken. Beim einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters maßgeblich, der aber zum Wohl des Patienten entscheiden soll. Das Vormundschaftsgericht ist zu befragen, wenn der Verdacht besteht, dass hier ein Missbrauch oder eine Fehlentscheidung drohen. Diese Regelung gilt vor allem im Blick auf kindliche Patienten. Gibt es keine ausdrückliche Willenserklärung, so soll der Arzt den **aktuellen mutmaßlichen Willen** des Patienten erforschen und sich nach ihm richten. Zur Erforschung des mutmaßlichen Willens können beitragen: frühere Erklärungen, Lebenseinstellung oder religiöse Überzeugungen des Patienten, seine Haltung zu Schmerzen und gesundheitlichen Schädigungen. Angehörige sollen bei der Frage nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten einbezogen werden. Ist kein aktueller mutmaßlicher Wille erkennbar, soll der Arzt im Interesse des Patienten das ärztlich Indizierte tun.

V. Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit **Patientenverfügungen**, deren Bedeutung deutlich aufgewertet wird: sie gelten erstmals als „verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde.“ Es bleibt ein deutlicher Vorbehalt auf Grund des Abstandes zwischen der Erklärung und der konkreten Situation: immerhin wurde die Verfügung in gesunden Tagen verfasst, ohne Kenntnis des konkreten Notfalls. Hoffnung wächst zuweilen in aus-

weglosen Lagen. Also: Aufwertung bei bleibender Zurückhaltung! Hingewiesen wird auf die Möglichkeit, im Wege einer (schriftlichen) **Vorsorgevollmacht** einen Beauftragten für die Einwilligung in konkret definierte ärztliche Maßnahmen, aber auch deren Unterlassung oder Beendigung zu benennen. Für die Aufnahme einer das Leben u.U. gefährdenden Behandlung wie für den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase wird nun die Zustimmung des **Vormundschaftsgerichtes** für notwendig erachtet. In **Betreuungsverfügungen** schließlich kann ein Wunsch für die Wahl des (gerichtlich bestellten) Betreuers festgehalten werden.

Fassen wir zusammen, so liegt der besondere Akzent in den „Grundsätzen“ von 1998 (neben kleineren Verschiebungen¹³ gegenüber dem Entwurf von 1997)

- im Festhalten am konsequenten **„Nein“ gegenüber der „aktiven Sterbehilfe“ und dem ärztlich assistierten Suizid** trotz andersgerichteter Praktiken in anderen Ländern.¹⁴ EGGERT BELEITES betont: „Die Ärzte fühlen sich an die Verpflichtung, Leben zu erhalten, weiterhin gebunden.“¹⁵

- in der **Bereitschaft, das Therapieziel von kurativer zu palliativer Bemühung um den Patienten zu verändern**, wenn zu erkennen ist, dass die Heilversuche dem Patienten nicht mehr nützen, aber sein Leiden verstärken und verlängern. Dabei geht es nicht um eine Behandlungsbegrenzung, sondern um eine Änderung des Therapieziels. Aus der Perspektive des Arztes: die Sterbebegleitung gehört zum Katalog seiner Pflichten.

- in der differenzierten **Ausdehnung** dieser „Grundsätze“ **auf nicht-sterbende Patienten**.

¹³ Dabei sind folgende Veränderungen besonders auffällig:

1. Von Behandlungsbegrenzung (1997) ist nicht mehr die Rede; Begrenzung gilt nur der kurativen Bemühung; ausdrücklich ist dann sofort von palliativer Therapie und Basisbetreuung die Rede. Der Verdacht, ein Patient sei „aufgegeben“, soll also sofort ausgeräumt werden.
2. Der Begriff der „unzumutbaren Behandlung“ ist wegen seiner Mehrdeutigkeit fallen gelassen worden. Er war einer der Gründe für die heftige Kritik am Entwurf: „Nachdenklich stimmt“ dieser Begriff z.B. HELGA KEMPCKE (1997), I: „Zumutbar für wen? Nur für die Kranken? Oder auch für die betroffenen Ärzte, für die Angehörigen, die Versichertengemeinschaft, den Standort Deutschland?“
3. Bei der Basisbetreuung ist präzisiert worden: die menschenwürdige Unterbringung und die Linderung auch von Übelkeit kamen hinzu. Wurde 1997 „natürliche Ernährung“ aufgeführt (mit der offenen Frage, ob mit „natürlich“ gemeint sei, dass der Patient die angebotene Nahrung selber schlucken können muss, ob eine Ernährung mit der Nasen- oder PEG-Sonde natürlich ist oder nicht, oder ob künstliche Ernährung erst mit der parenteralen Ernährung einsetzt), so wird 1998 ganz auf die subjektiven und zum Lebensende hin abnehmenden Empfindungen abgestellt: das (palliative) Stillen von Durst und Hunger. Damit wird nicht gefordert, in jedem Fall auf jede Weise zu ernähren, da dies bedeuten könnte, dass Patienten nur noch im Krankenhaus sterben dürften, wo diese Ernährung gewährleistet werden kann. Es wird außerdem berücksichtigt, dass Nahrungszufuhr nicht zur Qual werden darf. Die Unklarheit im Entwurf 1997 spiegelte nach H.-B. WUERMELING (1997) und nach M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 216, die Uneinigkeit im Kreis der Autoren wieder und ist darum, so WUERMELING, eine „verunklarende Kompromissbildung“. Skeptiker argwöhnten, dass die bei Wachkomapatienten übliche Ernährung per Magensonde mitgemeint sein könnte, so dass – bei mutmaßlichem Einverständnis – man diese Patienten verhungern lassen könne, wenn die Sondenernährung nicht zur Basishilfe zähle. Vgl. dagegen die Stellungnahme von E. BELEITES in Anm. 12.
4. Im Blick auf PVS-Patienten wird sehr viel deutlicher der Lebensschutz betont und das prinzipielle Recht auf vollen therapeutischen Einsatz.

¹⁴ H.-B. WUERMELING (1997), 91-99.

¹⁵ E. BELEITES (1998), B-1851.

- in der durchgängigen **Bemühung, dem Willen des Patienten Rechnung zu tragen**, auch wenn er nicht mehr äußerungsfähig ist („mutmaßlicher aktueller Wille“).

Man darf nicht unterschätzen, wie deutlich sich die „Grundsätze“ damit von allem unterscheiden, was in der Schweiz und in den Niederlanden zu diesem Thema fixiert wurde.

2.2 Reaktionen

2.2.1 Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht (1999)

Eine besonders wichtige Reaktion liegt mit den „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ vor. Anlass für diese Leitlinien war die Feststellung, dass spezifische **Probleme intensivmedizinischer Versorgung** in den „Grundsätzen“ nicht ausreichend berücksichtigt wurden.¹⁶ Die Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen ist gerade dann zu hinterfragen, wenn sich die Patienten unter der Therapie immer weiter verschlechtern und die Prognose infaust ist. Besonders die Frage nach einer medizinischen Indikation intensivtherapeutischer Maßnahmen ist zu stellen. Dabei bewegen sich die „Leitlinien“ durchaus im Rahmen der „Grundsätze“, präzisieren diese jedoch für den Bereich der Intensivtherapie. Aufschlussreich ist, dass die „Leitlinien“ nicht „strikte Reglementierungen“ darstellen, sondern angesichts der Fülle möglicher Situationen einen „**Entscheidungskorridor**“ aufzeigen möchten.¹⁷ Wird im Blick auf „aktive“ und „indirekte“ Sterbehilfe im Grunde nur wiederholt, was auch die „Grundsätze“ aussagten, so wird der Bereich der „passiven Sterbehilfe“ deutlich präzisiert:

Lebensverlängernde Maßnahmen, insbesondere die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, sind nicht mehr medizinisch indiziert und sollten unterbleiben, „wenn sie bei aussichtsloser Grunderkrankung für den Patienten keine Hilfe mehr bedeuten, sondern nur noch das Leiden und den unvermeidlichen Sterbevorgang verlängern.“¹⁸ Kritisch zu befragen ist die medizinische Indikation bei irreversibler Bewusstlosigkeit. D.h.: auf Grund seiner Garantenstellung soll der Arzt dem Patienten die bestmögliche Hilfe leisten und Heilung, mindestens Besserung sowie Lebensverlängerung anstreben. Dies gilt aber nur so lange, wie diese Maßnahmen eine Hilfe für den Patienten darstellen. Danach gilt es, von kurativer auf palliative Therapie umzuschalten. Technische Hilfen sind nicht schon deshalb unerlässlich, weil sie möglich sind.

Die komplizierte Frage nach der **Einwilligung des Patienten** stellt sich auf der Intensivstation noch einmal anders: zunächst (bei unaufschiebbaren Maßnahmen) handelt der Arzt (medizinische Indikation vorausgesetzt) mit einer „Geschäftsführung ohne Auftrag“, d.h. er geht davon zunächst aus, dass der Patient den Wunsch hat, maximale Hilfe zum Überleben zu bekommen, auch wenn nur geringe Chancen bestehen. Im weiteren Verlauf der Therapie ist nach dem erklärten oder nach dem aktuellen mutmaßlichen Willen zu verfahren.

Wie in den „Grundsätzen“ wird auch in den „Leitlinien“ betont, dass der „Verzicht auf aussichtslose lebensverlängernde Verfahren .. keineswegs das Ende der medizinischen Versorgung [bedeutet].“ Nun heißt es aber (eher im Sinne des „Entwurfs“ von 1997 als der „Grund-

¹⁶ H.W. OPDERBECKE UND W. WEISSAUER (1999), 94.

¹⁷ A.a.O., 95.

¹⁸ A.a.O.

sätze“ von 1998): „Vielmehr hat der Patient Anspruch auf weitere **ärztliche und pflegerische Betreuung** einschließlich **Ernährung und Flüssigkeitszufuhr auf natürlichem Weg**¹⁹. Zu dieser Grundversorgung gehören auch die Maßnahmen der **Palliativmedizin**, insbesondere die Schmerzbekämpfung, und die **persönliche Zuwendung**.“ Außerdem wird im Blick auf das, worauf nun verzichtet werden kann und das Unverzichtbare, die Unterscheidung zwischen „gewöhnlichen“ und „außergewöhnlichen“ Mitteln (*remedia ordinaria et extraordinaria*) eingeführt: verzichtbar sind als außergewöhnliche Mittel die spezifisch intensivmedizinischen Maßnahmen wie Reanimation, apparative Dauerbeatmung, Hämodialyse und parenterale²⁰ Ernährung.

2.2.2 Weitere Reaktionen

Die im Bundestag vertretenen Parteien und andere Organisationen haben sich mehrheitlich eher kritisch gegenüber der neuen Richtlinie der BÄK geäußert. Im Mittelpunkt der Kritik etwa des ehemaligen Justizministers E. SCHMIDT-JORZIG (FDP)²¹, steht dabei die Bedeutung, die dem „mutmaßlichen Willen“ des nicht (mehr) zustimmungsfähigen Patienten beigemessen wird. Die Deutsche Hospiz-Stiftung etwa spricht von einer „Tötung auf vermutetes Verlangen“. MdB H. HÜPPE (CDU) kritisierte vor allem die Option, auch bei Wach-Koma-Patienten unter bestimmten Bedingungen lebenserhaltende Maßnahmen einzustellen. Diese Bedingungen seien unklar: nach welchen Kriterien soll hier gehandelt werden? MdB W. WODARG (SPD) nennt ein solches Vorgehen bei Wach-Koma-Patienten „aktive Sterbehilfe“. In der kritischen Medizinzeitschrift „Mabuse“ spricht M. WUNDER von einer gefährlichen Grenzüberschreitung und titelt schlicht: „Sterbebegleitung für nicht Sterbende“.²² Dagegen haben VIZEPRÄSIDENT DR. H. BARTH (EKD) und BISCHOF K. LEHMANN (Bischöfskonferenz) die Richtlinie begrüßt, gerade wegen ihres Neins zur aktiven Sterbehilfe. Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahme sei nicht zu verwechseln mit dem vorsätzlich durch Handeln herbeigeführten Töten.²³ Der ehemalige Gesundheitsminister H. SEEHOFER (CSU) äußerte sich ähnlich.

¹⁹ A.a.O., 96 (Hervorhebung durch MH).

²⁰ A.a.O. Aus dem Hinweis auf *parenterale* Ernährung schließen wir, dass Ernährung *per PEG-Sonde* als natürliche Ernährung bzw. als *remedium ordinarium* verstanden werden soll.

²¹ Meldung in der FAZ 14.9.1998

²² M. WUNDER (1998), 26.

²³ B. SAUL (1998); ausführlicher: G. KLINKHAMMER (1998) B-1973.

3. Der Kontext der Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung in den 1990er Jahren

3.1 Die Entwicklung der Medizin und die Hoffnungen und Sorgen der Menschen

Es ist die **Janusköpfigkeit der modernen Medizin**, die unser Thema zu einem der meist diskutierten öffentlichen Themen gemacht hat. Der medizinische Fortschritt führt zwar einerseits dazu, dass heute mehr Menschen in kritischen Situationen medizinisch geholfen werden kann als je zuvor, und dass die allgemeine Lebenserwartung enorm gestiegen ist. Auf der anderen Seite treten Lebensverlängerung und Lebensqualität immer öfter auseinander. Besonders im Bereich der Intensivmedizin gelingt es heute, Menschen am Leben zu erhalten, die noch vor einer Generation nach kurzer Zeit verstorben wären. Die problematische Seite dieses Fortschritts wird deutlich, wenn EGGERT BELEITES von der zunehmenden „Manipulierbarkeit des Sterbeprozesses“²⁴ spricht. Es wird eben nicht nur manchem das Leben erhalten und mancher in sein gewohntes Leben zurückentlassen. Vielmehr setzt sich bei vielen Zeitgenossen eine diffuse Angst vor der „Apparatemedizin“ fest: mancher sorgt sich, ob er am Ende seiner Tage nicht für viel zu lange Zeit ohne Bewusstsein, nur von Geräten, am Leben erhalten wird, obwohl dieses Leben sich offenkundig erschöpft hat. Die Hoffnung, in einer schweren gesundheitlichen Krise werde **möglichst alles noch** für mich getan, wird konterkariert durch die Befürchtung, am Ende meines Lebens werde **noch alles Mögliche** mit mir getan, obwohl eine Rückkehr in ein Leben, das mir lebenswert war, unmöglich erscheint. Hinter dem Schlagwort von der „Apparatemedizin“ verbergen sich die Ängste vieler Menschen vor einer solchen Perspektive: man könne am Ende seiner Tage „an Schläuchen“, „bewusstlos vor sich hin vegetieren“, anstatt in Frieden „einschlafen“ zu dürfen.

Die **Sorge**, die viele Menschen bewegt, vor allem Patienten, aber auch die, die sich davor fürchten, Patienten zu werden, bringt der emeritierte Psychiater NORBERT MATUSSEK auf den Punkt. Er beschreibt, wie er als gläubiger Katholik im Krieg als Pilot in Lebensgefahr betete „Herr, in deine Hände befehle ich meinen Geist“. Und dann schildert er, was ihn heute, im Greisenalter bewegt: „Der liebe Gott wird mich, wenn ich todkrank bin, leider nicht davor beschützen können, nicht in seine Hände, sondern in die Hände einer hoch entwickelten Medizin zu gelangen, die mein Leben – im schlimmsten Fall um jeden Preis – verlängern wird, auch gegen meinen Willen. Aus diesem Grund möchte ich mein Lebensende lieber selbst in die Hand nehmen. Ich möchte auch meinen Kindern nicht zumuten, sich wochen- oder monatelang im Krankenhaus oder auf der Pflegestation eines Altenheims um mich zu kümmern.“²⁵

Das Problem wird auch von **Ärzten** erkannt, die die **Ambivalenz des Fortschritts** gerade im Angesicht des Sterbens erkennen. Die Nürnberger Onkologen WALTER GALLMEIER und HERBERT KAPPAUF beschreiben das systemimmanente Dilemma der Medizin: „Eine Medizin, deren Selbstverständnis es ist, Grenzen zu verschieben oder zu durchbrechen, wird Schwierigkeiten haben, nunmehr Grenzen anzuerkennen.“²⁶

So ist die Binnenperspektive gar nicht so sehr von der Außenwahrnehmung unterschieden: schon 1989 ergab eine **Befragung unter Krankenhausmitarbeitern**, dass 75% der Befrag-

²⁴ Zitiert bei M. BOBBERT UND M. H. WERNER (1997), 209.

²⁵ N. MATUSSEK: Den Becher gelassen leeren. In: SZ Nr. 71, 25./26.3.2000, VI.

²⁶ W. M. GALLMEIER und H. KAPPAUF: Wissen, Macht und Ohnmacht. In: SZ, Nr. 290, 15.12.1999, M20.

ten die Sterbebedingungen in Krankenhäusern für menschenunwürdig hielten, 72% meinten, nicht genug Zeit für die Begleitung von Sterbenden zu haben, 62% fanden, dass in hoffnungslosen Situationen zu viele lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen würden und immerhin 35% die Schmerzbekämpfung für unzureichend hielten.²⁷

In diesen Kontext gehören auch **Meinungsumfragen**²⁸, die eine Art kulturellen Konsenses im Umgang mit dem aus der Öffentlichkeit entfernten Tod verdeutlichen.

- Nach einer Studie der Deutschen Hospiz Stiftung (1996) wünschen sich 60% der Befragten einen unerwarteten, schnellen, kurzen und schmerzfreien Tod. Nur 17% der Frauen und 10% der Männer wollen vorbereitet, nicht allein, bewusst und begleitet ihr Leben beenden. Ein Viertel der Befragten hatte sich über das Sterben noch keine Gedanken gemacht. 41% meinen aber, in Deutschland sterbe man einsam, anonym und unwürdig.
- Nach anderen Studien möchten 90% der Deutschen zu Hause sterben; tatsächlich aber sterben 70% in Krankenhäusern, Heimen und ähnlichen Einrichtungen.
- Schließlich sprachen sich bei einer repräsentativen Umfrage der Deutschen Hospiz Stiftung (1997) 35% für Schmerztherapie am Lebensende aus, aber 42% für „aktive Sterbehilfe“, während 23% der Befragten ohne Meinung waren.
- Auch die Tatsache, dass 54% der Klinikärzte und 48% der niedergelassenen Ärzte (1998) aussagten, schon um „aktive Sterbehilfe“ gebeten worden zu sein, zeigt, „dass viele Patienten eine kürzere, aber höhere Lebensqualität einem längeren, aber ärmeren Leben vorziehen.“²⁹
- Eine Umfrage der Zeitschrift „Die Woche“ vom 8. Dezember 2000 verstärkt diesen Eindruck: 64% der Deutschen (62% West, 70% Ost) sind für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland, 29% (30% West, 21% Ost) sind dagegen. 62% der Befragten würden ihr Leben durch aktive Sterbehilfe beenden lassen, wenn sie unheilbar krank wären (24% verneinen dies).³⁰

Selten bedacht wird in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass gesellschaftliche Umwälzungen sich gerade im Verhältnis zum eigenen Sterben massiv auswirken können: da immer mehr (gerade alte) Menschen in Ein-Personen-Haushalten leben, fürchten sie, ihre letzte Lebensphase verlassen und hilflos zubringen zu müssen. Für sie gibt es in der Regel nicht mehr die Möglichkeit, im Kreis einer Familie leben zu können, dort gepflegt und bis zum Ende begleitet zu werden. Diese Ausgangslage trägt mit dazu bei, die Angst vor der letzten Wegstrecke zu verstärken und nach Auswegen zu suchen. Als ein solcher Ausweg erscheint manchem die Hilfe bei der (selbstbestimmten) Herbeiführung des eigenen Todes.

²⁷ Deutsches Ärzteblatt 1989, B-1918.

²⁸ Alle Zahlen in diesem Abschnitt zitiert nach: H. BROCKMANN (1998), 203-205.

²⁹ A.a.O., 205.

³⁰ Die Woche, Nr. 50, 8.12.2000, 4.

Geradezu als Gegengift gegen Fehlentwicklungen in der modernen Medizin versteht sich die „**Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben**“ (DGHS) mit ihrer Forderung nach einem Recht auf einen selbstbestimmten Umgang des Menschen mit seinem Sterben.³¹

³¹ Vgl. S. ARNOLD (1993). Zwischenzeitlich ist die DGHS durch das Verhalten ihres Vorsitzenden H.H. ATROTT und spektakuläre Sterbehilfebeispiele ins Gerede gekommen, versucht aber, sich wieder als seriöse Institution darzustellen.

3.2 Die philosophische Debatte über die praktische Ethik

Die Debatte über die Euthanasie wird in unseren Tagen insbesondere durch die Beiträge des australischen Ethikers PETER SINGER³³ geprägt. SINGER vertritt eine konsequentialistische Ethik und ist der führende Vertreter des **Präferenzutilitarismus**.³⁴ SINGERS jüngstes Buch „Leben und Tod“ (Erlangen 1998) zeigt in aller Klarheit die Konfliktpotenziale auf, die durch die ethischen Fragen um Anfang und Ende des menschlichen Lebens aufgetaucht sind. SINGER vermag den weiteren Horizont unseres Themas aufzuweisen:

- Es geht **erstens** um die **Frage, ob die „alte“, durch das Christentum geprägte Ethik sich erschöpft hat und abgelöst wird durch eine neue Ethik**, die besser geeignet ist, die Fragen um Anfang und Ende des menschlichen Lebens adäquat, und das heißt nicht zuletzt praktikabel zu lösen: „Die traditionelle abendländische Ethik ...ist.. zusammengebrochen.“³⁵ Damit meint SINGER eine Ethik, die vom „intrinsischen Wert allen menschlichen Lebens ohne Rücksicht auf Art oder Qualität“³⁶ ausgeht. Die zentrale Kritik gilt dabei den religiösen Wurzeln einer solchen Ethik.³⁷ SINGERS Buch ist ein einziger Versuch, diesen Zusammenbruch zu belegen und die sinnlosen Versuche zu entlarven, eine Ethik der „Heiligkeit des Lebens“ zu retten. In allen Einzelfragen zeigt sich dabei für SINGER, dass die Vertreter einer Ethik, die von der Heiligkeit des Lebens ausgeht, zu immer fragwürdigeren Kompromissen gezwungen sind, weil sich immer klarer die Untauglichkeit einer solchen Ethik zeigt. **Die alte Ethik kann die modernen bioethischen Fragen nicht mehr beantworten, ohne sich in heillosen Widersprüchen zu verlieren.** SINGER buchstabiert dies an zahlreichen Beispielen durch. Hier soll eines genügen. Die traditionelle Ethik muss z.B. einerseits behaupten, dass das Leben eines jeden, noch so geschädigten Neugeborenen gleich wertvoll sei und zu erhalten um seiner selbst willen.³⁸ Ein Kind mit Down Syndrom und zusätzlicher Ösophagusatresie³⁹ nicht zu behandeln, wäre darum undenkbar. Andererseits meinen auch Vertreter der „alten“ Ethik, man müsse nicht jedes neugeborene Kind um jeden Preis am Leben erhalten und nennen z.B. Anenzephalie⁴⁰, Zerstörung der Hirnrinde durch massive Hirnblutungen und das Fehlen eines größeren Teils des Verdauungstraktes. Das aber nennt SINGER **ein uneingestandenes Lebenswerturteil**.⁴¹

³² Beide Zitate finden sich bei V. EID (1985), 15+17.

³³ Zu der äußerst heftig geführten öffentlichen Debatte mit und öfter ohne PETER SINGER vgl. A. NOGRADHÄCKER (1994), R. HEGSELMANN und R. MERKEL (1991) und jüngst C. ROSE (2000).

³⁴ SINGER hat seine Überzeugungen ausführlich in seiner „Praktischen Ethik“ entfaltet (Stuttgart² 1994). Dem Utilitarismus geht es um die Maximierung des möglichen Glücks möglichst vieler Wesen. Dreh- und Angelpunkt dieses ethischen Ansatzes ist dabei die Frage, ob Wesen ein Interesse haben und äußern können, Lust zu empfinden und Schmerz zu vermeiden bzw. überhaupt weiterzuleben. Vgl. PETER SINGER (1994), 85.

³⁵ P. SINGER (1998), 7.

³⁶ A.a.O., 9.

³⁷ Vgl. z.B. a.a.O., 222. Vgl. auch P. SINGER (1994), 223f.

³⁸ P. SINGER (1998), 110-134.

³⁹ Bei der **Ösophagusatresie** handelt es sich um eine Fehlbildung der Speiseröhre, die zur Folge hat, dass Nahrung, die durch den Mund zugeführt wird, nicht in den Magen gelangen kann. Diese Fehlbildung kann mit guten Aussichten operativ korrigiert werden.

⁴⁰ Bei der **Anenzephalie** handelt es sich um eine Fehlbildung des Gehirns in unterschiedlichem Ausmaß. In der Regel fehlen die Großhirnrinde; ein mehr oder weniger gut funktionierendes Stammhirn ist vorhanden. Anenzephalie Kinder sterben in der Regel kurz nach der Geburt; nur in sehr wenigen Fällen wurde das Leben dieser Kinder über einen längeren, etwa Monate währenden Zeitraum verlängert (z.B. bei „Baby K“). Vgl. SINGER, a.a.O., 45.

⁴¹ A.a.O., 110-118.

- Es geht **zweitens** um die **Einsicht, dass die Problematik der Sterbehilfe nicht zu trennen ist von anderen ebenso drängenden bioethischen Fragestellungen**: SINGER weist nach, wie die einzelnen Probleme miteinander verflochten sind und auf identische Kernfragen reduziert werden können. Er zeigt, wie die Fragen nach der Weiterbehandlung schwerstgeschädigter Neugeborener, nach dem Umgang mit Menschen im permanenten vegetativen Zustand, nach der Fortsetzung von Schwangerschaften hirntoter Mütter, nach der Legitimität von Organspenden durch anenzephalie Neugeborene oder nach der Legalisierung des assistierten Suizids zusammenhängen und auf wenige, immer gleiche **Kernfragen** verweisen. Dabei geht es z.B. um die Frage, ob wirklich jedes menschliche Leben ein uneingeschränktes Lebensrecht hat und ob es darum wirklich moralisch verwerflich ist, ein menschliches Leben unter bestimmten, präzise definierten Bedingungen, auch aktiv zu beenden. SINGER führt dies am Fall „TONY BLAND“ vor, einem jungen Mann, der 1989 bei einem Unfall im Fußballstadion schwer verletzt wurde und schließlich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit fiel.⁴² Dank der Möglichkeiten der Intensivmedizin konnte sein Leben erhalten werden, aber, wie es hieß, ohne Aussicht auf Rückkehr in ein bewusstes und kommunikatives Leben. BLAND atmete und verdaute selbständig, wurde aber mit Hilfe einer Magensonde mehr als drei Jahre lang ernährt. TONY BLANDS Familie und die behandelnden Ärzte erwirkten in mehreren Gerichtsprozessen (bis hin zum höchsten englischen Gericht, dem House of Lords) das Recht, dem Patienten die künstliche Ernährung zu entziehen und damit sein in ihrer Sicht sinnloses Leben zu einem Ende kommen zu lassen. Die Richter argumentierten, dass der Entzug der künstlichen Ernährung legitim sei, weil diese eine medizinische Behandlung darstelle, die nicht länger im besten Interesse des Patienten sei, da sie „futile“, also wirkungs- und nutzlos sei. Wirkungs- und nutzlos sei diese Behandlung aber, weil die Ärzte das Leben TONY BLANDS in seinem derzeitigen Zustand nicht mehr als sinnvoll („not as a benefit“) ansahen. BLAND starb am 3.3.1993. SINGER macht an diesem Beispiel seine Auffassung deutlich, dass wir ohne **Urteile über die Lebensqualität** nicht mehr auskommen, und **dass diese Urteile ein Handeln nach sich ziehen**. Er bestreitet, dass es dabei noch einen Unterschied bedeutet, TONY BLAND mit einer Spritze zu töten oder ihm die Nahrung zu entziehen. Damit stellt er den Unterschied zwischen „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe ebenso in Frage wie den zwischen Tun und Unterlassen einer lebensnotwendigen Behandlung. In jedem Fall sei es doch die – von den Lords zugestandene - Absicht gewesen, den Tod von TONY BLAND herbeizuführen.⁴³

- Es geht **drittens** um SINGERS eigene Position in dieser Frage. Er macht diese z.B. am Dilemma der Abtreibungsdebatte deutlich.⁴⁴ Er kann mit den Lebensschutzgruppen in einer nur auf den ersten Blick überraschenden Einmütigkeit auf die Inkonsequenz hinweisen, mit der unsere Gesetze Embryonen schützen, während sie Föten diesen unbedingten Lebensschutz nicht gewähren, oder mit der auf neonatologischen Intensivstationen um das Leben eines behinderten Frühgeborenen gerungen wird, während gleichsam nebenan auf der gynäkologischen Station ein behindertes Kind noch in der 25. Schwangerschaftswoche abgetrieben wird. Nur sind seine Konsequenzen natürlich völlig andere. Wenn es falsch ist, ein unschuldiges menschliches Leben zu beenden, und wenn ein Embryo oder Fötus ein unschuldiges, menschliches und lebendiges Wesen ist, dann – so SINGER – ist es moralisch falsch, das Leben eines Embryos oder Fötus zu beenden. Anders als die Vertreter einer liberalen Abtreibungspolitik attack-

⁴² A.a.O., 61-84.

⁴³ Zur kontroversen Debatte über den Fall TONY BLAND vgl. auch J. KEOWN (1993), 34-37.

⁴⁴ P. SINGER (1998), 87-109.

kiert SINGER nicht den zweiten, sondern den ersten Begründungsversuch: **er hält es nicht für in jedem Fall moralisch falsch, menschliches Leben zu beenden.**

Das wiederum hängt zum einen mit seinem Begriff von **Personalität** zusammen:⁴⁵ nicht jeder Mensch ist auch Person. Eine Person hat andere Lebensrechte als ein anderes, bloß menschliches Wesen. Personalität hängt für SINGER an bestimmten **Eigenschaften**. SINGER nennt dabei vor allem „Bewusstsein, die Fähigkeit zu körperlicher, sozialer und geistiger Interaktion mit anderen, das Vorhandensein bewusster Präferenzen für das Weiterleben und das Vorliegen angenehmer Erfahrungen.“⁴⁶ **Menschliche Wesen ohne diese Eigenschaften** (Embryonen wie Föten, Neugeborene, aber auch Alzheimer-Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung sowie Menschen im permanenten vegetativen Status) **können kein Interesse an ihrem Weiterleben haben bzw. äußern und darum geschieht ihnen auch kein Unrecht, wenn man ihnen ein Lebensrecht bestreitet und ihr Leben, ohne ihnen unnötigen Schmerz zuzufügen, beendet.**

SINGERS Angriff auf das uneingeschränkte Lebensrecht hängt aber zum anderen auch mit seinem **präferenzutilitaristischen Ansatz** zusammen: in der „Praktischen Ethik“ beschreibt er den Fall eines Ehepaars, das sich zwei gesunde Kinder wünscht, nun aber einen Jungen bekommt, der an Hämophilie⁴⁷ leidet. Obwohl SINGER zugibt, dass die meisten Menschen mit ihrer Hämophilie ganz gut leben können, argumentiert er für einen Infantizid in diesem Fall: das behinderte Kind könnte die Eltern abschrecken, ein zweites Kind zu bekommen. Dem möglichen gelingenden Leben des behinderten Kindes steht also der Lebensplan der Eltern gegenüber. SINGER fragt nach der **Maximierung des Glücks** und argumentiert: „Sofern der Tod eines behinderten Säuglings zur Geburt eines Säuglings mit besseren Aussichten auf ein glückliches Leben führt, dann ist die Gesamtsumme des Glücks größer, wenn der behinderte Säugling getötet wird.“⁴⁸

Dass nicht nur SINGER so argumentiert, zeigt ein Syllogismus des Bioethikers JAMES RACHELS: „(1) The act is morally good when it serves increase a sum of happiness in the world or if it reduces a sum of sufferings. (2) Killing on his/her own request the hopelessly sick patient, who is suffering from a great pain, is reducing a sum of sufferings in the world. (3) Therefore, this act is morally good.“⁴⁹

In Deutschland führte schon die Ankündigung von Veranstaltungen mit PETER SINGER zu heftigen Protesten. Lebenshilfe e.V., Grüne und katholische Kirche versuchten in ungewöhnlicher Eintracht Auftritte des australischen Philosophen zu verhindern.⁵⁰ Dabei spielt das Gedächtnis der nationalsozialistischen Verbrechen⁵¹ eine große Rolle, vor allem der durch HITLERS Euthanasie-Erlass vom 1.9.1939 ausgelöste Mord qua „Euthanasie“ an mehr als 70.000 Menschen, die als schwer behindert und unheilbar krank bezeichnet und ausgesondert wurden. SINGERS Kritiker verweisen darauf, dass zur Genese dieser Variante nationalsozialistischer Verbrechen auch Arbeiten von Wissenschaftlern wie dem Juristen KARL BINDING und dem Psychiater ALFRED HOCHERL gehören: „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Le-

⁴⁵ A.a.O., 181-185 und 192-194 sowie 219f.

⁴⁶ A.a.O., 192.

⁴⁷ **Hämophilie** ist besser unter dem Begriff „Bluterkrankheit“ bekannt.

⁴⁸ P. SINGER (1994), 238.

⁴⁹ J. RACHELS (1986), 154f.

⁵⁰ Darüber berichtet u.a. R. MERKEL (1989), 13f. Er zitiert auch den Oxford-Moralphilosophen RICHARD M. HARE, der die Verweigerung der Auseinandersetzung mit Singer seinerseits kritisiert: die Diskussionsverhinderer übersähen, dass in ihren Umgangsformen derselbe Teufel stecke, den sie so eifrig bekämpften. Ähnlich: H. SCHUH (1989).

⁵¹ Zusammenfassung der nationalsozialistischen Euthanasie bei U. EIBACH (1998), 19-23.

bens“ (1920). Aus Mitleid empfahlen BINDING und HOCHÉ, die straffreie Erlösungstat zu ermöglichen für schwerstkranke und sterbewillige Menschen, für Bewusstlose, die nur noch zu „namenlosem Elend“ erwachen könnten und für „unheilbar Blödsinnige“. Kommt bei der ersten Gruppe das Urteil noch von innen („Ich will nicht mehr leben!“), so kommt es bei der zweiten und dritten von außen („Die sollten nicht mehr leben!“). Die Grenzen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung werden also fließend. Aus dem vorgeblichen Mitleid wird offene Verachtung, wenn dann von „nutzlosen Essern“, „leeren Menschenhülsen“ und „Ballastexistenzen“ die Rede ist.⁵²

Allerdings hat sich SINGER wiederholt von den Verbrechen der Nationalsozialisten distanziert; sein Denken speist sich aus einer ganz anderen, säkularen und liberalen Tradition. Das Prinzip der gleichen Berücksichtigung der Interessen aller wendet sich ausdrücklich gegen Rassismus, Sexismus und Speziesismus und ist mit nationalsozialistischem Denken nicht kompatibel.⁵³

Dennoch muss es erlaubt sein zu fragen, wie ein Denken zu qualifizieren ist, das selbst zwar keineswegs faschistisch genannt werden kann, aber durch seine Lebenswerturteile das Leben menschlicher Wesen ebenso gefährden kann wie diejenige, die unter der Fahne des Mitleids antraten und bei der Vernichtung von Menschen endeten.

Damit dürfte deutlich sein, vor welchen Herausforderungen die ethische Debatte steht. Sie muss sich der Kritik SINGERS stellen, und d.h.: sie muss **erstens** nachweisen, dass sie in der Lage ist, die durch die moderne Medizin neu gestellten ethischen **Fragen adäquat und handlungsorientiert** zu **beantworten**, ja, vielleicht sogar besser, das Leben förderlicher gestaltend beantworten kann. Der Rückzug auf alte Rechte und Tradition allein („das christliche Abendland“) genügt nicht. Sie muss **zweitens** klären, wie sie mit der Lage von Menschen umzugehen gedenkt, die etwa im permanenten vegetativen Zustand existieren, wie sie **ohne Lebenswerturteile auskommen** und doch **zu humanen Lösungen kommen** kann. Und sie muss **drittens** in den Streit um den Begriff der **Menschen- und Personwürde** eintreten und gute Gründe für den **Sinn des unbedingten Tötungsverbotes** vortragen.

Das alles muss sie leisten vor dem Hintergrund einer zunehmenden Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe einerseits und einer abnehmenden Plausibilität christlich-abendländischer Denkweisen andererseits. Darum geht es in den nächsten beiden Abschnitten.

⁵² KARL BINDING und ALFRED HOCHÉ (1920), z.B. 55. Ausführlich berichtet M. WUNDER (1999), 58, über die Positionen von BINDUNG und HOCHÉ.

⁵³ So SINGER in einem Interview mit G. MEGGLE und C. FEHIGE von der Universität des Saarlandes, abgedruckt bei H. SCHUH (1989), 77.

3.3 Die niederländische Politik der Duldung aktiver Sterbehilfe

Zu den gemäßigten Befürwortern der Beihilfe zum Suizid gehört der eingangs bereits erwähnte Psychiater NORBERT MATUSSEK. Er vergleicht die Situation schwerstkranker Patienten mit der Schwangerenkonfliktberatung und schlägt „Konfliktberatungsstellen für Todkranke“ vor, in denen erfahrene Ärzte, auch Psychiater, sterbenskranken Menschen zur Seite stehen, den einen die ersehnte Hilfe zum Weiterleben geben, die anderen – z.B. psychisch kranken Menschen – vor dem Freitod bewahren und denen, die zum Suizid entschlossen sind, „fachgerechte Hilfe“ leisten.⁵⁴

Solche Vorschläge berufen sich häufig auf die Praxis in den Niederlanden, die sich in der Tat deutlich von dem in Deutschland Erlaubten unterscheidet.⁵⁵ Auch in den Niederlanden sind **Euthanasie**⁵⁶ und ärztlich **assistierter Suizid**⁵⁷ **nicht legal**. Allerdings wird unter bestimmten Bedingungen von der Strafverfolgung abgesehen. Der niederländische Ethiker BERT GORDIJN⁵⁸ führt dies auf eine typisch niederländische Mentalität zurück, die radikale Positionen meidet und in Streitfragen stets Kompromisse sucht. Die Niederlande seien einerseits durch den strengen Calvinismus, andererseits durch den liberalen Handel geprägt: der Konflikt zwischen beidem werde traditionellerweise durch eine Politik der **Duldung** („gedogen“) gelöst: man hält am strengen Grundsatz fest, beschreibt aber präzise die Bedingungen und Verfahrensweisen, unter denen Zuwiderhandlungen nicht bestraft werden. So versucht man, ein größeres Übel (in diesem Fall: eine unkontrollierte Euthanasie-Praxis) durch Duldung eines kleineren Übels (in diesem Fall: eine Duldung der Euthanasie unter strengen Voraussetzungen) zu verhindern.

Außerdem ist zu bedenken, dass in den Niederlanden seit langem über eine liberalere Euthanasieregelung nachgedacht wurde.

- Die Ärztin GEERTRUIDA POSTMA hatte 1971 in Leeuwarden das Leben ihrer schwerpflegebedürftigen, bereits im Sterben liegenden Mutter auf deren Bitte hin mit einer Morphiumspritze beendet. Ihr wurde der Prozess wegen „Tötung aus Mitleid“ gemacht, aber verurteilt wurde sie nur zu einer symbolischen Haft von einer Woche (auf Bewährung).⁵⁹
- Die Königliche Niederländische Ärztevereinigung nahm daraufhin eine immer liberalere Auffassung zur Euthanasie ein. Zunächst (1973) bediente man sich des Begriffs der **Pflichtenkollision**. Der Arzt soll einerseits das Leben des Patienten erhalten, andererseits ihn aus unerträglichem Leiden erlösen. Euthanasie als „aktive Sterbehilfe“ auf ausdrückliches, andauerndes Bitten eines gutunterrichteten Patienten hin blieb darum zwar illegal, sollte aber nicht strafrechtlich verfolgt werden, wenn der Arzt nachweisen konnte, dass der Zustand seines Patienten unerträglich war, keine Aussicht

⁵⁴ N. MATUSSEK, a.a.O.

⁵⁵ Der Kölner Psychiater FRIEDRICH LEIDINGER spricht davon, dass von den Niederlanden ein erheblicher Druck ausgeht, der die deutsche Debatte beeinflusst. So zitiert bei M. KELLER (1996) 12.

⁵⁶ Der in Deutschland geschichtlich belastete und dadurch nicht gebräuchliche Begriff „Euthanasie“ wird in den Niederlanden problemlos verwandt und darum hier für die niederländische Diskussion rezipiert.

⁵⁷ §§ 293f. StGB der Niederlande

⁵⁸ B. GORDIJN (1998), 13-18+24f.

⁵⁹ P. SINGER (1998), 146. Vgl. J. FLINTROP (2000), 83.

auf Besserung bestand und das Leiden des Patienten nicht anders gelindert werden konnte.⁶⁰

- Die **Rommelink-Kommission** untersuchte 1990/91 im Auftrag des Parlamentes die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden. Daraufhin beschloss das Parlament 1994⁶¹ die sogenannte „**Meldeprozedur-Euthanasie**“.⁶² Immer noch blieb die Tötung aus Mitleid verboten. Allerdings wurde ein Verfahren entwickelt, das **Ärzte vor der Strafverfolgung schützen** sollte, wenn sie bestimmte **Sorgfaltspflichten** einhielten. Die Staatsanwaltschaft kann demnach von Strafverfolgung absehen, wenn (1) ein Arzt die Euthanasie oder Hilfe zum Suizid geleistet hat, (2) der Patient gut informiert, freiwillig und beständig um Euthanasie bzw. Hilfe zum Suizid gebeten hat, (3) der Zustand des Patienten qualvoll ist und seine Aussichten auf Besserung erschöpft sind bzw. (4) keine anderen Mittel zur Linderung mehr zur Verfügung stehen und schließlich (5) der Arzt die Meinung eines unabhängigen Kollegen eingeholt hat und (6) das ganze Verfahren dokumentiert und dem öffentlichen Leichenbeschauer gemeldet hat.⁶³ Es wird in den Richtlinien ausdrücklich von der Forderung abgesehen, dass sich der Patient bereits in der Sterbephase befinden muss.⁶⁴

-

- 1998 wurde eine **Kommission** aus Ethikern, Juristen und Medizinern zwischen Leichenbeschauer und Staatsanwaltschaft eingeschaltet, deren Einschätzung für die Entscheidung des Staatsanwalts von großem Gewicht ist.⁶⁵

- Eine empirische Studie (VAN DER WAL und VAN DER MAAS⁶⁶) hat 1995/96 das Ausmaß der „Meldeprozedur-Euthanasie“ aufgezeigt: es ist deutlich höher als zum Zeitpunkt der Studie der Rommelink-Kommission 1990. 1995 starben in den Niederlanden 135.500 Menschen. Die Autoren geben von folgender Einschätzung der Lage aus: In ca. 9.700 Fällen gab es eine Bitte des Patienten um Euthanasie (7,1%). In ca. **3.200 Fällen** (1990: 2.300) wurde **Euthanasie** (2,4%), in ca. **400 Fällen** (0,3%, 1990: 400) **Beihilfe zum Suizid** geleistet. In ca. **900 Fällen** (1990: 1.000) wurde **Euthanasie** geleistet, **ohne dass ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten vorlag**. Diese Zahl ist stabil: auch 1999 kommt es zu 913 Fällen nicht-freiwilliger Euthanasie.⁶⁷ Hinzu kommen 20.000 Fälle (1990: 22.500), in denen die Schmerz- und Symptombehandlung intensiviert wurde – und zwar mit der Absicht (2.000 oder 1,5%) bzw. Nebenabsicht (2.850 oder 2,1%), damit das Lebensende zu beschleunigen. Schließlich wurde in 27.500 Fällen (1990: 22.500) eine Behandlung abgebrochen bzw. gar nicht erst eingeleitet, wobei in 14.200 Fällen die ausdrückliche Absicht bestand, auf diese Weise

⁶⁰ P. SINGER, a.a.O., 146f.

⁶¹ Gesetz vom 1.6.1994.

⁶² B. GORDIJN (1998), 21. Der Begriff ist insofern missverständlich, als dass nicht nur die aktive Sterbehilfe unter diesem Begriff erfasst wird, sondern auch der ärztlich assistierte Suizid und die Tötung ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten.

⁶³ B. GORDIJN a.a.O., 22f.

⁶⁴ Zitiert nach H. SCHMOLL (1999), 14: „Die Kernfrage lautet in der Tat nicht, ob man auf jeden Fall von einer Sterbephase sprechen muss, sondern ob eine Situation vorhanden ist, in welcher der Patient freiwillig und wohlüberlegt sein stetes Verlangen nach dem Tod zu erkennen gibt, und der Arzt erkennt, dass der Patient unerträglich und auch nach dem Stande der Wissenschaft ohne Aussicht auf eine Änderung dieses Zustandes leidet.“

⁶⁵ J. FLINTROP (2000), 84.

⁶⁶ Vgl. P. VAN DER MAAS U.A. (1991) und P. VAN DER MAAS, G. VAN DER WAL U.A. (1996).

⁶⁷ G. KLINKHAMMER (2000), 2233.

das Lebensende zu beschleunigen.⁶⁸ Verändert hat sich jedenfalls die Bereitschaft der Ärzte, Fälle von Euthanasie zu melden: dass aber die Zahl der Meldungen von 18% (1990) auf 45% (1995) gestiegen ist, bedeutet auch, dass **über 50% der Fälle nicht gemeldet** werden.⁶⁹

- Seit dem Sommer 1999 arbeitete das niederländische Parlament an weiterreichenden Gesetzen, die eine weitere Liberalisierung in der Regelung der Euthanasie zum Gegenstand haben werden. Das am 28.11.2000 beschlossene Gesetz gleicht dabei dem Verfahren von 1994/98 weitgehend. Allerdings ist nun durch ein Gesetz geregelt, was zuvor nur eine Verwaltungsvorschrift für das Bestattungswesen war. Material neu ist, dass nicht mehr in *jedem* Fall die Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden muss. Die o.a. Kommission kann auf den Weg zum Staatsanwalt bereits verzichten.⁷⁰ Neu ist die Regelung für Kinder und Jugendliche: mit zwölf bis sechzehn Jahren können sie *mit* Zustimmung der Erziehungsberechtigten, ab sechzehn Jahren auch *ohne* deren Zustimmung um Euthanasie bitten.⁷¹ Außerdem wird bei Euthanasie von dementen Patienten auf Strafverfolgung verzichtet, wenn diese noch bei vollem Bewusstsein eine Euthanasieerklärung unterschrieben hatten.⁷²⁺⁷³

Die Besonderheit der niederländischen Situation wird an einer Äußerung von JAAP VISSER vom Niederländischen Gesundheitsministerium deutlich: „Aktive und passive Sterbehilfe werden von der niederländischen Bevölkerung als **normales medizinisches Handeln** betrachtet.“⁷⁴

Die liberale Euthanasie-Politik wirkt sich auch auf die Palliativmedizin in den Niederlanden aus. Nach der Definition der WHO ist Palliativmedizin „the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best possible quality of life for patients and their families.“⁷⁵ Neben der totalen Pflege wird besonders die Haltung gegenüber dem Sterbeprozess zu den Charakteristika der Palliativmedizin zu zählen sein: „Man unternimmt einerseits ... nichts, was den Patienten künstlich und unnötig am Leben erhalten würde, vielmehr akzeptiert man seinen doch unvermeidlichen Tod. Dies impliziert, dass viele medizinische Behandlungen ihren Sinn verlieren und daher eingestellt werden. ... In der Palliativmedizin wird andererseits auch nichts unternommen, um das Leben des Patienten bewusst zu verkürzen“⁷⁶: „Palliative care ... neither hastens nor postpones death.“⁷⁷ Die junge, noch nicht besonders gut ausgebaute **nie-**

⁶⁸ Die Zahlen finden sich u.a. bei J. FLINTROP, a.a.O.

⁶⁹ J.J.F. VISSER (1998), 284. A. FINZEN (2000), 52 stellt fest: „Zwei Drittel der Euthanasiefälle aus den Jahren 1990 bis 1995 wurden nicht gemeldet. Die wirkliche Zahl der Euthanasietodesfälle in den Niederlanden ist somit nicht bekannt.“

⁷⁰ R. LEICHT (2000), 14: „Nach wie vor sind in den Niederlanden die ‚aktive Sterbehilfe‘ und die ‚Beihilfe zum Freitod‘ grundsätzlich strafbar. [...] Nach der neuen Regelung kann nämlich schon der Prüfungsausschuss (mindestens ein Jurist, ein Arzt, ein Ethiker) ein letztes Wort sprechen; ist er mit dem Vorgehen des Arztes einverstanden, schließt er nicht nur die Akten, sondern gibt auch keine Meldung mehr an den Staatsanwalt. Causa finita.“

⁷¹ Die Erziehungsberechtigten müssen allerdings auch bei Jugendlichen ab sechzehn Jahren in die Beschlussfassung einbezogen werden.

⁷² J. FLINTROP, a.a.O.

⁷³ G. KLINKHAMMER (2000), C 2233.

⁷⁴ J. FLINTROP, a.a.O. (Hervorhebung durch MH). Ähnlich: H. SCHMOLL (1999), 14.

⁷⁵ WHO (1990).

⁷⁶ R. JANSSENS UND B. GORDIJN (1998), 432.

⁷⁷ WHO, a.a.O.

derländische Palliativmedizin definiert sich nahezu gleichlautend – mit einem schwerwiegenden Unterschied: sie äußert sich nicht zur Beschleunigung des Todes und **schließt** damit **Euthanasie nicht** expressis verbis aus.⁷⁸ 1996 äußerte der niederländische Gesundheitsminister dementsprechend die Auffassung, dass Euthanasie ein würdiges Ende guter Palliativmedizin ausmachen kann.⁷⁹ Zwar meint man in den Niederlanden, durch eine bessere palliativmedizinische Versorgung etliche Euthanasie-Fälle verhindern zu können, will aber nicht davon abrücken, dass immer wieder „Euthanasie die einzig menschenwürdige Lösung“⁸⁰ darstellen werde.

Widerstand gegen die gesetzlichen Regelungen kam (neben dem kleineren Ärzteverband NAV) im wesentlichen von den katholischen Bischöfen⁸¹, die ihrer Sorge Ausdruck verleihen, dass zwar formal die Strafbarkeit der Euthanasie erhalten blieb, de facto aber die von der Bevölkerung erwünschte⁸² Zulassung der aktiven Lebensbeendigung obsiegen und Strafvorfälle nicht mehr stattfinden werde.⁸³

Besonders heftig debattiert werden dabei auch in den Niederlanden die Ausdehnungen der Euthanasiepraxis:

- Etwa die 900 Fälle 1995, in denen **ohne ausdrücklichen Wunsch Euthanasie** geleistet wurde, z.B. bei Alzheimer-Patienten, die in besseren Tagen den Wunsch äußerten, im Endstadium der Krankheit durch Euthanasie erlöst zu werden, aber auch bei Menschen, die sich selbst gar nicht geäußert haben, sondern auf das Urteil anderer hin Euthanasie erleiden.⁸⁴
- Die Fälle von **schwerstbehinderten Neugeborenen**, deren Eltern um Euthanasie für ihr Kind baten.
- Die Fälle von Euthanasie bei **psychisch kranken Menschen**: Besonderes Aufsehen erregte der Fall des Psychiaters BOUDEWIJN CHABOT, der einer an Depressionen erkrankten Frau das Gift zum Suizid besorgte, und den der Hoge Raad freisprach. „Seit diesem Urteil des höchsten Gerichts steht fest, dass holländische Ärzte grundsätzlich auch psychisch kranke Menschen töten können.“⁸⁵

Allerdings ist die Grenze zwischen assistiertem Suizid und Euthanasie oft schwer auszumachen. Das zeigt sich in einer Studie von JOHANNA H. GROENEWOUD ET. AL., die über die Komplikationen bei Euthanasie und assistiertem Suizid in den Niederlanden berichtet (z.B. Übelkeit und Erbrechen nach Einnahme von Medikamenten, Nichteintreten der Bewusstlo-

⁷⁸ R. JANSSENS UND B. GORDIJN (1998), 433.

⁷⁹ A.a.O., 434.

⁸⁰ A.a.O., 435.

⁸¹ Die großen protestantischen Kirchen befürworteten dagegen die niederländische Euthanasie-Politik, so K. HAASNOOT vom Niederländischen Ärzteverband NAV (1996), 1.

⁸² Nach Meinungsumfragen sind 80% der Bevölkerung der Niederlande Befürworter der Euthanasie. So H. SCHMOLL (1999), 14.

⁸³ JOHN BACKBIER UND JOEP MOURITS (1994), 128.

⁸⁴ Beispiele berichtet z.B. E. WEHRMANN (1997), 69. Dabei ist zu beachten, dass anders als bei der freiwilligen Euthanasie in diesen Fällen zu 65% nicht muskelentspannende Mittel, sondern Morphium gespritzt wurde, und dass die vermutete Lebenserwartung der betroffenen Menschen in 33% mit weniger als 24 Stunden und in 58% mit einer Zeitspanne von einem bis zu sieben Tagen angegeben wurde.

⁸⁵ M. KELLER (1996), 12.

sigkeit oder zu lange Intervalle zwischen Medikation und Eintritt des Todes). In 21% der untersuchten Fälle von ärztlich assistiertem Suizid musste auf Grund von Problemen im Vollzug der Arzt aktive Hilfestellung beim Einnehmen der tödlichen Medikation leisten.⁸⁶

Allerdings stehen die Niederlande nicht allein. **Andere Länder sind** inzwischen mit ähnlichen (wenn auch bislang nicht so weitreichenden) Regelungen **gefolgt**, etwa der Bundesstaat Oregon (USA) im Jahr 1997. Dort wurde mit "The Oregon Death with Dignity Act" unter strengen Verfahrensrichtlinien der ärztlich assistierte Suizid legalisiert.⁸⁷ Die Debatte wird ähnlich heftig und durch Euthanasie-Lobbyisten gestützt auch in vielen anderen Ländern, u.a. in Belgien, in Frankreich⁸⁸, in Australien⁸⁹, in der Schweiz⁹⁰ und in weiteren Bundesstaaten der USA⁹¹ geführt.⁹²

⁸⁶ JOHANNA H. GROENEWOLD ET. AL. (2000). 555.

⁸⁷ Eine erste Evaluation der Konsequenzen nach 2 Jahren bieten L. GANZINI et al. (2000).

HANS-MARTIN SASS (1998), 48f., weist auf die beiden Argumentationsstränge hin, die in der amerikanischen Debatte von Befürwortern des ärztlich assistierten Suizids und auch der Tötung auf Verlangen vorgetragen werden:

- zum einen das „**liberty interest**“, demzufolge es dem Staat nicht zusteht, einen Menschen an seinem Lebensende durch medizinische Behandlung am Sterben zu hindern, anstatt ihm zu helfen, seinen Entschluss zum Freitod umzusetzen,
- zum anderen die „**equal protection**“, die gleiche Rechte für alle Bürger verlangt und schwerstkranke oder behinderte Menschen im Nachteil gegenüber andern sieht, die ihren Plan zum Suizid selbständig realisieren können.

⁸⁸ Z.B. vertreten durch den Mitbegründer von „Ärzte ohne Grenzen“, B. KOUCHNER. Vgl. M. WIEGEL (1998), 7.

⁸⁹ Etwa in der Debatte um die straffreie Euthanasie (seit 1.7.1996) im Northern Territory und um den Fall des Suizid-Computers, den der Arzt PHILIP NITSCHKE seinen Patienten anbot. Vgl. H. SCHUH (1996), 29. Die liberale Euthanasie-Regelung des Northern Territory wurde bereits 1997 von der australischen Bundesregierung in Canberra als verfassungswidrig bezeichnet und wieder aufgehoben. Gleichwohl gibt es immer wieder Initiativen, z.B. in Neu-Südwesten, die um eine Freigabe der Euthanasie kämpfen. Vgl. E. HAUBOLD (1999), 13.

⁹⁰ B. HUG weist in seinem Beitrag in der NZZ darauf hin, dass in der Schweiz von ca. 13.000 Fällen (21,5% aller Sterbefälle) mit Sterbehilfe pro Jahr auszugehen sei, wobei er die indirekte Sterbehilfe, Verzicht auf und Abbruch von Therapien und Hilfe zum Suizid, die in der Schweiz nach Art. 115 StGB straffrei ist, mitzählt und auch mit einigen Hundert Fällen nicht-freiwilliger Sterbehilfe rechnet. Er verweist auf die angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen unbestreitbare ökonomische Bedeutung der Sterbehilfe: „Im Gesundheitswesen werden Milliardenkosten verursacht von in ihren Lebensäußerungen weitgehend eingeschränkten Patienten, die im landläufigen Verständnis auf ihren Tod warten. Auch diese Patienten sind von Sterbehilfe betroffen. Ehrlicherweise muss festgehalten werden, dass die Sterbehilfe für das Gesundheitswesen von enormer ökonomischer Bedeutung ist. Es ist undenkbar, dass darauf verzichtet werden kann, die zusätzlichen Kosten wären schlicht nicht zu bezahlen.“ Vgl. auch oben S. 2, Anm. 2.

Noch deutlicher wird die Euthanasie in der Schweiz durch den Verein „EXIT“ mit (1999) 61.000 Mitgliedern vertreten, deren langjähriger Geschäftsführer, der ehemalige Pfarrer ROLF SIGG, zahlreichen Menschen zu einem selbstbestimmten Sterben (=assistiertem Suizid) verholfen haben will. SIGG begründet sein Tun auch theologisch: Gott wolle, dass der Mensch mündig sei und das Leben in die eigene Hand nehme. Manche Praktiken der EXIT-Mitarbeiter werden in der Schweiz sehr kontrovers debattiert: umstritten ist nicht nur die Frage nach ausreichender Sorgfalt in Umgang mit dem Patienten, der Hilfe zum Suizid begehrt, sondern vor allem die Praxis, auch psychisch kranken, etwa an Depressionen leidenden Menschen zum Suizid zu verhelfen, obwohl Suizidforscher von einer ausgeprägten Einengung des Bewusstseins und einer Willensstörung im sogenannten präsuizidalen Syndrom ausgehen. Vgl. M. WELLERSHOFF (1998), 136-138 und U. WILLMANN (1999), 27f.

⁹¹ Bekannt wurde hier besonders der als „Dr. Death“ bezeichnete Pathologe JACK KEVORKIAN, der ab 1990 zunächst vielfach Beihilfe zum Suizid („Medicide“) in Michigan leistete, nie verurteilt wurde, aber vergeblich für eine Legalisierung der Euthanasie eintrat. 1998 ging KEVORKIAN zur aktiven Sterbehilfe an einem 52jährigen Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose über. Ein Videoband von dieser Tötung schickte er an den Fernsehsender CBS. Daraufhin wurde KEVORKIAN im März 1999 zu 10-25 Jahren Haft verurteilt. Vgl. H. RADEMACHER (1998) und U. BENZENHÖFER (1999).

⁹² M. KELLER, a.a.O.

Die Debatte um die niederländische „Meldeprozedur-Euthanasie“ war einer der Gründe, dieses Gutachten in Auftrag zu geben. Denn auch in Deutschland werden Stimmen laut, die der niederländischen Regelung zuneigen:

- Der Düsseldorfer Philosoph **D. BIRNBACHER** z.B. hält die niederländische Lösung gegenüber den gegenwärtigen Regelungen in Deutschland für überlegen. Nicht ethische, nur praktische Gründe sieht er gegen „aktive Sterbehilfe“ (Fragen der Kontrollierbarkeit und des potenziellen Missbrauchs). Eine streng geregelte Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids würde er begrüßen. Auch die „aktive Sterbehilfe“ für urteilsunfähige Patienten lehnt BIRNBACHER nicht völlig ab: er sieht diese Patienten sonst im Nachteil gegenüber urteilsfähigen Patienten. Allerdings verschweigt er die Probleme nicht: dass hier ohne Absicherung durch einen zu beachtenden Patientenwillen gehandelt würde.⁹³
- Oder: der katholische Theologe **HANS KÜNG** ist der Auffassung, dass zur Freiheit des Menschen auch das Recht auf Selbsttötung gehöre, verbunden mit der sittlichen Pflicht für andere, einem Menschen in diesem Vorhaben zu assistieren.⁹⁴

⁹³ Vgl. D. BIRNBACHER (1998), 294-296.

⁹⁴ Zitiert bei U. EIBACH (1998), 29.

3.4 Die veränderte religiöse Lage im westlichen Europa

Hinzu kommt, dass für eine Mehrheit der Menschen gerade in den neuen Bundesländern, aber auch zunehmend in den alten, „**der Horizont weggewischt**“ (F. NIETZSCHE) ist.⁹⁵ Der Verlust von Transzendenz ist zunächst als Traditionsabbruch im Blick auf eine christliche Orientierung der Mehrheit in der Gesellschaft zu verstehen.

In der Greifswalder Ringvorlesung hat BERND HILDEBRANDT es so formuliert: „Es handelt sich um die in den letzten Jahrzehnten angewachsene und heute nicht mehr zu übersehende **innere Entfremdung vom Christentum**. Sie hat in der Gegenwart einen Punkt erreicht, der von einem qualitativen Umschlag sprechen lässt. Zur inneren ist die äußere Entfremdung hinzugekommen, besonders im Osten Deutschlands, so dass beim größeren Teil der Bevölkerung kaum noch Reste christlichen oder überhaupt genuin religiösen Gedankengutes lebendig sind, vielmehr größte Ahnungslosigkeit herrscht. Wenn etwas noch präsent ist, dann sind es die von der Religionskritik übernommenen Zerrbilder und die daraus erwachsenen Vorurteile. Oder es sind verselbständigte einzelne Begriffe, die in allen möglichen und unmöglichen meist folkloristischen Zusammenhängen nicht einmal mehr eine Karikatur des eigentlich Gemeinten liefern.“⁹⁶

Eine Folge des verlorenen (christlichen) Horizonts ist eine zunehmende **radikale Orientierung am Diesseits**. In diesem Leben muss nun alles geschehen, was einem Leben Erfüllung bringt, denn den Himmel überlassen wir ja längst „den Engeln und den Spatzen“ (H. HEINE). Das Leben hier und jetzt, in Freiheit und Selbstbestimmung, wird zum Höchstwert, der Tod nun erst recht zum größten Feind, der mit allen Mitteln zu bekämpfen ist. Bis in die neueste Debatte um die Möglichkeiten der Gentechnologie ist der Traum von der Unsterblichkeit oder doch mindestens vom Hinauszögern von Siechtum und Sterben, vom Ausdehnen der uns bislang gesetzten Grenzen zu registrieren. Die Konzentration gilt dem Besiegen des Todes, **das Annehmen und (durch Hoffnung auf ein Todesdanach) Bewältigen des letztlich unvermeidlichen Todesschicksals wird immer mehr in den Hintergrund gedrängt**.

Sind Jugend und Gesundheit Höchstwerte, dann sind Krankheit, Behinderung, Schmerz und Leid nicht zu tolerieren; sie sind zu vermeiden oder doch zu verkürzen. Konsequenterweise kümmert sich die Sorge nun um das Sterben selbst, nicht mehr um das, was uns danach erwartet, und wie wir ein günstiges Urteil empfangen können. Ist der Tod nicht mehr zu bekämpfen, so soll er schnell und schmerzlos eintreten. In den Mittelpunkt des Interesses tritt die Bewältigung des Sterbens, nicht des Todes. Der **Tod**, dem eh „nichts“ folgt, wird **nicht gefürchtet, wohl aber das Sterben**, gerade wenn es Abhängigkeit, Schmerz, Einsamkeit und Trennung mit sich bringt. „Wie wir mit dem Sterben fertig werden, ist uns wichtiger als wie wir den Tod besiegen“⁹⁷; schrieb DIETRICH BONHOEFFER in einem Brief vor fast 60 Jahren.

Dies zeigt sich in dem häufig (z.B. in den berühmten Prominentenfragebögen der FAZ) geäußerten **Wunsch nach einem plötzlichen, schnellen Tod**, der den Alten noch als Fluch vorgekommen wäre, weil sie nicht die irdischen Dinge ordnen und sich – versehen mit dem Trost

⁹⁵ F. NIETZSCHE (1980), 480f.; H. HEMPELMANN (1999), 32-49, befasst sich ausführlich mit diesem Aphorismus und seiner Wirkungsgeschichte.

⁹⁶ B. HILDEBRANDT (2000), 3.

⁹⁷ D. BONHOEFFER, Brief vom 27.3.1944, zitiert bei: B. HILDEBRANDT (2000), 1

der Sakramente – von dieser Welt verabschieden und auf jene Welt einstellen könnten (vgl. z.B. MARTIN LUTHERS Sermon von der Bereitung zum Sterben 1519).⁹⁸

Habe ich aber keinen letzten bergenden und verpflichtenden Horizont über mir, dann bin ich selbst als Individuum der letzte Horizont, dann ist es in meine Verfügung gestellt, wie ich das Ende des Lebens erleben will, und so wird die Selbstbestimmung zum höchsten Kriterium in der Debatte um das menschliche Sterben.

Hinzu kommt der **Verlust an Erfahrung** und die **Verarmung im Umgang mit dem Sterben**.⁹⁹ Im Unterschied zu früheren Generationen erleben viele Menschen heute das Sterben von Angehörigen nicht mehr. Was früher regelmäßig im Raum der Familie geschah und erlebt wurde und so zur Erfahrung werden konnte, ist heute im Sinn der Arbeitsteilung weitgehend an Krankenhäuser und Pflegeheime delegiert. Wir begegnen Erwachsenen, die noch nie das Sterben eines Mitmenschen erlebt oder auch nur einen Toten gesehen haben. Der **Mangel an solcher Erfahrung** wirkt sich nun aber angstverstärkend aus: es ist das gänzlich Unbekannte, das nun noch mehr Sorge auslöst. Zugleich verblasst das kulturelle Gedächtnis für die Fähigkeit, mit dem Sterben umzugehen und den Tod anzunehmen. **Vermeidung** des Kontakts mit Schwerstkranken oder **Sprachlosigkeit** in der Begegnung mit vom Sterben gezeichneten Menschen sind Folgen dieser Prozesse.

Was bedeutet dies alles für unser Thema? Zunächst müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass früher selbstverständliche Argumentationsmuster heute ihre Plausibilität eingebüßt haben. In einer pluralistischen und weithin säkularisierten Gesellschaft gilt: „Religiöse Vorstellungen einer Unverfügbarkeit auch des eigenen Lebens lassen sich nicht mehr allgemeinverbindlich voraussetzen. An ihre Stelle tritt der Wert Selbstbestimmung.“¹⁰⁰

MICHAEL QUANTE geht so weit festzustellen, „dass sich ein kategorisches Verbot jeder Tötungshandlung auf der Basis der Lehre von der Heiligkeit des menschlichen Lebens in einer säkularisierten Gesellschaft nicht begründen lässt.“¹⁰¹ Er weist präzise die Verlegenheiten nach, in die wir durch den Verlust einer verbindlichen deontologischen Ethik geraten, wenn Werte nur noch als Werte eines Individuums mit subjektiver Reichweite ins Spiel kommen und damit ein Verdikt gegen jegliches Töten von Menschen kaum mehr allgemeinverbindlich begründbar ist, wenn man sich nicht darauf zurückzieht, dass (noch?) der intrinsische Wert jedes Menschenlebens tief in unserer europäischen Kultur verwurzelt ist und von daher – zwar in Abwägung etwa mit dem Autonomieprinzip – zu Recht Wesentliches zu dieser Frage zu sagen hat.

⁹⁸ Vgl. zu diesen Phänomenen auch G. FASSETT (1998), 440-444. Den Sermon LUTHERS findet man u.a. in: H.H. BORCHERDT UND G. MERZ (HGG.): MARTIN LUTHER – Ausgewählte Werke, Bd. 1: Aus der Frühzeit der Reformation. München 1963, 356-369.

⁹⁹ Vgl. U. EIBACH (1998), 42-49; M. VON LUTTEROTTI (1998), 454-456.

¹⁰⁰ M. QUANTE (1998), 208.

¹⁰¹ A.a.O., 218f.

3.5 Die neuere Rechtsprechung zum Thema

In der medizinischen Ethik stehen sich zwei gegensätzliche Normen gegenüber: das (ältere) der Wohltätigkeit und Fürsorge verpflichtete Prinzip des ärztlichen Paternalismus und das (jüngere) Prinzip der Autonomie bzw. Selbstbestimmung des Patienten. Beachtet man die jüngere Rechtsprechung in Fragen, die das Lebensende eines Menschen betreffen, ist deutlich, dass immer stärker das **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten Beachtung findet. „Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung ist zu einem zentralen normativen Prinzip geworden. Rechte des Patienten haben Vorrang vor den Pflichten des Arztes.“¹⁰²

Ausgangspunkt der Betrachtung ist in juristischer Perspektive die Tatsache, dass (fast¹⁰³) niemand gezwungen werden kann, Patient zu werden bzw. Patient zu bleiben. **Der Kranke ist also kein Objekt ärztlicher Fremdbestimmung.**¹⁰⁴ Der Patient hat auf Grund von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG „das volle Selbstbestimmungsrecht über seine leiblich-seelische Integrität.“¹⁰⁵ Die **Zustimmung** des Patienten erlaubt demnach allererst dem Arzt, behandelnd einzugreifen; andernfalls machte er sich der Körperverletzung schuldig. Das heißt aber auch: „Ebenso wie der Patient das Recht hat zu entscheiden, ob er eine Behandlung aufnehmen und durchführen lassen will, ist es seiner Entscheidung überlassen, ob er eine begonnene Behandlung **weiterführt oder nicht.**“¹⁰⁶ Dieses Recht hat der einsichtsfähige und nicht suizidale Patient selbst dann, wenn er sich auf diese Weise Schaden zufügt. „Grundsätzlich also besteht ein eindeutiger Vorrang des Selbstbestimmungsrechts vor der Notwendigkeit und Indiziertheit einer ärztlichen Maßnahme.“¹⁰⁷ Eine Behandlung darf und muss also abgebrochen werden, wenn der einsichtsfähige und aufgeklärte Patient dies will. **Hier hat das Recht des Patienten rechtlichen Vorrang vor der Pflicht des Arztes.**¹⁰⁸ Der Arzt muss (nur) helfen, wenn er darf: „voluntas aegroti suprema lex.“

Dies betrifft z.B. auch die Aufnahme (und Fortsetzung) bzw. die Nichtaufnahme oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen wie der Reanimation, der künstlichen Beatmung, der Dialyse. Es betrifft auch den Einsatz von schmerzlindernden Medikamenten, die dem Patienten gegen seinen erklärten Willen weder aufgenötigt noch verweigert werden können. Beides wäre (nach §221 und 223 StGB) Körperverletzung, und sei es durch Unterlassen.¹⁰⁹

Die Rechtswidrigkeit wohlwollender ärztlicher Eingriffe in die körperliche Integrität als Körperverletzung wird durch die Einwilligung des Patienten beseitigt. Zu dieser Einwilligung ist der autonom entscheidende Patient fähig. Es bedarf dazu mangels medizinischer Vorbildung der Aufklärung durch den Arzt, damit es zum „informed consent“ kommen kann.

¹⁰² W. JOECKS (1999), 1, unter Bezug auf H. WILLINGER (1994), 31-33.

¹⁰³ So wiederum W. JOECKS (1999), 2f. im interdisziplinären Ausschuss zur Vorbereitung dieses Gutachtens: bei Soldaten und Strafgefangenen sowie bei Seuchengefahr wird das Recht des einzelnen eingeschränkt durch übergeordnete Interessen.

¹⁰⁴ Wie wenig das wünschenswert wäre, zeigt KLAUS KUTZER (1993), 46f., am Beispiel eines 88jährigen Patienten, selbst Arzt, der nach Schlaganfall und Herzinfarkt mit Kammerflimmern auf der Intensivstation vergeblich um Beendigung der Therapie bat, dann vergeblich nach Schmerzmitteln schrie, während ansonsten die angeordnete Therapie (z.B. Gabe von Antibiotika) bis zum Ende durchgeführt wurde, einschließlich einer Krankengymnastik, 20 Minuten vor Eintritt des Todes.

¹⁰⁵ BverfGE 52, 131, 174 – Minderheitsvotum.

¹⁰⁶ G. WOLFSLAST (1998), 286.

¹⁰⁷ A. a. O.

¹⁰⁸ Zu diesem ganzen Zusammenhang vgl. H. WILLINGER (1994), 31-33.

¹⁰⁹ K. KUTZER (1993), 63.

Spitzen wir die damit aufgeworfenen Fragen zu, so fragen wir: gibt es in rechtlicher Perspektive neben dem grundrechtlich verbürgten **Recht auf Leben** auch so etwas wie **eine Pflicht zum Leben**? Die Antwort muss lauten: Diese Pflicht zum Leben gibt es im deutschen Recht nicht. Dies wird etwa an der Haltung zum (straffreien) Suizid deutlich. Schon 1957 hat darüber hinaus der BGH festgestellt, dass eine Patientin das Recht habe, eine Operation zu verweigern, die zwar einen Tumor ausräumen, zugleich aber den Verlust der Gebärmutter bedeuten würde. Die Patientin verweigerte den Eingriff als Verletzung der körperlichen Unversehrtheit – und der BGH stimmte dem zu (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG).¹¹⁰ Das deutsche Recht schließt also „Zwangsheilungen“ aus.¹¹¹⁺¹¹²

Geht man nun der Reihe nach an den wesentlichen Konfliktfeldern entlang, ist aus juristischer Perspektive festzuhalten:

- Die „**indirekte Sterbehilfe**“ nimmt in Kauf, dass bei einer Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden der Eintritt des Todes beschleunigt wird, ohne dass dies Absicht wäre („**bedingter Vorsatz**“). Herrschende Meinung zu dieser Frage ist, dass ein solches Handeln **zu dulden** ist.¹¹³ Es geht hier um eine Güterabwägung, „bei der die Pflicht zur längstmöglichen Lebenserhaltung ggf. hinter die Pflicht zur Leidensminderung zurücktritt.“¹¹⁴ Dabei gehen BGH und BÄK von sterbenden Menschen aus. Diese Einschränkung könnte z.B. im Blick auf Tumorkranke und einen schlecht eingestellten Tumorschmerz zu eng sein. Darum wäre es sinnvoller, hier von Patienten mit infauster Prognose zu sprechen, d.h. von Menschen, deren Krankheit so weit fortgeschritten ist, dass ärztliches Handeln am tödlichen Verlauf nichts mehr zu ändern vermag.¹¹⁵ Auch sollte man nicht nur von Schmerzen sprechen, sondern von allen in diesem Kontext auftauchenden schweren Leidenszuständen (z.B. Atemnot).
- Die sogenannte „**passive Sterbehilfe**“ meint gewöhnlich das Unterlassen oder Abbrechen von lebensverlängernden Maßnahmen in einer terminalen Krankheitssituation. Kann der informierte Patient seinen Willen selbst äußern, ist dieser bindend. Weithin bekannt wurde der Verzicht des Strafrechtlers PETER NOLL auf eine lebensverlängernde Tumoroperation.¹¹⁶ Der Wille des Patienten ist für den Arzt auch dann bindend,

¹¹⁰ BGHSt 11, 111, 113f.

¹¹¹ Wie ernst dies in der Rechtsprechung genommen wird, macht ein Urteil des BGH (BGH, Urteil vom 4. Oktober 1999 - 5 StR 712/98, NStZ 2000, 30) deutlich: zwei Gynäkologen wurden verurteilt wegen fahrlässiger Körperverletzung. Sie hatten eine gebärende Frau befragt, ob nicht gleich bei einem notwendig werdenden Kaiserschnitt eine Sterilisation vorgenommen werden sollte. Die werdende Mutter lehnte dies ab. Während der Entbindung qua Kaiserschnitt stellten sich Komplikationen ein: Risse in der Gebärmutter der Frau bildeten sich, heftige Blutungen folgten, die gestoppt werden konnten. Daraufhin nahmen die Gynäkologen einvernehmlich eine Tubensterilisation vor, da sie das Risiko eines lebensbedrohlichen Gebärmutterrisses bei einer weiteren Geburt ausschließen wollten. Damit war die Klägerin jedoch nicht einverstanden, und das Landgericht sah im Vorgehen der Ärzte eine Körperverletzung. Vgl. W. JOECKS (2000), 5f.

¹¹² Das gilt auch trotz der Tatsache, dass durch die Medien gelegentlich berichtet wird, dass Kinder gegen den Willen ihrer Eltern z.B. einer operativen Entfernung eines Tumors zugeführt wurden. Hier entscheiden Gerichte im Sinne des Wohles dieser Kinder, das höher bewertet wird als die Überzeugungen der Eltern und deren Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten ihrer Kinder. Dabei muss nachgewiesen werden, dass die Entscheidung der Eltern nicht dem Wohl der Kinder entspreche.

¹¹³ Der BGH hat 1996 dazu erklärt: „Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“ Vgl. BGHSt 42, 301. Ähnlich sagen es ja auch die „Grundsätze“ der BÄK.

¹¹⁴ C. ROXIN, Blatt 4/19.

¹¹⁵ Mit C. ROXIN. A.a.O., 4f/19.

¹¹⁶ Dokumentiert bei S. REITER-THEIL (1998, THERAPIEBEGRENZUNG), 77f.

wenn er aus ärztlicher Sicht unvernünftig erscheint. Der Arzt kann versuchen, den Patienten zu überzeugen; letztlich ist er an die **Entscheidung des Patienten** gebunden. Die daraus folgende Unterlassung weiterer lebenserhaltender Maßnahmen kann auch **durch ein aktives Tun** gekennzeichnet sein, z.B. durch das Abschalten eines Beatmungsgerätes („technischer Behandlungsabbruch“). Dieses Tun ist nicht eine Tötung, sondern ein Unterlassen weiterer Tätigkeit. Hier geht es in der Regel um das Tun von Ärzten, auch wenn das Landgericht Ravensburg 1987 einen Ehemann freisprach, der auf den Wunsch seiner Frau hin (vermittelt durch eine Spezialschreibmaschine) die Beatmungsmaschine eigenmächtig abschaltete.¹¹⁷

Gegen den Willen des Patienten darf es allerdings diese Unterlassung nicht geben; ansonsten liegt eine Tötung durch Unterlassen vor. Ärzte und nahe Angehörige haben eine Garantenstellung gegenüber dem Patienten und sind zur Hilfeleistung verpflichtet.

Allerdings kann der Arzt vom Patienten **nicht zu sinnloser Geschäftigkeit gezwungen** werden. Auch gibt es darüber hinaus „keine Rechtspflicht zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis.“¹¹⁸ Dabei ist dem Arzt die verantwortliche Entscheidung im **Einzelfall** nicht zu nehmen, d.h. aber auch, dass er von ihr nicht zu entlasten ist. Es ist jedenfalls nicht alles schon deshalb unerlässlich, weil es technisch–medizinisch möglich ist. Vielmehr hat der Arzt zu entscheiden, ob eine Behandlung für den Patienten noch Sinn macht („salus aegroti suprema lex“) oder ihm mehr Schaden als Nutzen bringt („nil nocere“).

- Komplizierter ist die Frage der „passiven Sterbehilfe“ im Blick auf **erklärungsunfähige, also bewusstlose Patienten**.

Möglichkeit 1: Der Patient **war ansprechbar**, weiß, wie es um ihn steht und hat sich vor Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit bestimmte Maßnahmen verboten oder aber den Willen geäußert, solche Maßnahmen zu unterlassen, wenn es „zu Ende geht“. Hier gilt die **Willensäußerung** als **verbindlich**, weil sie zeitnah und auf das konkrete Geschehen bezogen geäußert wurde.

Möglichkeit 2: Der Patient wird **nicht ansprechbar eingeliefert**. Dann ist der mutmaßliche Wille des Patienten zu erheben. Ohne weitere Anhaltspunkte ist zunächst davon auszugehen, dass der Patient behandelt werden möchte („mutmaßliches Einverständnis“, „in dubio pro vita“). Was aber geschieht, wenn eine kurative Therapie keine Aussicht mehr auf Erfolg zu haben scheint?

- Hat der **Sterbeprozess** bereits eingesetzt, so ist der Verzicht auf weitere lebenserhaltende Maßnahmen legitim.¹¹⁹
- Anders sieht es bei Patienten z.B. im **Wachkoma** aus.¹²⁰ Komapatienten sind keinesfalls als Sterbende anzusehen, aber ihr Wille ist nicht unmittelbar feststellbar. Der **BGH** hat im „**Kemptener Urteil**“ vom **13.9.1994**¹²¹ den Abbruch einer lebensnotwendigen Maßnahme für ausnahmsweise **zulässig** angesehen, obwohl der Patient

¹¹⁷ So a.a.O., 7/19.

¹¹⁸ G. WOLFSLAST, a.a.O.

¹¹⁹ An dieser Stelle bemerkte in der Kommission Pfr. STOECKER zu Recht, dieser Begriff des Sterbeprozesses, der bereits eingesetzt habe, werde zwar von fast allen in der Debatte immer wieder gebraucht, er sei aber bei näherem Hinsehen unscharf und keineswegs klar definiert.

¹²⁰ Beim sogenannten **Wachkoma** ist die Großhirnrinde (Pallium) bei erhaltener Funktion des Stammhirns ausgefallen.

¹²¹ BGHSt 40, 257 = NSTZ 1995, 80 m. Anm. SCHÖCH NSTZ 1995, 155.

nicht ausdrücklich einwilligen konnte und der Sterbeprozess nicht eingesetzt hatte. Die Patientin war schwerst zerebral geschädigt und wurde seit Jahren künstlich ernährt. Der behandelnde Arzt und der Sohn versuchten durchzusetzen, dass die **künstliche Ernährung abgebrochen** werden und der Patientin nur noch Tee zugeführt werden sollte, was zum Verhungern geführt hätte. Die Richter des BGH hoben in ihrer Bejahung des Behandlungsabbruchs auf den **mutmaßlichen Willen** des Patienten „im Tatzeitpunkt“ ab: „Der Senat ist der Auffassung, dass angesichts der besonderen Umstände des hier gegebenen Grenzfalles ausnahmsweise ein zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme nicht von vorneherein ausgeschlossen ist, sofern der Patient mit dem Abbruch mutmaßlich einverstanden ist. Denn **auch in dieser Situation** ist das **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten zu achten ..., gegen dessen Willen eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden darf.“¹²² Gerade damit sollte das Selbstbestimmungsrecht auch *des* Menschen gewahrt bleiben, der sich nicht mehr äußern kann. Der mutmaßliche Wille ist zu erheben aus früheren mündlichen oder schriftlichen Äußerungen des Patienten, anhand seiner Überzeugungen und Werthaltungen. Für die Annahme eines solchen mutmaßlichen Willens will der BGH allerdings **strenge Anforderungen** erfüllt sehen, um den Schutz des Lebens nicht zu gefährden. Ist kein mutmaßlicher Wille zu erheben, können auch allgemeine Wertvorstellungen (angesichts der Nähe des Todes bzw. einer aussichtslosen Prognose) herangezogen werden. Allerdings, so das Kemptener Urteil, soll **im Zweifel der Schutz menschlichen Lebens Vorrang** haben vor den persönlichen Erwägungen des Arztes oder der Angehörigen. Es ist deutlich zu erkennen, dass die Bundesärztekammer mit ihren „Grundsätzen“ den Beschlüssen des BGH folgte, indem sie zum ersten Mal die „Richtlinien“ auch auf nicht-sterbende Patienten ausdehnte und inhaltlich das „Kemptener Urteil“ nachbuchstabierte.¹²³

- Auf derselben Linie¹²⁴ lag ein Urteil des **OLG Frankfurt** vom **Juli 1998**.¹²⁵ Eine 85jährige Patientin war nach einem ausgedehnten Hirninfarkt ins **Koma** gefallen. Die Tochter als Betreuerin verlangte, als keine Aussicht auf Besserung mehr bestand, dass die **künstliche Ernährung eingestellt** werde und die Patientin dem Tod überlassen werde. In einem (umstrittenen) Analogieschluss aus §1904 BGB hat das OLG Frankfurt die Entscheidung über den Abbruch (und nicht nur, wie eigentlich im §1904 gemeint: die Einleitung riskanter) lebenserhaltender Maßnahmen bei komatösen Patienten **dem Vormundschaftsgericht überantwortet**, das den **mutmaßlichen Willen** des Patienten zu erforschen und entsprechend zu bestimmen habe. In der Summe bedeutet das dreierlei: (a) Auch bei dauerhafter Bewusstlosigkeit dürfen lebenserhaltende Maßnahmen nicht ohne weiteres abgebrochen werden. Es ist vielmehr nach dem mutmaßlichen Willen des betroffenen Menschen zu forschen. (b) Die Entscheidung wird von den Ärzten und Angehörigen auf die Vormundschaftsgerichte verschoben. (c) Die schriftlichen Willensäußerungen aus vergangenen Tagen, also etwa die Patientenverfügungen haben dadurch einen deutlichen Bedeutungszuwachs erfahren.¹²⁶ Juristisch wollte das OLG Frankfurt damit eine Lücke schließen: wird beim risikoreichen Eingriff die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts nach §1904 BGB verlangt, so könne umgekehrt mit §1904 BGB durch einen Spruch des Vormundschaftsgerichts auch

¹²² A.a.O.

¹²³ M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 215.

¹²⁴ Das BGH-Urteil von 1994 und das OLG Frankfurt -Urteil von 1998 fasst zusammen: R. LEICHT (1998), 3.

¹²⁵ NJW 1998, Heft 37, 2747-2749.

¹²⁶ C. ROXIN, a.a.O., 9/19.

der (rechtlich nicht geregelte) Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen legitimiert werden.

- Allerdings kann nicht verschwiegen werden, dass die vorgestellten **Urteile höchst umstritten sind**.¹²⁷ Den einen gehen sie viel zu weit und gefährden das Lebensrecht von nicht mehr äußerungsfähigen Patienten. JOHANN-CHRISTOPH STUDENT etwa sprach im Blick auf die „Hilfe zum Sterben“ einer nicht-sterbenden Patientin von einer „Tötung auf (mutmaßliches) Verlangen.“ und sieht nun auch andere Patienten (etwa an Alzheimer Erkrankte) in Gefahr.¹²⁸ Besonders kritisch wird dabei der Abbruch der künstlichen Ernährung als „Verhungernlassen“ beurteilt.¹²⁹ Den anderen gehen sie nicht weit genug. R. MERKEL etwa fordert einen Behandlungsabbruch auch ohne Hinweise auf frühere Willensäußerungen. Es sei höchst wahrscheinlich, dass der Patient mit einer solchen Unterlassung einverstanden wäre. Alles andere sei nur die sinnlose „Erhaltung eines vollständig und irreversibel empfindungslosen Körpers, dessen früheres personales Subjekt nicht mehr existiert.“¹³⁰ N. HOERSTER verlangt sogar eine Umkehrung der Beweisspflicht: nicht für den Abbruch, sondern für die Fortsetzung der Behandlung müsse es eine mutmaßliche Einwilligung geben.¹³¹ H.-B. WUERMELING¹³² wiederum verteidigt das Urteil, kritisiert aber den ungeschickten Terminus „Hilfe zum Sterben“. Es sei darum gegangen, eine Maßnahme abzubrechen, die der Patientin weder geschuldet noch von ihr mutmaßlich gewollt wurde. Der entscheidende Punkt ist natürlich die Frage, ob die **Ernährung mit der PEG-Sonde zur Grundversorgung** gehört (von der anzunehmen ist, dass jeder mit ihr einverstanden ist) oder aber zu den **ärztlichen Maßnahmen** zur Lebenserhaltung. Die Grundversorgung darf nach den „Grundsätzen“ nicht abgebrochen werden, Maßnahmen zur Lebenserhaltung schon. U. SCHLAUDRAFF (der die Frankfurter Formulierung „Hilfe zum Sterben“ ebenfalls

¹²⁷ H. GRAUPNER etwa kann in ihrem Kommentar in der SZ vom 22.7.1998 das barmherzige Urteil im Einzelfall akzeptieren, fragt aber, was es für andere Menschen bedeuten könne, die kein bewusstes oder selbstbewusstes Leben mehr führen können. M.W. HUFF berichtet ebenfalls am 22.7.1998 in der FAZ, dass BUNDESÄRZTEKAMMER und MARBURGER BUND dem Urteil zustimmen und den Entzug der künstlichen Ernährung in diesem Fall nicht als Sterbehilfe, sondern als Sterbenlassen verstehen. Ähnlich äußerten sich die EKD und die Deutsche Hospiz-Stiftung. Die gesundheitspolitische Sprecherin der GRÜNEN, KNOCHE, warnte allerdings vor einer Grenzüberschreitung hin zur Euthanasie. Am heftigsten reagierte H. PRANTL in einem Kommentar für die SZ, in dem er dem OLG Frankfurt vorwarf, „die aktive Sterbehilfe [zu] genehmigen.“ In der NJW kritisierte A. LAUFS (1998, 3400) die Frankfurter Entscheidung: „Stand der mutmaßliche Wille zunächst ganz im Zeichen der ärztlich gebotenen lebensrettenden Tat, so hat er nun in der Judikatur zur Sterbehilfe ... eine ganz andere, bedenkliche Funktion gewonnen: Er soll dem Arzt Schranken setzen und den Tod näher bringen. Dem Individuum in einer Situation extremer Schwäche wird ein souveräner Entschluss in der Gestalt eines hypothetischen Willens unterstellt, ohne dass sich die klinischen Umstände des konkreten Falles im voraus hätten abwägen und bedenken lassen.“ Juristisch kritisiert LAUFS den Analogieschluss, dass §1904 BGB nicht nur für die Einleitung u.U. lebensbedrohlicher Maßnahmen gelte, sondern auch deren Beendigung durch einen Spruch des Gerichts legitimieren könne.

¹²⁸ J.C. STUDENT (1999), 59f.

¹²⁹ GEORG PAUL HEFTY (1998) fragt kritisch: „Hat die Frau seinerzeit wirklich gemeint, dass man sie im Krankenhaus verhungern und verdursten lassen soll, falls ihr Herz stark genug ist, um ohne Medikamente ein, zwei, drei Wochen auszuhalten?“ Wie HEFTY fragt auch LAUFS (a.a.O.): „Wer könnte es verantworten, im Frankfurter Fall der 85jährigen Patientin als deren mutmaßlichen Willen festzustellen, sie sei mit dem Abbruch der künstlichen Ernährung und also mit einem Wochen dauernden Verhungern unter den Augen von Angehörigen, Pflegern und Ärzten einverstanden?“

¹³⁰ R. MERKEL in: ZStW 107 (1995), 545ff. (hier: 573), zitiert nach C. ROXIN, a.a.O., 10/19.

¹³¹ Zitiert nach C. ROXIN, a.a.O.

¹³² H.-B. WUERMELING (1999), B-1788-1791.

kritisierte) vermutete zu Recht, andere Gerichte würden in vergleichbaren Fällen zu abweichenden Entscheidungen kommen.¹³³

- Das **Landgericht München** entschied dann auch am 18.2.1999¹³⁴ genau umgekehrt: es wies aus formalen Gründen die Beschwerde zurück, mit der ein Betreuer verlangt hatte, die Einwilligung zur Beendigung der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr beim Betreuten vormundschaftsgerichtlich genehmigen zu lassen, weil dies eine ärztliche Entscheidung sei. Dem Betreuer stehe es nicht zu, in dieser höchstpersönlichen Angelegenheit des Betreuten zu entscheiden, auch nicht auf dessen mutmaßlichen Willen hin. Die beantragte Maßnahme diene ja auch nicht der Erhaltung der Gesundheit. §1904 BGB sei nicht analog anwendbar.

- In den beiden vom BGH 1994 und vom OLG Frankfurt 1998 verhandelten Fällen ging es stets auch um die Erhebung des mutmaßlichen Willens eines Patienten. Hier ist die Rolle der **Patientenverfügungen**¹³⁵, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen zu bedenken. In der Patientenverfügung äußert sich ein Mensch im Blick auf spätere Situationen, in denen er u.U. nicht mehr selbst kundtun kann, was ihm für diesen Fall im Blick auf die Behandlung bzw. den Verzicht auf Behandlung wichtig ist. Bei der **Vorsorgevollmacht** wird ein Mensch des Vertrauens benannt, der für den Patienten und im Sinne seiner früheren Willensäußerungen Entscheidungen, die in diesem Umfeld zu treffen sind, trifft. Freilich gilt für beide Wege der Vorsorge, dass der rechtliche Rahmen den Spielraum begrenzt. Auch eine Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ist denkbar.
Die **rechtliche Verbindlichkeit** von Patientenverfügungen ist umstritten. Einerseits sind sie jederzeit widerruflich; der Arzt muss sich fragen, ob hier und jetzt der Patient das wünschen würde, was er in gesunden Tagen als Willensäußerung für alle Fälle niedergeschrieben hatte. Wer so urteilt, sieht in den Patientenverfügungen ein, aber auch nur ein wichtiges Indiz zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens. Andere (etwa UHLENBRUCK) sehen eine größere Bindungswirkung und erblicken im Verstoß gegen den hier geäußerten Patientenwillen eine Körperverletzung. Sicher kann man festhalten, dass die Bedeutung der Patientenverfügung für den Arzt um so größer ist, je jünger sie ist und je eindeutiger sie sich auf die jetzt eingetretene Situation bezieht.

- „**Aktive Sterbehilfe**“, die willentlich den Tod des Patienten auf dessen Wunsch hin z.B. durch eine tödliche Injektion herbeiführt, ist als „**Tötung auf Verlangen**“ nach §216 StGB **strafbar**. Die Selbstbestimmung des Patienten findet hier eine Grenze: „Der Arzt darf nicht mehr tun, als der Patient gestattet; er darf aber nicht alles tun, was dieser von ihm verlangt.“¹³⁶ Dies entspricht weiterhin der herrschenden Meinung, auch wenn einzelne Stimmen der niederländischen Lösung zuneigen (s.o.), z.B. den

¹³³ U. SCHLAUDRAFF (1998), 35.

¹³⁴ So das Landgericht München I, 18.2.1999, 13 T 478/99.

¹³⁵ Man sollte von Patientenverfügungen sprechen und nicht von Patiententestamenten, da diese Schriftstücke nicht den Nachlass regeln, sondern das erwünschte Verhalten dem Patienten gegenüber vor Eintritt des Todes. „Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche, bei klarem Bewusstsein und in Kenntnis der Folgen abgefasste Erklärung, dass bestimmte lebensverlängernde Maßnahmen vorgenommen werden sollen oder zu unterbleiben haben, wenn der Ersteller der Verfügung aktuell nicht mehr in der Lage ist, eine solche Erklärung für sich abzugeben. Im Regelfall wird die Patientenverfügung den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen enthalten, wenn die Behandlung zu einem menschenunwürdigen Siechtum oder einer Verlängerung eines andernfalls natürlich verlöschenden Lebens führen würde“ (WOLFGANG JOECKS im interdisziplinären Ausschuss).

¹³⁶ K. KUTZER (1993), 51.

Tatbestand des rechtfertigenden Notstands unter strengen Bedingungen auch auf die Tötung auf Verlangen anwenden möchten (etwa MERKEL, HOERSTER und HERZBERG¹³⁷). Die Mehrheit der Juristen sieht darin jedoch eine Grenzüberschreitung, die „den Arzt, der bisher allein zum Heilen und Lindern verpflichtet ist, nunmehr auch zum Exekutor quasi amtlicher Tötungen machen und damit sein Berufsbild drastisch verändern würde“.¹³⁸ WOLFGANG JOECKS meint, es gebe „**kein Recht auf die Beendigung des eigenen Lebens**.“¹³⁹ Selbst wer wie etwa CLAUS ROXIN die aktive Beendigung eines Menschenlebens nicht in jedem Fall ausschließen möchte, verweist auf andere Möglichkeiten wie die Beihilfe zum Suizid.¹⁴⁰

- Ein Sonderfall ist dabei wiederum die in Deutschland straffreie „**Beihilfe zum Suizid**“. Wer also einem schwer leidenden Menschen, der den Freitod wählt, hilft, indem er ihm das tödliche Gift besorgt (wie etwa im Fall des Arztes HACKETHAL 1984¹⁴¹), wird strafrechtlich nicht belangt. Allerdings sind zwei Bedingungen zu erfüllen: auf der einen Seite muss es sich um **einen „verantwortlichen“ Suizid** handeln, d.h. die Selbsttötung muss einer freien und bewussten Wahl entspringen, nicht einem spontanen Akt, muss bei klarem Bewusstsein (und nicht etwa in einer psychotischen Episode) entschieden werden und darf nicht „Signalcharakter“ haben. Auf der anderen Seite **muss der Suizident handlungsmächtig geblieben sein**, er muss die Herrschaft über den letzten, zum Tode führenden Akt gehabt haben. Der Helfer darf dem Suizidenten also die Pistole reichen, aber er darf es nicht sein, der abdrückt. Damit soll jeder Fremdbestimmung der Boden entzogen werden. Für den Arzt wird es aber schwierig, sobald der Patient seine Tat vollbracht hat, z.B. das tödliche Gift zu sich genommen hat und nun hilflos vor ihm liegt. Er muss nun nämlich wegen seiner **Garantenstellung** der hilflosen Person zur Hilfe kommen und ihr Leben zu retten versuchen (§ 323c StGB). Im Fall WITTIG hatte es der BGH 1984 für grundsätzlich unzulässig erklärt, sich dem Todeswunsch des Suizidenten zu beugen.¹⁴² Die Rechtssprechung geht also davon aus, dass in der Regel der **Selbsttötungswille** nach Beendigung des Suizidversuchs „**verfällt**“.¹⁴³ Unumstritten ist diese Haltung allerdings nicht: es mehren sich die Stimmen, die von einer Inkonsequenz im Recht sprechen und den Respekt vor dem Willen des Suizidenten gewahrt sehen wollen.¹⁴⁴

¹³⁷ Zitiert nach C. ROXIN, a.a.O., 14/19.

¹³⁸ C. ROXIN, a.a.O.

¹³⁹ W. JOECKS (1999), 4.

¹⁴⁰ C. ROXIN, a.a.O., 15/19.

¹⁴¹ OLG München, NJW 1987, 2940.

¹⁴² BGHSt 32, 367ff.

¹⁴³ H.-J. KAATSCH (1997), 38.

¹⁴⁴ Z.B. C. ROXIN, a.a.O., 6/19 und 13/19.

3.6 Die Frage nach der Berechtigung und dem Gewicht eines spezifisch christlichen Beitrags zum Thema

Die christliche Kirche hat gewiss nicht mehr das **Monopol** in Sachen Weltanschauung. Sie ist nicht mehr die alleinbestimmende Agentur für Werte und ethische Orientierung. Das Leitbild von der **Kathedrale**, die das Stadtbild beherrscht, und um die herum sich das Leben in der Stadt organisiert, ist abgelöst durch das Leitbild von einem bunten **Marktplatz**, auf dem diese und jene ihre Waren feilbieten, nun auch solche der religiösen und ethischen Orientierung. Damit verändert sich auch der Beitrag der Theologie. Aber er verändert sich, er wird nicht obsolet.

Das hat zwei Gründe:

- Zum einen ist auf diesem Marktplatz weiterhin als **gesellschaftlich relevante Größe** auch die christliche Theologie und Kirche vertreten und bietet mit gesundem Selbstvertrauen an, was sie zu sagen hat. Sie lädt ein zu prüfen, ob nicht das, was sie zu bieten hat, dem Leben besser dient als das, was manche andere feilbieten. Sie stellt sich der Auseinandersetzung. Da man sie bekanntlich an ihren Früchten erkennen soll, bietet sie zu prüfen, welche ethische Orientierung einer humanen und zukunftsfähigen Gesellschaft besser dienen wird.
- Der andere Grund ist an den „Grundsätzen“ der Bundesärztekammer selbst abzulesen: aus ihnen spricht, zuweilen verborgen, zuweilen offenkundig, auch in „nachkonstantinischen“ Zeiten noch immer der Geist christlicher Lebensauffassung. Offenbar sind **unsere Rechtsauffassung und unser Wertdenken tief geprägt durch im Christlichen verwurzelte Überzeugungen**, auch wenn deren Verbindung zum expliziten Glauben an Jesus Christus nur noch bei genauem Hinsehen auffällt. Ohne religiöse Voraussetzungen aber – da hat PETER SINGER recht – sind die hier vertretenen Vorstellungen von Menschenwürde nicht zu begründen. Das aber sahen die Väter des Grundgesetzes bei aller weltanschaulichen Neutralität des Staates auch als unverzichtbar an. Wenn aber hier bleibend Wesentliches formuliert ist, hinter das wir miteinander nicht zurückfallen wollen, dann muss auch eine plurale und säkulare Gesellschaft Wert darauf legen, dass die Quelle und der Ursprung ihrer Überzeugungen offenbar werden, denn sie selbst kann in ihrer Pluralität und Säkularität den Bestand dieser Überzeugungen nicht sichern. Darum braucht sie immer noch und auf Dauer den Beitrag von Theologie und Kirche.

Das „Wie“ dieses Beitrags aber muss sich verändern: Es geht um einen „**argumentativen Diskurs** unter Bezug auf universell konsensfähige Prinzipien“, wobei die Aufgabe „in der vernünftigen Verständigung mittels sinnvoller Argumente und guter Gründe“ besteht.¹⁴⁵ Im Streit unterschiedlicher religiöser Gewissheiten muss die christliche Wahrheit so bezeugt werden, dass ihr Anspruch nicht nur postuliert, sondern in den Erfahrungen von Menschen als hilfreich erwiesen wird.¹⁴⁶

Denn um **religiöse Gewissheiten** geht es. Es stehen sich nicht eine „christliche Überzeugung“ und eine „wissenschaftliche“ Weltsicht gegenüber. Wie an der Position PETER SINGERS zu

¹⁴⁵ Beide Zitate von M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 210.

¹⁴⁶ Auf diesen Aspekt des Themas wies besonders B. HILDEBRANDT hin (1999), 1.

zeigen war, stehen sich immer letzte Überzeugungen und Bindungen an höchste Werte konkurrierend gegenüber. Die Antworten auf die gestellten Fragen ergeben sich nicht gleichsam zwangsläufig aus (wissenschaftlichem) ärztlichem Wissen. Die Medizin kann sich vielmehr die Antworten auf die hier gestellten Fragen nicht selbst geben. Es war schon in der Antike ein Unterschied, ob sich ein Arzt dem Eid des HIPPOKRATES verpflichtet sah oder aber den Vorstellungen PLATOS folgte. Es sind immer weltanschauliche, ja religiöse Gewissheiten gewesen, denen Ärzte folgten.

Kirche und Theologie sollen darum christlich orientierten Ärzten helfen in der **Vergewisserung** ihrer besonderen Sicht der Entscheidungen, die das Lebensende betreffen, und sie sollen bei allen anderen Ärzten um **Verständnis und Einverständnis** für diese Sicht werben. Jedenfalls ist eine wertneutrale und rein naturwissenschaftlich orientierte Medizin eine Illusion: aller Erfahrung nach liefert sich die Medizin dann der gerade herrschenden Weltanschauung um so unkritischer aus, je mehr sie der Meinung ist, sie agiere weltanschaulich neutral.¹⁴⁷

¹⁴⁷ U. EIBACH (1998), 33f.

4. Die Kriterien: das christliche Menschenbild

4.1 Die Würde der Person und das Leben der Persönlichkeit

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. Beide unterscheiden sich in der Frage, **inwiefern ein Mensch auch Person ist**.¹⁴⁸

- Das eine Menschenbild sieht jemanden als **Person an, insofern er Träger eines Eigennamens** ist. JOHANNES FISCHER weist darauf hin, dass in diesem Personbegriff die Person des Menschen nicht identisch ist mit seiner Natur (die in Merkmalen und Eigenschaften beschreibbar ist).¹⁴⁹ Die Würde einer Person, die nicht mit ihrer Natur identisch ist, ist nach **IMMANUEL KANT** dadurch bestimmt, dass die Person ein Zweck an sich selbst ist und nicht bloß Mittel zum Zweck.¹⁵⁰ Die Würde des Menschen wird demnach verletzt, wo über ihn von außen verfügt wird, um ihn zum Mittel für einen wie auch immer gearteten Zweck zu machen. Eine Person bestimmt sich selbst, und wir können Bestimmtheit über eine Person nur insofern erlangen, als sie sich uns selbst in Kommunikation offenbart. Bei **KANT** wird somit Autonomie auch durch Selbstzwecklichkeit bestimmt. Der Status von Personen unterscheidet sich grundlegend von dem der „Sachen“: letztere „haben ... nur einen relativen Wert, als Mittel [...]“, Personen dagegen haben als „Zwecke an sich selbst“ zu gelten, „als etwas, das nicht bloß als Mittel gebraucht werden darf...“.¹⁵¹ Daraus folgt: Personen haben „nicht bloß einen relativen Wert, d.i. einen Preis, sondern einen inneren Wert, d.i. Würde.“¹⁵² Der Komapatient „ist“ nicht seine wahrnehmbare Natur, sondern mehr und anderes als dieses, und er könnte sich uns nur in unmittelbarer Kommunikation offenbaren. Darum nehmen wir auch den Komapatienten nicht als „etwas“ wahr, sondern als „jemanden“.¹⁵³ Im christlichen Glauben wird diese Personalität extern begründet: der Mensch als Person geht nicht in seiner Natur auf, weil er als Geschöpf und Ebenbild Gottes geglaubt wird. Menschen sind von Gott als die Personen erkannt, die sie in Wahrheit sind (Ps. 139,16; Jer. 1,5).
- Das andere Personkonzept geht auf **JOHN LOCKE** zurück: die Identität einer Person kann es geben, wenn sie sich, als gegenwärtiges Bewusstsein in der Erinnerung frühere Bewusstseinszustände als die eigenen zurechnet und in der Vorausschau künftige Bewusstseinszustände als die ihren antizipiert. Person bedeutet „meiner Meinung nach ... ein denkendes, verständiges Wesen, das Vernunft und Überlegung besitzt und sich selbst betrachten kann. Das heißt, es erfasst sich als dasselbe Ding, das zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten denkt. Dies geschieht lediglich durch das Bewusstsein, das dem Denken untrennbar ist und, wie mir scheint, zu dessen Wesen gehört. [...] Denn da das Bewusstsein das Denken stets begleitet und jeden zu dem macht, was er sein Selbst nennt und wodurch er sich von allen anderen Wesen unterscheidet, so besteht hierin allein die Identität der Person, d.h. das Sich-Selbst-Gleich-

¹⁴⁸ Vgl. R. SPAEMANN (1992) mit der signifikanten Frage: „Sind alle Menschen Personen?“

¹⁴⁹ J. FISCHER (1999), 100

¹⁵⁰ Vgl. A. WILDFEUER (1998), 6f.

¹⁵¹ I. KANT (1903), 428.

¹⁵² A.a.O., 435.

¹⁵³ Auf diesen Zusammenhang verweist wiederum J. FISCHER, a.a.O., 102.

Bleiben eines vernünftigen Wesens.¹⁵⁴ Mit anderen Worten: „**Die Person existiert als Bewusstsein und erfasst sich als Bewusstsein.**“¹⁵⁵ In der neu eren bioethischen Debatte begegnet uns dieser Personbegriff vor allem im Zusammenhang mit Interessen, die Personen haben (können). Wer Interessen hat, richtet sich auf deren Erfüllung in der Zukunft aus. Dazu muss er ein Zeitbewusstsein haben. Wachkoma-Patienten haben diese **Eigenschaft** offenbar nicht und sind darum auch keine Personen, sondern „nur“ menschliche Wesen ohne Personstatus, und d.h. etwa für PETER SINGER auch ohne Personrechte. Der Unterschied zum christlichen Personbegriff besteht darin, „dass hier das Wort ‚Person‘ eine Klasse von Wesen mit bestimmten Eigenschaften bezeichnet, nämlich die Klasse der interessefähigen, selbst- und zukunftsbewussten Wesen.“¹⁵⁶ 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.

Selbstverständlich ist das Votum für das erste, an der Würde jedes Menschenlebens interessierte Menschenbild keineswegs, wie im Anschluss an das unter 3.6 Gesagte hier noch einmal festzuhalten ist: „Ganz und gar nicht selbstverständlich ist nun schon, wenn ich als weiteres Charakteristikum des christlichen Wirklichkeitsverständnisses den unendlichen Wert der Menschenseele nenne - wer wollte dies vom bloßen Wissen um den Menschen her aussprechen? Rein empirisch gesehen lässt sich die unendliche Wichtigkeit des Einzelnen wohl kaum behaupten. Wo ihm von der Vernunft her Selbstzwecklichkeit - wir sagen heute: unantastbare Würde - zuerkannt wird, da steht das Menschenbild des christlichen Glaubens dahinter. Der unendliche Wert kommt dem Menschen vom ewigen Gott her zu. Ewigkeit umschließt damit den Menschen, denn von Gott gewollt sein, das steht unserer Zeit voran, das bestimmt unsere Lebenszeit zwischen Geburt und Tod und das geht ihr nach.“¹⁶⁵

Verwurzelt ist diese Überzeugung in den Schriften des Alten und Neuen Testaments. Exemplarisch soll dies an zwei Beispielen demonstriert werden:

- Das hebräische Wort für Würde ist „**kabod**“. Es bedeutet Schwere („was Gewicht verleiht“) und Ehre. Es handelt von etwas, das zuerst Gott selbst und ihm allein zu-

¹⁵⁴ J. LOCKE (1981), 419f. Im Original: Die Person ist „a thinking intelligent Being, that has reason and reflection, and can consider itself as itself, the same thinking thing in different times and places, which it does only by that consciousness, which is inseparable from thinking, and ... essential to it. [...] For, since consciousness always accompanies thinking, and it is that which makes every one to be what he calls self, and thereby distinguishes himself from all other things, in this alone consists personal Identity, i.e. the sameness of a rational Being.“ = J. LOCKE, An Essay Concerning Human Understanding, II, 27. Fundort:

<http://www.brembs.net/metabiology/essay.html>

¹⁵⁵ J. FISCHER (1999), 100.

¹⁵⁶ A.a.O., 101.

¹⁵⁷ J. FISCHER (1999), 100

¹⁵⁸ Vgl. A. WILDFEUER (1998), 6f.

¹⁵⁹ I. KANT, Grundlegung der Metaphysik der Sitten, Akademie-Ausgabe, IV, 428.

¹⁶⁰ A.a.O., 435.

¹⁶¹ Auf diesen Zusammenhang verweist wiederum J. FISCHER, a.a.O., 102.

¹⁶² J. LOCKE, An Essay Concerning Human Understanding, II, 27.

¹⁶³ J. FISCHER (1999), 100.

¹⁶⁴ A.a.O., 101.

¹⁶⁵ B. HILDEBRANDT (2000), 8.

kommt. Es „ist die Majestät Gottes, in der er den Menschen erscheint“ (CLAUS WESTERMANN zu Ez. 1,28; 3,23; 8,4).¹⁶⁶ An dieser „kabod“ hat Gott dem Menschen in der Schöpfung Anteil gegeben. Staunend wird über den Menschen und seine „gravitas“ in Psalm 8,6 bekannt: „Du hast ihn wenig niedriger gemacht als Gott, mit Ehre (kabod) und Herrlichkeit hast du ihn gekrönt.“ Diese besondere **Würdigung des Menschen durch Gott** ist zugleich seine Begrenzung, denn der Mensch hat diese Würde nur von „außen“ und „oben“ her, eben von Gott und in der Bindung an ihn. Sie ist eine dignitas aliena. Sie ist nicht eine dignitas propria, die der Mensch an und für sich (durch seine Natur) besäße, oder die er wie eine Eigenschaft auf- und nachweisen könnte bzw. müsste. Sie ist eben keine ontologische Größe, sondern eine relationale Größe. Als von Gott Geliebter und Gewürdigter ist der Mensch anzusehen. Das ist seine besondere, unverdiente Menschenwürde. Es gibt den Menschen nicht „an sich“, sondern stets nur coram deo. 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 Hinblick auf seine im Hirn zu verortende Geistigkeit. Was aber etwa in den von-Bodelschwingschen Anstalten (Bethel) Grundüberzeugung ist, wird so begründet: die Würde des Menschen, die ihm von Gott zuerkannt wird, ist auch unverlierbar. „Wer vom Menschen geboren ist, ist und bleibt Mensch.“¹⁶⁷

- Der tiefste Grund und Halt für diese Qualifizierung des Menschen ist aber in der **Inkarnation Jesu Christi** zu suchen. Sie ist **Gottes Ja** zum Menschen und zwar **zum wirklichen Menschen** gegen alle seine Kläger. Während wir Bedingungen erheben für Personalität und die ausschließen, die diesen Bedingungen nicht gerecht werden, sagt Gott ja zum wirklichen Menschen, auch gegen seine Verkläger. Während wir Idealen folgen, nimmt er den wirklichen Menschen an, **in all seiner Kummerlichkeit**. Der menschengeborene und gekreuzigte Christus steht auch für Gottes Ja zum leidenden, elenden und verachteten Menschen.¹⁶⁸ Dieses en tschiedene Ja Gottes darf allerdings nicht verwechselt werden mit einer Idealisierung von Krankheit und Schwäche. Das Ideal des autonomen Menschen wird hier nicht ersetzt durch das Ideal des kranken Menschen. Krankheit und Leid sind nicht Gegenstand der Verklärung, sondern Grund zum Widerstand nach dem Zeugnis der Bibel. Allein die Verbundenheit auch mit dem Kranken, die Fürsorge und Hilfe Gottes für das Schwache und die Verheißung der Überwindung von Krankheit und Leid in seinem kommenden Reich (Offb. 21) sollen zum Ausdruck kommen, nicht aber ein fragwürdiges Ideal der Schwäche.¹⁶⁹

HELMUT THIELICKE hat schon darauf hingewiesen, dass der Mensch durch die „extra nos“ begründete Menschenwürde auch „**in seinem Grenzfall gesichert** und in seiner Würde geachtet“ werden muss, unabhängig davon, wie sehr er durch Behinderung oder Krankheit entstellt sein mag: „Die einzig gültige Relation, die menschliche Personwürde zu begründen vermag, ist die zu Gott. Indem die Würde auf ihn begründet wird bzw. auf das begründet wird, was er für uns tut und aufbringt, ist auch der Mensch in seinem Grenzfall gesichert und in seiner Würde geachtet. Auch der Ärmste ist ein Bruder des gefangenen, hungernden, bloßen Christus.“¹⁷⁰ Auch im extremen Leid und in der radikalen Reduzierung auf die bloße Kreatürlichkeit geht die Menschenwürde, die durch Gott garantiert wird, nicht verloren. Sie

¹⁶⁶ C. WESTERMANN (1978), 811.

¹⁶⁷ A.a.O., 59 mit Verweis auf D. BONHOEFFER (1975), 176.

¹⁶⁸ D. BONHOEFFER (1975), 76.

¹⁶⁹ So zurecht auch U. EIBACH (1998), 57f.

¹⁷⁰ H. THIELICKE (1958), 153.

ist es, die das letzte Nein zu einem Menschenleben, das mit seiner Tötung ausgesprochen würde, ethisch disqualifiziert.

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**¹⁷¹ 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 ULRICH EIBACH¹⁷². Mit EIBACH schlagen wir vor, das „Ganzheitsmodell“ der Person dem „Stufenmodell“ der Persönlichkeit vorzuordnen.

Wenn etwa der ehemalige 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“¹⁷³, dann meint dieser Sonnenuntergang eben den allmählichen Zerbruch der Persönlichkeit dieses Menschen, nicht aber das Ende seiner Personwürde, die nicht zuletzt in der Pflege durch seine Frau bis heute beachtet wird.

¹⁷¹ Diese Unterscheidung von Person und Persönlichkeit wählen wir in Anlehnung an die grundlegende Studie von ULRICH EIBACH. Vgl. U. EIBACH (1998), 64-67.

¹⁷² U. EIBACH (1998), 66.

¹⁷³ L. WIELAND (1999), 3.

4.2 Das Fürsein und Selbstsein des Menschen und die Ethik der Barmherzigkeit

Weiterhin unterscheiden wir eine 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 Entmächtigung der Persönlichkeit durch Krankheit und Alter ausblendet und sich nur an Gesundheit, Freiheit und Glückbestreben orientiert, verfehlt die offenkundige Wirklichkeit des Daseins, vielleicht auch die eigene zukünftige Wirklichkeit. Ein solches Menschenbild ist immer eine Gefahr für die Schwächsten in der Gesellschaft. Aber die Art 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.¹⁷⁴

Im Gegensatz zu einem Ethos der Stärke, wie es von PLATO bis NIETZSCHE immer wieder vertreten wurde, bringt die christliche Tradition eine **Ethik der Barmherzigkeit** ein, die sich gerade der Fürsorge für die schwächsten Glieder der Gesellschaft verschreibt.

Hier wird das Wesen des Menschen gerade nicht in isolierter Autonomie gesehen, sondern in seinem **Für- und Mitsein**. Das Angewiesensein auf andere ist dann auch nicht eine unreife, möglichst zu überwindende Vorstufe reifen Menschseins.¹⁷⁵ Der Mensch bleibt auf das Du angewiesen und auch das mündige, selbstbestimmte Ich wird zum Ich durch das Du, das ihn anredet und mit dem er in wechselseitiger Kommunikation existiert. „Das Mitsein hat ontologischen Vorrang vor dem Selbstsein (M. BUBER, E. LEVINAS).“¹⁷⁶ Anders und damit theologisch ausgesagt: der Mensch ist bestimmt durch das **Doppelgebot der Liebe** zur Existenz in mehrfacher Beziehung: zu seinem Nächsten und zu Gott. Das solipsistische Ich aber wird gerade nicht gesund und stark.

So ist die Ethik der Barmherzigkeit der Autonomie vorgeordnet, die Autonomie damit aber nicht erledigt, sondern mit ihrem Anliegen der Ethik der Barmherzigkeit untergeordnet. Auch in einer Ethik der Barmherzigkeit wird die **Selbstständigkeit** des einzelnen Menschen zu fördern sein, so weit es seinem jeweiligen Zustand entspricht und möglich ist. EIBACH spricht an dieser Stelle von „ermöglicher Fremdverfügung“ und „ermöglichter Selbstverfügung“.¹⁷⁷ So wenig wie nötig soll der Mensch einem asymmetrischen Fürsein unterworfen werden.

Wird aber dies notwendig, so ist es nicht entwürdigend oder gar entwertend, sich ganz der Fürsorge anderer zu überlassen und gerade darin Wert und Würde zu behalten. Und der

¹⁷⁴ U. EIBACH (1998), 70.

¹⁷⁵ U. EIBACH (2000), 21.

¹⁷⁶ A.a.O., 30.

¹⁷⁷ A.a.O., 31.

Mensch verliert auch nicht seine Würde, konsequenterweise auch nicht den Anspruch auf Zuwendung und Schutz seines Lebensrechtes, wenn er in einen Zustand völligen Angewiesenseins gerät. Diese Überzeugung „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.“¹⁷⁸ Hierin wird der Charakter des Menschen als „näphäsch“, als durstiges, immerzu bedürftiges Wesen deutlich. Er ist nicht nur autonomes Subjekt, sondern immer wieder **der auf andere und auf deren Hilfe angewiesene Mensch**. Eine Ethik der Stärke aber würde zum Frontalangriff auf die Schwächsten der Gesellschaft, insofern sie die Würde des Menschen an seine Selbstbestimmung koppelt.

„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.“¹⁷⁹

Eine solche Ethik der Barmherzigkeit leistet einen wesentlichen **Bildungsbeitrag** für die Gesellschaft, indem sie deutlich macht, dass Menschsein stets auch Angewiesensein auf Gemeinschaft und Zuwendung, auf Hilfe und Erbarmen bedeutet und entmythologisiert das Ideal vom autonomen und autarken Wesen (Realitätsgewinn). Der Bildungsbeitrag einer solchen Ethik besteht darüber hinaus darin, dass sie die humansten Fähigkeiten in Menschen freisetzt, die sich dem Dienst und der Pflege hilfsbedürftiger Nächster widmen.¹⁸⁰

¹⁷⁸ U. EIBACH (1998), 134.

¹⁷⁹ A.a.O., 133.

¹⁸⁰ A.a.O., 71-73.

4.3 Das Leben in Grenzen und die Hoffnung über alle Grenzen hinaus

Betonen wir die „fremde Würde“ und die „Ethik der Barmherzigkeit“, so halten wir fest: das menschliche Dasein ist „nicht ausschließlich als autonomes Tätigsein verfasst, sondern gründet in einem **Vonwoher** und **Woraufhin**, das dem Handeln des Subjekts kategorisch entzogen ist“ (U. KÖRTNER).¹⁸¹ Das klärt uns nun auf über Anfang, Mitte und Ende des Lebensweges:

(a) Der Mensch ist gerade in Geburt und Tod nicht Herr seiner selbst: er verdankt sich anderen, er wird (ganz passiv) „empfangen“ und er wird (ebenso passiv) geboren. Schon am **Anfang** seines Lebens wird deutlich: Er lebt von empfangener Liebe. Diese **Passivität** ist Verweis auf ein **grundlegendes Angewiesensein** des Menschen, der sich nicht selbst macht oder erhält: „Ich glaube, dass mich Gott geschaffen hat samt allen Kreaturen, mir Leib und Leben, Augen, Ohren und alle Glieder, Vernunft und alle Sinne gegeben hat und noch erhält.“¹⁸² So ist das natürliche Dasein der Verfügungsgewalt des Menschen entzogen.

(b) Ganz ähnlich lässt es sich auch vom Heidelberger Katechismus her sagen. Nach Frage 1 („Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben?“) ist unser Leben darin begründet und gehalten, dass „ich mit Leib und Seele, im Leben und im Sterben nicht mein, sondern meines getreuen Heilands Jesu Christi eigen bin.“ Was am Anfang galt, gilt auch für den **weiteren Lebensweg**: Ich gehöre also nicht mir selbst und verfüge nicht völlig autonom über mich selbst. Dies zu glauben, unterwirft mich aber **nicht** einer niederdrückenden **Heteronomie**, da ja der, dem ich gehöre, mein ist: mein getreuer Heiland, der es nicht anders als gut mit mir meinen kann (Röm. 8,31+32).

Es ist auch deshalb **nicht ein versklavtes Leben**, weil dieses Leben zu führen, zu gestalten, in ihm zu handeln, uns aufgetragen ist. Der Mensch kann (und soll) sein Leben in einer Kette von Entscheidungen und Handlungen „führen“. Unser Leben ist uns nicht nur gegeben, sondern auch aufgegeben. Damit ist uns „**Gestaltungsmacht**“ (BERND HILDEBRANDT) gegeben. In Vertrauen und Gehorsam an Gott gebunden soll der Mensch sein Leben gestalten. Darum kann eine christliche Argumentation in dieser Sache nicht nur eine abgrenzend-kritische Stellung zur Selbstbestimmung des Patienten einnehmen.

Das Leben ist „Gottes Leihgabe“¹⁸³, die eines Tages von dem, der sie gab, zurückgenommen wird. Bis er sie zurücknimmt, sollen wir dieses Leben leben wollen. Dass unser Leben befristet ist, ist kein Nein zu diesem irdischen Leben, weil es etwa als nur vorläufig, bloß vergänglich entwertet würde. Vielmehr ist das geliehene Leben anzunehmen. Das impliziert „beiläufig und anonym“ mit der Gabe das **Gebot: „Du sollst leben wollen.“**¹⁸⁴ Leben zu wollen, heißt auch, mit dem eigenen Leib und Leben pfleglich umzugehen und gegebenenfalls den drohenden Tod abzuwehren. Gerade die Befristung der Lebensgabe ermöglicht erst ein in bestimmter Zeit und in einem bestimmten Raum, also unverwechselbar gestaltetes Leben.¹⁸⁵

(c) Befristung kündigt aber auch ein **Ende** an: „Das Leben ist ein begrenztes Gut, dem Menschen anvertraut und als Gottes Gabe an ihn so, wie Gott sie gibt und in dem Umfang, in dem

¹⁸¹ U. KÖRTNER in H. KÜNG UND W. JENS (1995), 54.

¹⁸² M. LUTHER, Erklärung zum ersten Artikel des Glaubensbekenntnisses im Kleinen Katechismus (1529).

¹⁸³ K. BARTH (1951), 380.

¹⁸⁴ A.a.O., 378.

¹⁸⁵ E. JÜNGEL (1997), 12.

er sie gibt, zu bejahen und zu wollen. Zu diesem Leben gehört die Krankheit, gehören das Altwerden und das Abnehmen der Kraft zum Leben bis schließlich dahin, dass infolgedessen auch der Lebenswille bricht und die Stunde des Nicht-Mehr-Weiterlebens-Wollens kommt. Weil das Leben nicht unbegrenzt ist, so wird der Charakter dieser Grenze sich auch darin kundtun, dass der Wille zum Leben abnimmt und sich schließlich aufhebt. Wie der Mensch leben wollen soll, so soll er auch sterben wollen, wenn die Vorboten des Todes unabweisbar und unabwendbar das Ende anzeigen. Nur muss deutlich sein, dass es hierbei um die dem Menschen begegnende Grenze des Lebens geht. Diese Grenze stellt sich ein und soll nicht – weder für andere noch für sich selbst – eigenmächtig vorweggenommen werden.¹⁸⁶ Das Leben, das ich mir nicht selbst gegeben habe, nehme ich mir auch nicht selbst.

Es gibt demnach **nicht** so etwas wie **eine unendliche „Pflicht zum Leben“**. Das heißt, das Gebot, leben wollen zu sollen, kann jedenfalls nicht durch das Attribut „unbedingt“ ergänzt werden. Damit würde das irdische Leben selbst vergötzt.¹⁸⁷ Es kann und darf eines Tages „genug“ sein. Ich muss mich nicht ohne Ende gegen das Sterben wehren, denn es ist und bleibt der mir bestimmte Zielpunkt des irdischen Daseins. Es kann sein, dass ich „alt und lebenssatt“ (Gen. 25,8) bin, weil ich mein Leben gelebt habe. Es kann auch sein, dass ich das Maß der mir auferlegten Leiden nicht mehr ertragen kann.

Dem Seelsorger begegnet auch dies. Es begegnet bereits in der Person **Hiobs**, der in seiner ersten Antwort auf Eliphas klagt, die Pfeile des Allmächtigen steckten in seinem Inneren (Hi. 6,4), so dass der Schmerz ihn quäle ohne Erbarmen (6,10) und der nur noch eine Bitte hat: „Könnte meine Bitte doch geschehen und Gott mir geben, was ich hoffe: Dass mich doch Gott erschlagen wollte und seine Hand ausstreckte und mir den Lebensfaden abschnitte“ (6,8f.). Charakteristisch an dieser Rede Hiobs aber ist, dass sie sich in die Gestalt der Bitte kleidet und nicht die Ankündigung einer eigenmächtigen Tat wider das Leben wird.

Ganz anders der ursprünglich **stoische Grundsatz** des „**patet exitus**“, des offen stehenden Auswegs durch Suizid: er offenbart die Meinung, dass der Mensch niemandem sein Leben verdanke, niemandem verpflichtet sei und sich selbst genug sei. Dies steht im Gegensatz zur Auffassung der Bibel, den Menschen als „beziehungsreiches Wesen“ zu sehen, das in Beziehung zum Mitmenschen und zur Mitschöpfung, auch zu sich selbst (horizontale Dimension), aber auch in Beziehung zum Schöpfer (vertikale Dimension) existiert.¹⁸⁸

Wir halten fest: **Das Sterben gehört zum Leben des Menschen hinzu**. Es bleibt aber in seinem Wesen **ambivalent**. Es ist **das Ende, das sein darf**, wenn die Kraft zu Ende geht, aber auch **das Ende, das sein muss**, weil das Leben der Persönlichkeit zerbricht. Das Schmerzhafte und Bittere dieses Zerbrechens der Persönlichkeit darf nicht durch modische **Thanatologien** überspielt werden („Schöner Sterben“).

Auch die Einteilung des Sterbens in fünf **Phasen** (Schock – Empörung – Verhandlung – Depression – Annahme) nach ELISABETH KÜBLER-ROSS könnte den Eindruck erwecken, das Sterben sei ein **Reifungsprozess**, „in dem der Mensch sein Leben aus eigener Kraft zu einer

¹⁸⁶ B. HILDEBRANDT, (1999), 5.

¹⁸⁷ So B. HILDEBRANDT, a.a.O., 2: „Will man schon den Imperativ „Du sollst leben wollen“ als Pflicht verstehen, so muss jedenfalls der Gedanke des Unbedingten daraus gestrichen werden. Sonst bestünde Gefahr, die durchaus gebotene Ehrfurcht dem eigenen Leben gegenüber in der Weise misszuverstehen, dass mit ihr dieses als solches verabsolutiert und d.h. vergötzt würde.“

¹⁸⁸ So B. HILDEBRANDT (1999), 2f.

es abrundenden Vollendung bringt. Es ist vielmehr Abbruch des Lebens, oft verbunden mit starken Schmerzen und einer Entmächtigung der Persönlichkeit und tiefsten seelischen und geistlichen Erschütterungen.¹⁸⁹ Sterben ist der dem Geschöpf verordnete, oft bittere letzte Weg, der Abschied von allem, was ein Mensch tat und litt, liebte und besaß. Dieses Sterben ist jedem Menschen auf seine Weise auferlegt. Sterbephasen sind bestenfalls eine heuristische Hilfe, um Ähnliches und Typisches wiederzuerkennen, aber keineswegs ein Fahrplan zum korrekten Sterben. Es darf nicht zu einer *ars moriendi* hochstilisiert werden, die dem Sterbenden hilft bei der euphorisch betrachteten **Transformation** in ein anderes Sein (E. KÜBLER-ROSS).

Insofern ist der Tod auch nicht das letzte Werk, das ich in die Hand nehme, das Stück meines Lebens, das ich gestalte (S. REITER-THEIL¹⁹⁰), sondern Widerfahrnis, dem ich mich nicht entziehen, sondern das ich nur erleiden kann.¹⁹¹ Das Sterben ist Passion und nicht zuerst Aktion. Angesichts dieser Passion ist es nicht unmenschlich, am Ende der Tage wieder wie am Anfang ganz auf Zuwendung und Pflege angewiesen zu sein. Unmenschlich ist es, darin allein gelassen zu werden und durch menschliche Willkür noch mehr und länger leiden zu müssen als nötig.

Angesichts der Bitterkeit des Sterbens ist es eine besondere Gnade, wenn ein Mensch friedlich, alt und lebenssatt seinen irdischen Weg beenden darf.

Hier ist auch eine **Grenze der Sterbebegleitung**, die wir – auch um der seelischen Gesundheit der Begleitenden – nicht verschweigen dürfen: diesen bitteren Charakter des Todes wird auch eine noch so einfühlsame und kompetente Sterbebegleitung nie ganz aufheben können. Ohnmacht ist die Grunderfahrung aller, die es mit Sterbenden zu tun haben.

Die Begleitung der Sterbenden lernt hier von der **Nüchternheit** gegenüber dem Tod bei den biblischen Zeugen, wie sie CHRISTOF HARDMEIER herausgearbeitet hat. In 2. Sam. 12, 15b-25 wird erzählt, wie der jüdische König David den Tod eines Kindes erleidet. „David gibt dieser Wahrheit und Nüchternheit Raum. Er antwortet der erstaunten Dienerschaft nach Abbruch seines Fastens mit schlagender Nüchternheit: ‚Jetzt, da das Kind tot ist, wozu sollte ich denn fasten? Kann ich es [etwa] noch zurückbringen? Ich bin unterwegs zu ihm, es aber wird nicht zu mir zurückkehren.‘ Für alttestamentliches Denken ist der Tod eine absolute Grenze. Im Tod ist es vorbei mit der Gottesbeziehung und deshalb hat auch Gott selbst nichts davon, Menschen sterben zu lassen. Er ist im emphatischen Sinne ein Gott des Lebens. In diesem Wissen ist es deshalb völlig konsequent, dass David aufhört mit Fasten und Beten, sowie der Tod des Kindes feststeht. Im ganzen Alten Testament geht es in dieser radikalen Weise um das Leben vor dem Tode. Deshalb kennt die hebräische Bibel schlechterdings keinen Totenkult, ja dieser wird in seinen vielfältigen - vor allem von der phönizischen Umwelt nahegelegten - Formen abgelehnt und zurückgewiesen. Dementsprechend wird wie auch in unserer Modellerzählung das Leben als Weg auf den Tod hin gesehen, aus dem es keine Rückkehr gibt. ... Der Erzähler lässt David nicht antworten: ‚Ich werde zu ihm gehen‘, im Sinne von: ‚wenn ich dereinst selber einmal sterben muss‘, sondern: ‚Ich bin jetzt schon - hier und heute - unterwegs zu ihm.‘ Darin kommt ein Todesbewusstsein mitten im Leben zum Ausdruck, das den Tod im Leben weder verdrängt noch tabuisiert. Vielmehr geht dieses Bewusstsein mit dem einzigen todsicheren Faktum des Lebens so um, als könnte es jeden Tag eintreten. Was

¹⁸⁹ U. EIBACH (1998), 100.

¹⁹⁰ S. REITER-THEIL, in: M. EMMRICH (1999), 50-53.

¹⁹¹ Vgl. U. EIBACH (1998), 73-86.

die Bitte im 90sten Psalm zum Ausdruck bringt: ‚JHWH, zu zählen unsere Lebenstage - das lehre Du uns, so dass wir weisen Herzens werden‘, wird in der Antwort Davids als gelebte Weisheit deutlich. Sie bewährt sich in der nüchternen Hinnahme des Todes im Sterbezimmer des geliebten Kindes.¹⁹²

Das meiner Verfügung entzogene Leben ist also endliches Leben, das von „meinem getreuen Heiland“ beanspruchte Leben ist aber **auch geborgenes Leben, bis in die Schrecken des Sterbens hinein** und darüber hinaus. Denn der, dem ich gehöre, ist Sieger über den Tod: und die Gemeinschaft mit ihm wird im Unterschied zu allem anderen im Sterben nicht vernichtet. So sehr das Sterben alles vernichtet, so sehr ist es doch dem Christen auch der Durchgang zum ewigen Leben.

Denn: „Begegnung mit Gott heißt konkret **Begegnung mit Christus**. Und wer Christus sagt, kann nicht stehen bleiben bei der Erfahrung, dass **der Tod unsere Grenze** ist. Er wird vielmehr zu der Gewissheit geführt, dass **Gott auch die Grenze unseres Todes** ist, und zwar gerade auch im Blick darauf, dass unser Tod unser Versagen und unsere Schuld, die Gottes Nein verdienen, manifest macht. Aber wir können nicht an Tod und **Auferstehung Jesu Christi** vorbei von unserem Tod und von unserer Hoffnung sprechen. Eben die Wirklichkeit von Tod und Auferstehung Jesu Christi macht uns dessen gewiss, dass Gott dem Tode die nichtende Macht genommen hat und auch dort, an unserer Grenze, unser uns treues Gegenüber sein und bleiben wird und für uns gut steht. Dies verändert unser Leben, genauer: unser Verhältnis zu ihm, schon im Hier und Jetzt. Darum kann PAULUS sagen: „Ist jemand in Christus, so ist er eine neue Kreatur“ (2. Kor. 5,16).“¹⁹³

So vermag man auch einzugestehen, dass das Leben des Menschen **immer fragmentarisch** ist. Wir müssen nicht ein rundes, glückliches, erfolgreiches Leben zum höchsten Kriterium machen (so sehr wir uns daran freuen können) und dem gemäß den ausschließen, dem dieses Leben nicht gelingt oder aber genommen wird. Wir wissen vielmehr, dass jedes Leben **noch auf seine Vollendung wartet und zugeht**, und dass auch das extrem geminderte Leben noch auf Vollendung warten und zugehen darf. Erst in der Ewigkeit sind wir wirklich „wir selbst“, und in unserer Vollendung kommen wir nicht nur zu Gott, sondern in Wahrheit auch zu uns selbst. **Bis dahin bleibt unsere Würde transzendent und nicht empirisch aufweisbar.**¹⁹⁴

Was ergibt sich nun aus dieser christlichen Sicht der Anthropologie für die Aufgabe der **Medizin**?

Die Medizin soll **Krankheiten bekämpfen**, auf Erhaltung und Erhalt der Gesundheit aus sein, damit der Mensch seiner Bestimmung nach **als Persönlichkeit leben** kann.¹⁹⁵ 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.¹⁹⁶ Fällt eine dieser Beziehungsebenen **endgültig** aus, so haben wir es mit **Vorboten des Todes** zu tun, mit dem

¹⁹² C. HARDMEIER (1999), 3f.

¹⁹³ B. HILDEBRANDT (2000), 9f. Hervorhebungen durch MH.

¹⁹⁴ U. EIBACH (2000), 25.

¹⁹⁵ U. EIBACH (1998), 108f.

¹⁹⁶ A.a.O., 109f.

sozialen oder psychischen oder auch geistlichen Tod der Persönlichkeit, während der Tod der Person erst eintritt, wenn der menschliche Leib zum Leichnam geworden ist.¹⁹⁷

Die medizinische Versorgung hat zuerst den psychophysischen Grundlagen eines Lebens der Persönlichkeit zu dienen. Sie sieht den Menschen als Leib und müht sich um **Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit dieses Leibes**.¹⁹⁸ Das heißt auch: in der Gefährdung ist um das Überleben des Menschen zu kämpfen.¹⁹⁹ „Die Annahme des Sterbens- und Todesgeschicks schließt den Kampf gegen die Krankheit, um die Erhaltung des von Gott geschenkten Lebens, das Gebet um Gewährung von Lebenszeit oder gar um Heilung nicht aus.“²⁰⁰ Ist Heilung nicht mehr möglich, so geht es immer noch um möglichst erträgliche Lebensbedingungen.

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. Das Maß dafür ist die Möglichkeit des Menschen, noch als Persönlichkeit zu leben: also (wenn auch vielleicht eingeschränkt und nur noch mittels technischer Unterstützung) in Beziehung, Kommunikation, Selbstbewusstsein und Eigentätigkeit. Hier sind Übergänge möglich, aber es gibt dann auch den Punkt, an dem ein solches Leben der Persönlichkeit nicht mehr möglich ist. **Kurative Maßnahmen verlieren dann ihre Berechtigung**.

Aus medizinischer Sicht sieht es ähnlich aus: Eine medizinische Maßnahme **verliert ihre Indikation**, wenn sie ihr ursprüngliches **Ziel nicht mehr erreichen** kann.²⁰¹ Sie ist dann auch abzubrechen. 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 verfügten 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 die ärztliche und pflegerische Bemühung hört damit nicht auf: 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 Basispflege verzichtet oder der Mensch gar getötet werden könnte.²⁰²

¹⁹⁷ A.a.O., 110f.

¹⁹⁸ Der Leib ist „Ausdrucksfeld“ der Seele (des Ich) und damit der Person und zugleich das „Eintrittsfeld“ des Menschen zu seiner Mit- und Umwelt. Aus christlicher Sicht ist er der „Tempel des heiligen Geistes“ (1. Kor. 6, 19). Das bedingt eine hohe Achtung vor der Leiblichkeit des Menschen. Ein Ja zum Menschen, das nicht ein Ja zum Leib wäre oder sich gar in einem Nein zum Leib (etwa im Akt der Tötung des Leibes) äußerte, wäre darum ein Widerspruch in sich selbst. Vgl. a.a.O., 111.

¹⁹⁹ Dabei verbietet sich eine überkritische Haltung im Blick auf die moderne Medizin und ihren Fortschritt, die man als Apparatemedizin beschimpft, die einer „Rangerphilosophie“ (H.-M. SASS, 1998, 50) anhängt.

²⁰⁰ U. EIBACH (1998), 79.

²⁰¹ A.a.O., 189.

²⁰² A.a.O., 114f.

Das Sterben aber wird hingenommen: Es ist auch nicht Aufgabe von medizinischen und pflegerischen Helfern, den Tod um jeden Preis und in jedem Fall zu bekämpfen, weil das Sterben eines Menschen die „Niederlage“ des Arztes bzw. der Schwester bedeutete. Lebensverlängerung um jeden Preis setzt die biologische Existenz eines Menschen absolut. Dabei wird der Arzt zum Priester. Mehr noch, auf ihn projiziert sich die ursprünglich religiöse Hoffnung: „Du gibst mich nicht dem Tode preis“²⁰³. Das irdische Leben zu schützen und nach Möglichkeit zu erhalten, ist wohl ärztliche und pflegerische Aufgabe. Ebenso aber ist es ärztliche und pflegerische Aufgabe, das Leben, das zu Ende gehen will und soll, bis zum Ende zu begleiten, es im Sterben nicht aufzuhalten, aber ihm dieses Ende so leicht wie möglich zu machen, auch wenn dies bedeutet, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten oder deren Einsatz zu beenden.

Schließlich ist im Blick auf dieses gesamte vierte Kapitel eines nachzutragen: Eine christliche Ethik sagt hier mehr und anderes als das Recht: sie beschreibt nicht nur das ethische Minimum, sondern auch das Wünschenswerte, auf das hin z.B. Bildungsprozesse in der Gesellschaft ausgerichtet werden sollten.²⁰⁴

²⁰³ In einer - freilich unangemessenen - Übertragung von Ps. 118,18 auf den Arzt.

²⁰⁴ H.-J. KAATSCH (1997), 27.

5. Die Klärung der Begriffe: Was heißt „töten“ und „sterben lassen“?

Die Frage hat scharf bereits 1989 REINHARD MERKEL im Blick auf Entscheidungen in der Neonatologie formuliert: „Ist zwischen dem passiven Sterbenlassen und der aktiven Tötung schwerstgeschädigter Neugeborener tatsächlich eine so riesige moralische Kluft, dass in ihr einerseits das gute Gewissen straffreier Humanität und andererseits der Vorwurf des ‚Aufrufs zum Mord‘ Platz haben?“²⁰⁵ MERKEL meint: wenn diese Unterschiede wirklich nur künstlich sind, und wenn das Sterbenlassen einen viel langsameren und u.U. qualvolleren Tod impliziert – warum sollte man dann nicht auch zur tödlichen Spritze greifen?

Im Diskurs mit anderen Auffassungen muss nun eine evangelische Stellungnahme die **Begriffe so präzise und klar wie möglich** fassen. Worin also besteht der Unterschied zwischen Sterbenlassen, Behandlungsabbruch, Behandlungsverzicht einerseits und Töten, aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid andererseits? Ist dieser Unterschied mit der Differenz von „aktiv“ und „passiv“ zu identifizieren? Und ist dieser Unterschied nur deskriptiv relevant oder auch normativ? Und schließlich: welche Terminologie ist dann geeignet, die geforderte Präzision der Sprache auch sicherzustellen?

Töten wird verstanden als eine „physische Handlung, die den Tod eines anderen Menschen zur Folge hat, wobei diese Folge in der Regel beabsichtigt oder zumindest vorherzusehen war.“²⁰⁶ Mit THOMAS FUCHS wollen wir dabei **drei Ebenen** unterscheiden:

- Auf der Ebene der **Kausalität** fragen wir nach der Verursachung des Todes. Dies kann eine unmittelbar schädigende Einwirkung sein, etwa eine Verletzung oder Vergiftung, aber auch eine mittelbare Herbeiführung des Todes, indem man z.B. eine Beatmung abstellt oder einen Säugling aussetzt.²⁰⁷ Und dies kann eine negative Verursachung sein (etwa in Form einer unterlassenen Hilfeleistung bzw. eines Verzichts auf medizinische Behandlung).
- Auf der Ebene der **Intentionalität** geht es um die erwünschte Wirkung. Hier ist zu prüfen, ob die Handlung mit Vorsatz und Absicht geschah oder mit bedingtem Vorsatz (der in Kauf nimmt, was er vorhersieht: dass z.B. der Verzicht auf Therapie das Sterben beschleunigt) oder aus Fahrlässigkeit.
- Auf der Ebene der **Motivation** fragen wir nach dem inneren Antrieb zum Handeln. Dabei ist zwischen verwerflichen und humanitären Gesinnungen zu unterscheiden.²⁰⁸

Man unterscheidet nun häufig in der Literatur die „aktive Sterbehilfe“, die z.B. einem Patienten direkt eine tödliche Injektion zuführt, vom ärztlich assistierten Suizid, bei dem z.B. der Arzt dem Patienten eine tödliche Medikation verschreibt, die dieser sich selbst zuführt, von verschiedenen Formen der „passiven Sterbehilfe“, die durch ein Nachgeben gegenüber dem Sterben gekennzeichnet werden. Dieses Nachgeben kann mit einem Verzicht auf medizinische Handlungen einhergehen oder auch mit dem Abbruch bereits eingeleiteter medizinischer Maßnahmen. Einen Sonderfall stellt die „indirekte Sterbehilfe“ dar, bei der durch eine ent-

²⁰⁵ R. MERKEL (1989), 16.

²⁰⁶ T. FUCHS (1997), 80.

²⁰⁷ Ähnlich M. QUANTE (1998), 211.

²⁰⁸ Vgl. zu dieser Unterscheidung der Ebenen T. FUCHS, a.a.O., 80f.

sprechend hohe Dosierung von Analgetika die Beschleunigung des Sterbeprozesses in Kauf genommen wird, auch wenn diese selbst nicht beabsichtigt wurde.

Nun bestreiten die Verfechter einer „aktiven Sterbehilfe“ (z.B. auch H. KÜNG²⁰⁹), dass es sich hier um relevante Unterschiede handelt. „Nivellierende Argumentationen“²¹⁰ werden bemüht, um zu zeigen,

- dass es moralisch keinen Unterschied mache, ob ein Arzt gezielt ein Schmerzmittel in tödlicher Dosierung verabreicht, oder ob er den Tod nur als ungewollte Möglichkeit in Kauf nehme. Die gleiche Kausalität hebe den Unterschied der Intentionen auf.
- Oder: bricht ein Arzt eine Behandlung ab, so erachtet er doch das Leben des Patienten ebenso wenig für lebenswert wie der Arzt, der den Patienten durch eine Injektion tötet. Beide beabsichtigen den Tod, und das Ergebnis beider Handlungsweisen ist der Tod. Die gleiche Intentionalität hebe den Unterschied der Kausalitäten auf.
- Oder: der Mensch, der seinen Feind ertrinken lässt, handelt so verwerflich wie der Mörder, der den Feind ertränkt. Handeln und Unterlassen implizieren also – so sagen es die Verfechter der Euthanasie – keinen moralischen Unterschied.
- Oder: der Sohn, der seine Mutter extubiert, um schneller an das Erbe zu kommen, handelt verwerflich. Er tötet die Mutter und kann sich nicht entschuldigen, er habe die Mutter ja nur sterben lassen. Der Arzt, der die Mutter extubiert, um sie sterben zu lassen, tut dasselbe ohne die verwerfliche Gesinnung. Es gibt also ein legitimes Töten bereits jetzt. Hier dominiert die Frage nach der Motivation so sehr, dass die feinen Handlungsunterschiede bedeutungslos werden.

Allen diesen auf den ersten Blick verwirrenden und verunsichernden Argumenten ist gemeinsam, dass sie **den Begriff des Tötens ausweiten** auf Handlungen, die im strengen Sinn keine physische Einwirkung auf den anderen darstellen, sondern erst im Zusammenhang mit verwerflichen Motiven als Tötung erkennbar werden. Ist diese Ausdehnung des Tötungsbegriffs sinnvoll, wenn es um ärztliches Handeln geht? Dann müsste etwa der Verzicht auf eine Operation, die das Leben des Patienten nur um einige Tage verlängert, als Tötung bezeichnet werden, ebenso die Verweigerung einer Organspende. Was im juristischen Bereich Sinn macht, muss nicht auch im medizinischen und ethischen Bereich sinnvoll sein. Mit THOMAS FUCHS **halten wir darum an einem engeren Begriff der Tötung** fest. Nur für einige juristisch relevante Fälle verwerflichen und zurechenbaren Sterbenlassens ist eine Erweiterung sinnvoll (etwa beim Aussetzen eines Neugeborenen). „Von einem Arzt aber, der nicht fahrlässig oder schuldhaft, sondern aus legitimen Gründen durch Behandlungsverzicht oder –abbruch einer tödlichen Krankheit ihren Lauf lässt, können wir demnach berechtigt sagen, dass er nicht tötet, sondern seinen Patienten sterben lässt.“²¹¹ Und mit MICHAEL QUANTE stellen wir fest: „**Die These, die ethische Differenz zwischen Töten und Sterbenlassen sei bedeutend, ist daher vereinbar mit der Verabschiedung einer Begründung, die sich auf die Differenzierungen in Tun und Unterlassen bzw. aktiv und passiv stützt.**“²¹²

²⁰⁹ H. KÜNG UND W. JENS (1995), 56.

²¹⁰ T. FUCHS, a.a.O., 81-83.

²¹¹ A.a.O., 83.

²¹² M. QUANTE (1998), 213.

Dass dies nicht bloß eine Behauptung ist, lässt sich von der unterschiedlichen Sinnstruktur von Töten und Sterbenlassen her begründen.

Dabei wird sehr schnell deutlich, dass der Unterschied nicht zwischen „aktiv“ und „passiv“ zu suchen ist. Auch der Abbruch einer Behandlung bedingt ein aktives Vorgehen, eine Handlung, z.B. im Entziehen der Beatmung. Eine Handlung ist in jeder Form der inneren und äußeren Stellungnahme zu einem Geschehen zu erblicken, und insofern **gibt es ein Nicht-Handeln in konkreten Situationen nicht. Nicht „Handeln oder Unterlassen“ ist darum ethisch relevant, wohl aber „Töten oder Sterbenlassen“.**

Auf der **Ebene der Kausalität** wird die Differenz zwischen Töten und Sterbenlassen erkennbar, wenn wir die biologische Dimension einbeziehen.²¹³ Der Arzt handelt an einem Organismus, der bestrebt ist, seine Teile und Subsysteme fortwährend zu einer Einheit zu integrieren. Von dieser Tatsache ausgehend, lassen sich die verschiedenen Phänomene, um die es uns in diesem Kontext geht, sortieren: Gerade nämlich diese Tendenz in Konflikt mit einer Verselbständigung von Untereinheiten, so sprechen wir von Krankheit als „dem Prozess innerorganismischer Auseinandersetzung von integrativen und desintegrativen Tendenzen.“ Sterben wäre dann die „irreversible Desintegration des Organismus als Ergebnis eines solchen inneren Prozesses.“ Töten aber wäre etwas anderes: es wäre die Überwältigung des Organismus von außen durch eine schädigende Einwirkung oder Noxe. Die direkte und unwiderrufliche Ausschaltung lebenswichtiger Subsysteme lässt dann einen Versuch der Reintegration nicht mehr zu. „Die Negativität tritt hier dem Organismus von außen entgegen und wirkt unmittelbar tödlich, ohne von ihm noch in die ‚innere Negativität‘ der Krankheit verwandelt zu werden.“ Sterbenlassen hingegen heißt, „einem bereits begonnenen, innerorganismischen Desintegrationsprozess seinen Lauf zu lassen, ohne die zentralen Lebensfunktionen zu stützen bzw. zu substituieren.“ Die Extubation ist demnach keine Tötung. „Nur bei der aktiven Euthanasie wird der Arzt im eigentlichen Sinn zum Verursacher des Todes.“ Klassische ärztliche Aufgabe ist es, dem Bemühen des Organismus um Reintegration zur Hilfe zu eilen, solange dies möglich erscheint. Das Künstliche dieses Eingreifens, der Einsatz verschiedenster Mittel, dient der möglichst weitgehenden oder allenfalls (technisch, medikamentös usw.) unterstützten Wiederherstellung von Selbständigkeit des Organismus und ist darum Hilfe zur Selbsthilfe. Die Euthanasie dagegen wendet sich gegen den Organismus und widerspricht darum dem höchsten ärztlichen Grundsatz des „nil nocere“. Diesem Grundsatz aber widerspricht der Abbruch von Behandlung oder der Verzicht auf Behandlungsweisen nicht, denn Abbruch oder Verzicht kommen nur zum Tragen, weil das ursprüngliche Ziel der Behandlung nicht mehr erreicht werden kann und die Behandlung damit für den Patienten (a) sinnlos ist und (b) zusätzliches Leiden erzeugt.²¹⁴ Ein wichtiges Argument ist an dieser Stelle nachzutragen: **Maßnahmen der „aktiven Sterbehilfe“ (wie z.B. die tödliche Injektion) führen beim gesunden wie beim kranken Menschen zum Tode. Maßnahmen der „passiven Sterbehilfe“ dagegen betreffen nur den Patienten, dessen Sterben nicht mehr aufgehalten wird.**

Auf der **Ebene der Intentionalität** ist zu fragen, ob nicht doch sowohl der Arzt, der sterben lässt, als auch sein Kollege, der tötet, letztlich dasselbe intendieren, nämlich den Tod des Patienten. Doch auch hier ist genauer hinzuschauen. Die tödliche Injektion des Arztes, der „aktive Sterbehilfe“ leistet, will unmittelbar und direkt den Tod des Patienten. Dem Patienten wird das Leiden genommen, indem ihm das Leben genommen wird. Erfolgreich ist diese Handlung nur, wenn der Tod eintritt; andernfalls ist sie zu wiederholen. Der Arzt behält die

²¹³ Alle folgenden Zitate a.a.O., 83-85.

²¹⁴ So auch H.-B. WUERMELING (1997), 93+95.

Kontrolle über die Situation. Anders der Arzt, der sich dem Sterben nicht mehr in den Weg stellt: er unterlässt alles, was den Patienten im Sterben noch aufhalten könnte. Sein Ziel ist aber nicht der Tod, sondern das Unterlassen aller Handlungen, die leidensverlängernd wirken könnten. Dieses Ziel erreicht der Arzt nicht erst mit dem Tod des Patienten, sondern durch das Unterlassen oder Abbrechen kurativer und den Einsatz palliativer Maßnahmen, unabhängig davon, wie lange der Patient noch lebt. „Der Behandlungsabbruch ermöglicht das Sterben, Ziel des Tötens aber ist der Tod.“²¹⁵ Den Tod kann man erzwingen, das Sterben nicht. Der Arzt, der tötet, bleibt situationsmächtig, der Arzt, der sterben lässt, verzichtet mindestens partiell auf die Herrschaft über das Geschehen. Die Ohnmacht des Arztes, der sich dem Sterben nicht länger in den Weg stellt, erlaubt aber auch eine neue „Vollmacht“: er kann nun seine Energie auf die Sterbebegleitung umlenken, die palliativmedizinische Betreuung einschließlich des guten menschlichen Geleits.²¹⁶

Auf der **Ebene der Motivation** setzen sich die Unterschiede fort. Rechtfertigt nicht die offenkundig bezeugte humane Haltung, das Motiv der Beendigung von schwerem Leiden, den Arzt, der seinen Patienten mittels aktiver Sterbehilfe tötet? Dass die Haltung des Arztes eine andere ist, haben wir eben anhand der „Machtfrage“ erörtert. Nun fragen wir weiter: ist die Tötung eines Menschen mit den humanitären Werten des Mitleids, der Achtung und der Fürsorge vereinbar? Unabhängig davon, ob nun ein Patient zu einer „beachtlichen“ Willensäußerung fähig ist oder nicht, muss der Arzt zu einem eigenen Urteil kommen: selbst wenn eine Willensäußerung vorliegt, muss er sie evaluieren und entscheiden, ob er sich im Blick auf sein verantwortliches Handeln dieses Urteil zueigen macht oder nicht. Geht es um ein Begehren nach „aktiver Sterbehilfe“, so muss er also selbst zu dem Schluss kommen, dieses Leben sei nicht mehr lebenswert, des Patienten Dasein sei besser nicht mehr.²¹⁷ Dieses Urteil muss er dann auch vollstrecken, indem er die tödliche Handlung wagt. Bezieht er sich nun auf den Willen des Patienten und beruft sich auf humane Motive wie Achtung und Mitleid, so muss er in mehrfacher Hinsicht „Aufspaltungen“ vornehmen: er muss zunächst sich selbst spalten in die eine Person, die Mitleid und Respekt empfindet, und in die andere, die die Tötungshemmung überwindet und den Patienten durch einen physischen Akt tötet. Und er spaltet auch den Patienten auf – T. FUCHS spricht von einer Variante cartesianischen Denkens – in die Person, der gegenüber er Respekt und Mitleid empfindet, und in den Leib, den er tötet. Die Person gibt es aber nur in, mit und unter dem Leib, der zu ihrem Träger und Ort geworden ist. Tötet der Arzt den Leib, so tötet er die Person, die gerade er als Arzt nur in der untrennbaren Einheit von „Leib und Seele“ erlebt. „Da uns der Patient, solange er lebt, immer in seiner leibseelischen Einheit gegenübertritt, muss sich die Tötung seines Organismus zugleich gegen ihn selbst als Person richten.“²¹⁸ Dass dies ärztlichem Ethos zuwiderläuft, wird von vielen Medizinern bis heute empfunden, zumal in der modernen Palliativmedizin andere Möglichkeiten der Hilfe gegeben sind. Ärztliche Kunst ist dem Dienst am Leben verpflichtet und kann sich nicht gegen das Leben richten.

Wir verzichten darum fortan völlig auf die alte Terminologie von „aktiver Sterbehilfe“ und „passiver Sterbehilfe“. Die semantische Unklarheit der Begriffe dürfte deutlich geworden sein. Im Bereich der **medizinischen Entscheidungen, die das Lebensende betreffen**, ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

²¹⁵ Alle Zitate und Bezüge in diesem Abschnitt vgl. a.a.O., 85f.

²¹⁶ Vgl. a.a.O., 87.

²¹⁷ So auch M. QUANTE (1998), 217.

²¹⁸ Alle Zitate und Bezüge in diesem Abschnitt vgl. a.a.O., 87-89.

- Der ethisch relevante Unterschied, von dem wir in diesem Gutachten ausgehen, besteht nicht zwischen Tun und Unterlassen, zwischen „aktivem“ und bloß „passivem“ Geschehen, wohl aber zwischen „töten“ und „sterben lassen“.²¹⁹
- **Sterbehilfe** ist als Begriff gleich in mehrfacher Hinsicht undeutlich bzw. mehrdeutig: ist mit der Sterbehilfe nur die „Hilfe *beim* Sterben“ gemeint, so müsste bei einem Patienten die terminale Phase, das Sterben bereits begonnen haben. Wir haben gesehen, dass etwa in den Niederlanden das gerade nicht gemeint ist. Auch PVS-Patienten wie TONY BLAND befinden sich nicht in einem Sterbeprozess. Psychisch Kranke befinden sich nicht in einem Sterbeprozess. Es müsste also von einer „Hilfe *zum* Sterben“ die Rede sein. Auch der Begriff „*Hilfe*“ wird zunächst fragwürdig, wenn wir den Zwiespalt ernst nehmen, in den der Arzt gerät, wenn er das Leben des Leidenden für unwert erklären und seinen Organismus überwältigen muss. Gleichwohl kann in einem deskriptiven Sinn von Hilfe die Rede sein, so dass wir anstelle des unklaren Begriffs der Sterbehilfe und des historisch belasteten Begriffs der Euthanasie von „**Hilfe zur Herbeiführung des Todes**“ sprechen.²²⁰
- Diese kann **freiwillig** erfolgen (auf Wunsch des Menschen, dessen Tod herbeigeführt werden soll), **unfreiwillig** (gegen seinen Willen) und **nicht-freiwillig** (angesichts einer nicht vorhandenen oder nicht möglichen Willensäußerung). Unfreiwillige Hilfe zur Herbeiführung des Todes wird von allen Diskutanten verworfen, nicht-freiwillige von manchen.
- In allen Fällen kann es um Menschen gehen, deren Krankheit notwendig zum Tod führt, oder solche, deren Krankheit nicht notwendig zum Tode führt.
- Dem Sinn nach gehört die „**Beihilfe zum Suizid**“ sowie der „**ärztlich assistierte Suizid**“ auf die Seite der Hilfe zur Herbeiführung des Todes, da derjenige, der solche Beihilfe leistet, sowohl der Kausalität, als auch der Intentionalität und der Motivation nach dieselben Entscheidungen zu treffen hat wie der, der Sterbehilfe leistet. Es ist nur ein gradueller, juristisch relevanter, aber ethisch zweitrangiger Unterschied.
- Wir wählen zur weiteren Klärung der Begriffe den Terminus „**Sterbebegleitung**“, wenn wir das Tun meinen, das sich dem Sterben des Menschen nicht in den Weg stellt, ihm aber in jeder Hinsicht hilfreiches Geleit bietet (früher: „passive Sterbehilfe“).
- Der **Verzicht** auf Behandlungsweisen sowie der **Abbruch** von Behandlungsweisen gehört auf diese Seite der ethischen Scheidelinie (wenn er entsprechend begründet ist!). Dabei sprechen wir allerdings nicht vom „**Behandlungsabbruch**“, da die Pflicht des Arztes zur Behandlung gerade nicht endet, sondern von einer „**Änderung der Behandlungsziele**“, vom Wechsel von der kurativen zur palliativen Behandlung. Der

²¹⁹ S auch J. FISCHER (1996), 112, wenn dieser auch bei den alten Termini bleibt: „Primär geht es nicht um die Differenz von Handeln und Unterlassen, sondern vielmehr um die *Wahrnehmung des Todes eines Menschen*, nämlich ob dieser Tat ist oder aber Geschick. Ist er Geschick, dann muss auf ihn gewartet werden, bis er eintritt. Passive Sterbehilfe lässt sich von daher so bestimmen, dass bei ihr die *Situation des Wartens auf den Tod* gewahrt wird; aktive Sterbehilfe ist demgegenüber dadurch charakterisiert, dass sie diese Situation *beendet* oder ihr gar in einer Phase *zuvorkommt*, in welcher der Tod sich noch nicht angekündigt hat.“

²²⁰ Im Anschluss an M. QUANTE (1998), 213.

Verzicht impliziert ja nicht ein Sicht-Nicht-Kümmern, sondern ein Sich-Kümmern mit anderer Zielsetzung. Die Zielsetzung der Lebensverlängerung wird nun ersetzt durch die Zielsetzung des menschlichen Beistands, der Linderung von Leiden usw.²²¹

- Anders steht es um die sogenannte **indirekte Sterbehilfe**. Bei der indirekten Sterbehilfe wird z.B. eine Schmerzmedikation so hoch dosiert, dass der Tod des Patienten in Kauf genommen, ja sogar vorausgesehen wird, aber nicht intendiert ist. Intendiert ist vielmehr die Minderung des unerträglichen Schmerzes. Mag man einwenden, dass auf der Ebene der Kausalität damit der Unterschied zur Überwältigung des Organismus durch eine schädigende Substanz minimal ist, so ist auf der Ebene der Intention die Differenz klar: intendiert wird hier nicht der Tod, sondern die Leidensminderung. Situationsmächtig wird der Arzt auch hier nicht: sein Ziel ist nicht verfehlt, wenn der Patient noch länger lebt. Wir werden allerdings noch zeigen, dass die Bedeutung indirekter Sterbehilfe in dem Maße abnehmen kann, in dem rechtzeitig und kompetent etwa bei Tumorpatienten palliativmedizinische Maßnahmen eingeleitet werden. Wie aber qualifizieren wir hierbei die ärztliche Voraussicht des Todes? Ethisch ist die Voraussicht nicht zwangsläufig dasselbe wie die Absicht.²²² Sehe ich voraus, dass etwas geschieht, so muss ich es doch nicht in jedem Fall beabsichtigen: bei der Impfung meines Kindes sehe ich voraus, dass ihm die Spritze weh tun wird, und doch ist nicht das meine Absicht, sondern der Schutz meines Kindes vor Krankheit. Es kann, aber muss also nicht in der Voraussicht eine negative Motivation enthalten sein: es ist ein Unterschied zwischen der Mutter, die ihr Kind vernachlässigt und voraussehen kann, dass sie damit ihr Kind schädigt, und der Mutter, die auf Grund großer Armut ihr Kind nicht versorgen kann – und ebenso voraussehen muss, welche Schäden dadurch zu erwarten sind.

Mit diesen normativen und deskriptiven Entscheidungen bemühen wir uns nun an eine Einschätzung der „Grundsätze der Bundesärztekammer“.

²²¹ W. SEEGER (1997), 3.

²²² Vgl. zum Folgenden J. KEOWN (1993), 35: Intent to kill and foresight of death

6. Die kritische Rezeption der „Grundsätze der Bundesärztekammer“ aus der Sicht evangelischer Theologie

6.1 Erster Themenkomplex: Hilfe bei der Herbeiführung des Todes²²³

6.1.1 Das Nein zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes

Aus den anthropologischen Grundlegungen und der begrifflichen Präzisierung ergibt sich nun, dass wir das deutliche Nein der „Grundsätze“ zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes nur begrüßen und bekräftigen können.

Im Einzelnen möchten wir dazu noch ausführen:

Dieses Nein der „Grundsätze“ kann sich auf die **biblische Tradition** des Tötungsverbotes berufen. Ebenso ist auf die biblische Einstellung zu Alter und Leid, Krankheit und Sterben (etwa im Gebot der Ehrung und Fürsorge für alt gewordene Eltern in Ex. 20,12 u.a.) hinzuweisen. Dabei ist es von Bedeutung, dass diese Einstellung in ihrer Umwelt eine Ausnahme darstellte, denn sie entstand in einem kulturellen Umfeld, das Kindstötung, Aussetzung der Alten und Schwachen, Mitleidstötung der Kranken als Normalfall kannte und bis hin zu philosophischen Traktaten PLATOS auch verteidigte. Nur die „Außenseitergruppe“ der hippokratischen Ärzte verzichtete auf die Entfernung der Schwächsten, konnte aber erst in christlicher Zeit die Bedeutung erlangen, die sie im Selbstverständnis vieler Ärzte heute hat. Insofern ist das Nein zu jedem Versuch, das Leben eines anderen Menschen anzutasten, nie unumstritten, sondern stets in Konkurrenz zu anderen Auffassungen zu sehen.²²⁴

Die eindeutige Stellungnahme der Bundesärztekammer an dieser Stelle spiegelt aber auch die **Auffassung** wider, die in der **Ärztenschaft** (noch?) überwiegt: in einer Würzburger Studie aus dem Jahr 1998 haben 81,7% der befragten Ärzte die Hilfe bei der Herbeiführung des Todes für moribunde Patienten und 100% für nicht-moribunde Patienten abgelehnt.²²⁵

Wir sind der Auffassung, dass die Kompromisslosigkeit, mit der jede Hilfe bei der Herbeiführung des Todes ethisch verurteilt und rechtlich sanktioniert wird, notwendig ist, um auf Dauer die Schwächsten in der Gesellschaft zu schützen. Sonst droht an Stelle der erstrebten Stärkung der Selbstbestimmung eine extreme, lebensfeindliche Fremdbestimmung. Keineswegs mehr können dann die autonom entscheiden, die sich überflüssig vorkommen und zur Last fallen.²²⁶ Unumwunden gibt dies einer der Vorreiter der niederländischen Euthanasiepolitik zu, der Anästhesist PIETER ADMIRAAL²²⁷: „Viele ältere Menschen, die wissen, dass sie ihren Kindern zur Last fallen, sagen ganz altruistisch: ‚Ich will nicht mehr.‘“ Ähnliches zeigen auch Studien aus Oregon nach der Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids: 38% fühlten sich als Last für andere, 31% waren zur Versorgung nicht mehr fähig, 6% hatten keine soziale Unterstüt-

²²³ Mit den Punkten 6.1 bis 6.4 werden die Themen wieder aufgenommen, die unter 2.1 als Kernpunkte der „Grundsätze“ herausgearbeitet wurden: vgl. S. 9.

²²⁴ U. EIBACH (1998), 14-19.

²²⁵ H. CSEF UND B. HEINDL (1998), 1501.

²²⁶ H. SCHMOLL (1999), 14.

²²⁷ P. ADMIRAAL, zitiert bei E. WEHRMANN (1997), 69.

zung, 28% wollten zu Hause sterben und sahen keine andere Möglichkeit.²²⁸ ROBERT SPAEMANN hat darauf hingewiesen, dass allein die rechtliche Unmöglichkeit, die eigene Tötung zu verlangen, den Kranken vor der Verantwortung für die entstehenden Kosten und Lasten entlastet. „So wie nur das Verbot, bei Wahlen seine Stimme offen abzugeben, denjenigen, der die Kabine benützt, vom Verdacht befreit, er hätte etwas zu verbergen. Das Recht geheim zu wählen, ist nur gewährleistet durch die Pflicht, geheim zu wählen.“²²⁹

Dementsprechend ist auch denen zu widersprechen, die es für eine ärztliche Pflicht halten, dem Wunsch des Patienten nach Hilfe bei der Herbeiführung des Todes nachzukommen. Die Pflicht der Ärzte, dem (selbstdefinierten) Wohl des Patienten zu dienen, findet ihre Grenze: Abgesehen davon, dass sich hier die Autonomie der einen ganz zu Lasten einer Fremdbestimmung anderer ausleben soll, kann auch ethisch vom Arzt nur verlangt werden, was ärztlich, nicht aber, was („nil nocere!“) unärztlich wäre. Hierher gehört auch die Ablehnung eines Rechtes des autonomen Einzelnen auf eigenbestimmtes Sterben, wie es etwa der Rechtsphilosoph NORBERT HOERSTER vertritt.²³⁰ HOERSTER verlangt, dass ein schwerkranker Mensch den Arzt um „aktive Sterbehilfe“ bitten können soll. Darin sieht er keine Missachtung der Unverletzlichkeit des menschlichen Lebens. Das Recht auf Leben, so argumentiert er, dürfe nicht umschlagen in eine Pflicht zum Leben.²³¹

So klar das grundsätzliche Nein zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes ist, so deutlich muss dann (!) auch davon die Rede sein, dass es an den „Rändern“ den Extremfall gibt, bei dem ich Schuld auf mich nehme und Verantwortung wage, weil der Konflikt so bedrängend ist und alle anderen Möglichkeiten der Hilfe nicht mehr greifen.²³² Solche Grenzfälle gibt es z.B., wenn auch eine professionell eingesetzte, umfassende Schmerztherapie keine nennenswerte Linderung bringt, so dass die Persönlichkeit total von der Krankheit und dem Schmerz beherrscht und zerrüttet wird. Man kann dann die Krankheit nicht mehr bekämpfen, ohne die Person anzutasten. Hier wird der Helfer in jedem Fall schuldig. Solche tragischen Situationen sind juristisch und ethisch tragbar nur in der Bereitschaft, Schuld zu übernehmen und sich zur Rechenschaft ziehen zu lassen. Es ist kein Handeln aus Liebe, sondern ein Handeln aus Verzweiflung und Ohnmacht, das hier gewagt wird, wenn ein Begleiter die Tötung des Leidenden

²²⁸ L. GANZINI U.A. 2000), 560. Immerhin stellen GANZINI U.A. fest (a.a.O., 562): “More than a third of the patients requested assistance with suicide because they perceived themselves as a burden to others, but only three of these patients received prescriptions for lethal medications, suggesting that the physicians were reluctant to accede to requests for assistance under these circumstances.”

²²⁹ Vier Fragen (an R. SPAEMANN, 1999), 48.

²³⁰ Vgl. N. HOERSTER (1998). HOERSTER wird zu Unrecht mit SINGERS Auffassungen identifiziert. HOERSTER spricht sich zwar für ein Recht des urteilsfähigen Patienten auf „aktive“ und „indirekte Sterbehilfe“ aus, aber er bindet dies an das praktizierte Selbstbestimmungsrecht. Wer dieses Recht nicht mehr oder noch nicht praktizieren kann oder es nie praktizieren konnte, muss geschützt werden: die Tötung von geistig schwerbehinderten Menschen, unerwünschten Kindern oder Komapatienten will HOERSTER keinesfalls dulden. In einem Behandlungsabbruch bei einem Komapatienten „zwecks Kostenersparnis“ sieht HOERSTER demnach einen gefährlichen Tabubruch. Er würde also die „nicht-freiwillige Euthanasie“ ablehnen. Vgl. den Fall „BAKKER“, berichtet von E. WEHRMANN (1997), 69. Darum ist noch weniger als im Fall SINGER die zunehmende Gesprächsverweigerung gegenüber HOERSTER zu verstehen oder zu tolerieren. Vgl. H. KESSLER (1999), 46.

²³¹ A.a.O. HOERSTER schlägt vor, den §216 StGB entsprechend neu zu formulieren: „Ein Arzt, der einen schwer und unheilbar kranken Menschen tötet, handelt nicht rechtswidrig, wenn der Betroffene die Tötungshandlung aufgrund freier und reiflicher Überlegung, die er in einem urteilsfähigen und über seine Situation aufgeklärten Zustand durchgeführt hat, ausdrücklich wünscht oder, wenn, sofern der Betroffene zu solcher Überlegung nicht imstande ist, die Annahme berechtigt ist, dass er die Tötungshandlung aufgrund solcher Überlegung für den gegebenen Fall ausdrücklich wünschen würde.“

²³² Die qualitative Studie von H.-CHR. RÖGLIN (1998), 246, zeigt, dass auch Onkologen, die prinzipiell die Herbeiführung des Todes ablehnen, „zumindest in Fällen extremen Schmerzes oder extremer Entwürdigung auf Verlangen des Patienten aktive Sterbehilfe in Betracht .. ziehen.“

als letzte Möglichkeit sieht und ergreift. Damit wird das Tötungsverbot auch nicht außer Kraft gesetzt, und die so handeln, werden das auch nicht verlangen können.²³³ Die sittliche Verantwortung und das Wissen um die Verstrickung in tragische Situationen bedingen die Bereitschaft, sich dem Urteil der Richter zu stellen. Freilich muss der Staat nicht immer ahnden, was in solch tragischen Situationen getan wurde.²³⁴

6.1.2 Das Nein zum ärztlich assistierten Suizid

In Übereinstimmung mit den „Grundsätzen“ halten wir ein „Recht auf den selbstbestimmten Tod“ für ethisch nicht vertretbar. Unbeschadet der rechtlich garantierten Straffreiheit des Suizids und der Beihilfe zum Suizid sehen wir, dass suizidgefährdeten Menschen in der Regel anders geholfen werden kann als durch ein Nachgeben gegenüber ihrem Todesbegehren oder gar eine Assistenz beim Suizid.

Hier ist einerseits eine ethische Grundentscheidung zu vertreten, die das **Selbstbestimmungsrecht** des Menschen **begrenzt** sieht durch die Tatsache, dass der Mensch sich das Leben nicht selbst gegeben hat und es sich darum auch nicht selbst nehmen soll.²³⁵

Andererseits ist eine **seelsorglich-therapeutische Sicht** des Problems notwendig: Die Suizidforschung zeigt²³⁶, dass im präsuizidalen Syndrom von einer eingeschränkten Bewusstseinslage und Willensfreiheit ausgegangen werden muss. Nur ein Prozent der Menschen, die einen Suizidversuch überleben, töten sich im Laufe des darauffolgenden Jahres.²³⁷ Darum kann auch der ärztlich assistierte Suizid aus unserer Sicht nicht die Hilfe der Wahl für suizidgefährdete Menschen sein. Im Ernstfall muss aus den bereits dargelegten Gründen das Prinzip der Fürsorge, verbunden mit dem Prinzip der Nichtschädigung das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten überstimmen.²³⁸ Das gilt nicht zuletzt angesichts der Gefahr, dass die Beihilfe zum Suizid als **Mittel zur Kostendämpfung** missbraucht werden könnte. Patienten könnten indirekt zum Suizid gedrängt werden.²³⁹

²³³ U. EIBACH (1998), 208-213.

²³⁴ A. a. O., 215-218.

²³⁵ Berühmt wurde in Deutschland 1984 der Fall einer durch einen Gesichtstumor stark entstellten und unter furchtbaren Schmerzen leidenden Frau, der der Arzt JULIUS HACKETHAL das Gift zukommen ließ, mit dem sie sich das Leben nahm. HACKETHAL publizierte diesen Fall, um für den ärztlich assistierten Suizid in solchen Notlagen zu werben und löste damit eine intensive öffentliche Diskussion des Themas aus. U.a. widersprach der evangelische Theologe MANFRED SEITZ (1984) HACKETHAL öffentlich: es sei dem Menschen nicht erlaubt, über sein Ende selbst zu bestimmen. Der Patientin hätte medizinisch und durch menschlichen Beistand auch anders geholfen werden können. In der Wochenzeitschrift „DIE ZEIT“ sprachen sich THOMAS VON RANDOW (4.5.1984) gegen und HANNO KÜHNERT wiederholt (11.5.1984, 15.5.1987) für liberalere Euthanasie-Regelungen aus, etwa eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen. In der Süddeutschen Zeitung (5./6.5.1984) warnte der Jurist ALBIN ESER, nachdem er die juristische Strafflosigkeit der Beihilfe zum Suizid dargestellt hatte, vor einem Dammbrech-Effekt: durch eine Freigabe der Euthanasie würde das Unverbrüchlichkeitsprinzip des Lebensschutzes durchbrochen und damit geschwächt. Warum sollte dann dieses Prinzip nicht auch durchbrochen werden, wenn ein terminal kranker Patient sich „unvernünftigerweise“ nicht aufgibt? ESER wörtlich: „Könnte nicht diese Freiheit zum Tode letztlich umschlagen in eine Unfreiheit zum Leben?“ Vgl. A. ESER (1984).

²³⁶ Vgl. z.B. die von G. RITZEL (1998) herausgegebenen Beiträge.

²³⁷ Vgl. U. WILLMANN (1999), 28.

²³⁸ M. BORMUTH und S. MATTHIES (2000), 96f. zeigen, wie stark Entscheidungen in diesem Bereich, also z.B. für oder gegen eine Zwangsbehandlung suizidaler Patienten von ethischen Vor-Urteilen abhängen, z.B. von der Frage, wie stark ein Arzt in seiner Urteilsbildung von Respekt vor der Autonomie oder Fürsorge gegenüber dem Patienten bestimmt wird.

²³⁹ So meint es z.B. die Ärztin DIANE MEIER vom Mount Sinai Hospital in New York, die früher eine Befürworterin des legalen ärztlich assistierten Suizids war, aber durch die praktische Arbeit mit schwerstkranken Patienten

Exkurs: Behandlungsverzicht nach Suizidversuch?

Besonders kompliziert ist in diesem Zusammenhang die Frage des **Behandlungsverzichts nach Suizidversuch**. HANS-LUDWIG WEDLER berichtet von einem Suizidversuch eines 30jährigen HIV-infizierten Patienten, der den Versuch, mit dem PKW gegen einen Baum zu fahren, mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma überlebte, nach kurzer Zeit von der Beatmung entwöhnt werden konnte und mit Mittelhirnsyndrom nun auf der neurologischen Intensivstation lag. Die Eltern verwiesen auf den erklärten Willen des Sohnes, der jede Behandlung ablehnen würde. Durch einen Abschiedsbrief war dieser „mutmaßliche Wille“ des Patienten deutlich zu erfassen.

- **Rechtlich** könnte man also den Abbruch der Therapie rechtfertigen durch die vermutete Ablehnung durch den Patienten bzw. sogar wegen mangelnder Einwilligung des Patienten die Rechtsgrundlage für ein kuratives Handeln ausschließen.
- **Medizinisch** musste der Ausgang bei maximaler Therapie als offen, aber nicht hoffnungslos bezeichnet werden (zu erwarten sei, so der Neurologe R. JANZEN, ein post-traumatisches apallisches Syndrom).
- **Seelsorglich** war von einem reifen Bilanzsuizid und nicht von einer spontanen bzw. Signalhandlung auszugehen; d.h. bei Scheitern des Suizidversuchs muss mit erneuten Versuchen gerechnet werden.
- **Ethisch** ist nach den Kriterien, die wir erarbeitet haben, das Nein des Patienten zu seinem eigenen Leben nicht zu rechtfertigen, jedenfalls ist nicht von den Ärzten und Schwestern zu erwarten, dass sie sich dieses Nein zueigen machen und das negative Lebenswerturteil nachvollziehen. Allenfalls ein Nachgeben angesichts der Entschiedenheit des Patienten und der Ausweglosigkeit der Lage erscheint verantwortbar.

Angesichts dieser komplexen Lage ist die Handlungsweise der Stuttgarter Klinik nachvollziehbar (und wird durch die Kommentare von R. JANZEN und D. BIRNBACHER gestützt), dass man den Patienten zwar weiterbehandelte, aber **eine „extended DNR“²⁴⁰** beschloss. „Dabei wären die Flüssigkeitszufuhr und Sondenernährung sowie Schmerzlinderung und krankengymnastische Therapie als Teil einer humanen Betreuung nicht unterbrochen worden. ... Es handelt sich nicht um den ‚Nachvollzug‘ des gewollten Todes, sondern nach reiflicher Überlegung um das ‚Aus-Der-Hand-Geben‘ oder Zurücknehmen des Machbaren, das seinen Sinn nicht mehr erfüllen kann.“

ihre Auffassung geändert hat. Vgl. S. SAHM (1998), N2. J. VOLLMANN (1998), 95, weist ebenfalls darauf hin, dass „bei bestimmten vulnerablen Patientengruppen, wie zum Beispiel alte, pflegebedürftige und psychisch Kranke, die existentielle Abhängigkeit von der Umgebung ein Ausmaß erreichen [kann], dass sich hinter einem geäußerten Suizidwunsch ein fremdbestimmtes Verlangen verbergen kann.“

²⁴⁰ DNR steht für „Do not resuscitate“, d.h. im Fall einer Krise soll der Patient nicht wiederbelebt werden. Man kann „restricted DNR“ und „extended DNR“ unterscheiden. Im ersten Fall wird auf Reanimation (cardiopulmonale Reanimation und Beatmung) verzichtet, im zweiten auch auf Dialyse, Antibiose und weitere symptomspazifische Therapien.

Zu generalisieren ist diese Entscheidung jedoch nicht. Sie zeigt nur die **hochkomplexe Entscheidungskrise**, in die die Beteiligten besonders auf einer Intensivstation geraten. Völlig anders sieht die Lage schon dann aus, wenn sich nur einer der oben vermerkten Faktoren ändert, wenn es sich z.B. nicht um einen Bilanzselbstmord handelt, wenn also auch unklar ist, ob der Suizidversuch eine „beachtliche“ Willensäußerung des Patienten darstellt oder ob von einer passageren Trübung seiner Willensfreiheit auszugehen ist. Dass die meisten Suizidpatienten, die den Versuch überlebten, im Laufe eines Jahres keinen erneuten Suizidversuch unternehmen, spricht auch dafür, dass mancher froh ist, dass er nach seinem Suizidversuch erfolgreich medizinisch behandelt wurde. Allerdings zeigt sich, dass in der internationalen Debatte, z.B. in den USA, der ärztlich assistierte Suizid eine immer höhere Akzeptanz erfährt als ethisch vertretbarere Alternative zur ärztlichen Tötung auf Verlangen.²⁴¹ Und noch einmal anders sieht dieses Thema im Bereich der Psychiatrie aus, wenn in den Niederlanden und in der Schweiz auch bei psychisch kranken Menschen dem Suizidbegehren nachgegeben werden darf, ohne dass dies strafrechtlich geahndet würde, obwohl zahlreiche Psychiater davor warnen, weil sie die Dauerhaftigkeit des Begehrens, die Freiwilligkeit einer solchen Entscheidung in einer psychischen Krise und die Unheilbarkeit des Leidens bezweifeln.²⁴²

Abschließend ist im Blick auf das Nein zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes und zum assistierten Suizid zu fragen, wie die Bitte eines Menschen um die „erlösende“ Spritze oder um Beihilfe zum Suizid „zu lesen“ ist? Wenn wir um Perspektivenübernahme bemüht sind, was ist dann die Perspektive des Patienten, die wir empathisch und akzeptierend wahrnehmen sollen. Was will er wirklich sagen? Will er (in jedem Fall) tatsächlich sagen: „Ich will nicht mehr leben!“? Oder will er sagen: „So kann ich nicht mehr leben; helft mir doch, dass ich es wieder ertragen kann!“? Bei der Frage, welche Rolle die Palliativmedizin spielen kann, werden wir auf diesen Aspekt zurückkommen.

²⁴¹ J. VOLLMANN (1998), 94.

²⁴² A. FINZEN (2000), 52.

6.2 Zweiter Themenkomplex: Die Änderung der Therapieziele bei sterbenden Patienten und bei Patienten mit infauster Prognose und nahendem Tod

Mit den „Grundsätzen“ bejahen wir die Änderung der Therapieziele bei sterbenden Patienten und bei Patienten mit infauster Prognose, die in absehbarer Zeit wahrscheinlich sterben werden. Dabei geht es nicht um ein Aufgeben der Patienten, sondern um eine andere Weise der Zuwendung: statt kurativer wird nun palliative Medizin gefordert. Die Basisbetreuung ist stets zu gewährleisten. Menschliches Geleit sowie das Angebot von Seelsorge müssen sichergestellt werden. Im Hintergrund dieser Überlegungen steht die Einsicht, dass das Sterben zum Lebensweg des Menschen gehört, und dass darum nicht nur die Hilfe bei der Herbeiführung des Todes verfehlt wäre, sondern auch das vergebliche Bemühen, in aussichtsloser Lage dem Sterben entgegenzutreten.

6.2.1 Das Ja zur Änderung der Therapieziele

Kann dem Patienten kurativ nicht mehr geholfen werden, so ist in Übereinstimmung mit seinem Willen der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ebenso legitim wie der Abbruch solcher Maßnahmen. Verzichtet werden darf auf medizinische Maßnahmen zur Lebenserhaltung, nicht aber auf eine pflegerische Grundversorgung, zu der auch die Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung gehört.

Das Nein zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes und zum ärztlich assistierten Suizid intendiert nicht ein Ja zu einer unbedingten Lebens- und Leidensverlängerung. Es gibt ein **Recht auf**, aber **keine unbegrenzte Pflicht zum Leben**.²⁴³ Es geht nicht um maximalen Einsatz des medizinischen Potenzials um jeden Preis.

Vielmehr entdeckt eine am Evangelium orientierte Ethik **im bedingungslosen Widerstand gegen das Sterben dieselbe Grundhaltung wie im eigenmächtigen Herbeiführen des Todes**: diese Grundhaltung setzt das irdische Leben und die Gesundheit absolut. VICTOR VON WEIZSÄCKER hat schon darauf hingewiesen, dass diese **Absolutsetzung der Gesundheit und der Diesseitigkeit** beide fatalen Folgen haben kann: die Bewertung eines Menschenlebens als unwert und das Nicht-Aufhörens-Können im Kampf um das Überleben eines Menschen, der sich doch anschickt zu sterben. „Der unbedingte Kampf gegen die Krankheit einerseits und die Vernichtung der Unheilbaren andererseits sind demnach beide Ausdruck ... der Verabsolutierung der Gesundheit und der aktiv freiheitlichen Gestaltung des Lebens als höchste und einzig erstrebenswerte Güter.“²⁴⁴ Die Vertröstung auf das Jenseits ist durch die Vertröstung auf das Diesseits ersetzt: dieses Leben muss die Last aller Hoffnungen und Sehnsüchte tragen.

Wichtig wäre es nach unserer Meinung gewesen, in den „Grundsätzen“ noch deutlicher zum Ausdruck zu bringen, dass das Sterben zum Leben gehört, und dass es am Ende des Lebensweges im Blick auf den ärztlichen Beistand keine Katastrophe („der Tod ... als Misserfolg der Medizin“²⁴⁵) darstellt, dem Sterben Raum zu geben, vielmehr eine Bejahung menschlicher Endlichkeit darstellt. Unter Bejahung menschlicher Endlichkeit verstehen wir das ausdrückliche Ja zum Sterbendürfen (weil wir denn sterben müssen) und das Nein zu allen Allmachtsfantasien, die das Ende der Sterblichkeit erstreben. Was nicht durch das Sterben hindurch

²⁴³ Vgl. KASSELER DOKUMENT (1998).

²⁴⁴ V. VON WEIZSÄCKER (1947), 15. Auf V. VON WEIZSÄCKER geht ausführlicher U. EIBACH (1998), 35f., ein.

²⁴⁵ C.L. SPRUNG UND L.A. EIDELMAN (1996), 1003.

geht, kann nicht zum ewigen Leben geboren werden (1. Kor. 15,50). Die Verheißung auf Ewigkeit ist dem Menschen nicht im Blick auf seine irdische Existenz von Gott gegeben. Das Ja zu seiner Endlichkeit aber kann ertragen, wer weiß, dass diese Endlichkeit nicht mehr nur verhängtes Urteil oder kreatürliches Schicksal darstellt, sondern durch Christus und seinen österlichen Sieg auch der Durchgang zum ewigen Leben wird.

Gewiss wird es oft darum gehen, um das Überleben eines Menschen bis zuletzt **mit maximalem Einsatz zu kämpfen**, wenn dieser Kampf **Aussicht auf Erfolg** haben könnte.²⁴⁶

Eine Änderung der Therapieziele ist aber indiziert, wenn deutlich wird, dass dem Patienten kurativ nicht mehr wirklich geholfen werden kann, wenn also der **Krankheitsverlauf nicht** mehr wesentlich **zu beeinflussen** ist, und wenn die **Nachteile der Behandlung** ihre **Vorteile überwiegen**. „Ein Therapieverzicht oder eine Reduktion medizinischer Maßnahmen wären dann geboten, wenn dem Patienten damit Leiden erspart oder vermindert werden, die sich entweder aus der unmittelbaren medizinischen Behandlung ergeben, oder daraus, dass durch diese Maßnahmen ein Sterbeprozess qualvoll verlängert wird.“²⁴⁷

Dies gilt sicher **für den sterbenden Patienten**, der im Sterben nicht mehr aufgehalten werden soll.

Es gilt aber **auch für den Patienten, dessen Prognose infaust ist und dessen Sterben nach menschlichem Ermessen absehbar ist**. In Übereinstimmung mit seinem Willen kann hier die Änderung der Therapieziele indiziert sein: hier (wie erst recht beim sterbenden Patienten) wird nicht Hilfe bei der Herbeiführung des Todes geleistet, sondern dem unausweichlichen, weil verfügbaren Sterben wird nicht länger Widerstand entgegengesetzt. Das Ziel ist auch nicht die Herbeiführung des Todes, sondern die Linderung des Leidens.

Es gilt für die Seite des **Arztes**, dessen Einsatz für den Patienten nun nicht mehr auf Heilung abzielt, aber auf Linderung, Schmerzbekämpfung, Kontrolle der Symptome und menschliches Geleit bis zum Ende.²⁴⁸ Es gilt aber auch in gewisser Weise für die Seite des **Patienten**, der nicht mehr alle denkbaren, aber letztlich sinnlosen therapeutischen Versuche vom Arzt verlangen kann, weil er sich verzweifelt an das Leben klammert.²⁴⁹ Noch einmal ist aber zu betonen, dass dies nicht den Verzicht auf Schmerztherapie und Basispflege, schon gar nicht den resignierten Rückzug vom Patienten bedeutet.

Zur Änderung von Therapiezielen gehört **der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen** bzw. **der Abbruch solcher Maßnahmen**.²⁵⁰

Allerdings sind an dieser Stelle einige Probleme zu diskutieren:

Erstens: Das Problem der bleibenden Unsicherheit

²⁴⁶ DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE (1996), 12.

²⁴⁷ K.-H. WEHKAMP (1999), 47.

²⁴⁸ F. NAGER (1998), 14-25.

²⁴⁹ U. EIBACH (1998), 139-147.

²⁵⁰ Tatsächlich sterben nach internationalen Studien auf den Intensivstationen die meisten Patienten nach dem Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen bzw. dem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. So z.B. L.A. EIDELMAN u.a. (1998), 164, sowie C.L. SPRUNG UND L.A. EIDELMAN (1996), 1003-1005.

Eine Vignettenstudie von B. SCHÖNE-SEIFERT und anderen²⁵¹ hat eindrucksvoll gezeigt, wie unsicher und darum auch höchst divergent Ärzte und Pflegende mit der Frage umgehen, in welchen Fällen ein Therapieverzicht legitim sei. Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung sind vorhanden, bedenkt man nur die **Individualität** und **Irreversibilität** jeder dieser Entscheidungen. Wurden nicht doch Chancen einer kurativen Hilfe unterlassen? Dazu kommen das Gefühl, mit einem therapeutischen Versuch einen Fehlschlag erlitten zu haben. Insofern ist die „**Anerkennung des Wendepunktes**“²⁵² für die Mitglieder des therapeutischen Teams ein angefochtener Moment.

Allerdings gehört in diesen Zusammenhang nicht nur der Hinweis darauf, dass jede einzelne Situation z.B. auf der Intensivstation vor neue Fragen stellen kann, sondern auch die Feststellung, dass medizinethische Texte immer den Makel an sich tragen, **scheinbare Sicherheiten** zu formulieren, die sich in der medizinischen Praxis sehr schnell als Unsicherheiten entlarven: wann ist eine Prognose infaust? Wann ist eine Bewusstlosigkeit irreversibel? Wann bringt eine therapeutische Intervention dem Patienten mehr Schaden als Nutzen? Was „auf dem Papier“ so klar aussieht, entpuppt sich in der Realität als sehr viel unsicherer und offener. Gerade darum ist ein gemeinsames Fragen und Bearbeiten im therapeutischen Team notwendig, auch wenn am Ende einer verantwortlich entscheiden muss.²⁵³

Zweitens: Das Problem des emotionalen Unterschieds zwischen Verzicht und Abbruch

Besonders im Empfinden der Ärzte und Pflegenden ist es ein erheblicher Unterschied, ob eine Maßnahme abgebrochen oder gar nicht erst ergriffen wird. Ist letzteres in manchen Fällen für die meisten Ärzte und Pflegenden vorstellbar, so haben viele mit ersterem erhebliche Probleme und sehen einen Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen als Grenzüberschritt zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes.²⁵⁴ L.A. EIDELMAN verweist z.B. auf eine Studie in Israel²⁵⁵, die zeigt, dass dort zwar der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen auf der Intensivstation denkbar ist, nicht aber der Entzug dieser Maßnahmen, sind sie einmal eingeleitet (außer bei hirntoten Patienten).

Demgegenüber meinen wir im Zug der gesamten hier vorgetragenen Argumentation, dass „alle Modi eines Behandlungsverzichts als normativ gleichwertig und prinzipiell zulässig betrachtet werden“²⁵⁶ sollten.

Ein wesentlicher „psychologischer“ Zusatzgrund für diese Argumentation besteht in der Vermutung, dass Ärzte zu einer Unterversorgung von Patienten neigen könnten: ist der Erfolg einer Therapie unsicher, aber auch nicht aussichtslos, so könnten Ärzte lieber sofort verzichten, weil sie sich zu einem späteren Abbruch nicht befugt sähen, falls die Maßnahme nicht erfolgreich wäre.²⁵⁷

Drittens: Die Frage nach dem Umfang des Verzichtbaren

²⁵¹ B. SCHÖNE-SEIFERT UND C. EICKHOFF (1996), 183-216, bes. 206-208.

²⁵² K.-H. WEHKAMP (1999), 49.

²⁵³ Im interdisziplinären Ausschuss wurde dies bildlich ausgedrückt: „Am Ende können nicht alle im Auto hinten gesessen haben.“

²⁵⁴ A.a.O., 210. So auch deutlich dokumentiert bei C.L. SPRUNG UND L.A. EIDELMAN (1996), 1003-1005.

²⁵⁵ L.A. EIDELMAN U.A. (1998), 162-166.

²⁵⁶ K.-H. WEHKAMP, (1999), 49.

²⁵⁷ So zum Beispiel argumentiert CHARLES L. SPRUNG (1990), 2213.

Auf welche lebenserhaltenden Maßnahmen kann denn u.U. verzichtet werden, und für welche Maßnahmen besteht eine kategorische Behandlungspflicht (aus Fürsorge für das Wohl des Patienten)? Ärzte und Pflegende beurteilen höchst verschieden, ob ein solches unbedingtes Behandlungsgebot die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, von Luft, von Antibiotika (z.B. bei sich zusätzlich einstellenden Komplikationen) oder auch die potenzielle Reanimation umfasse.

Wir sehen eine Grenze des Erlaubten nur da, wo es um die „Basishilfe“ geht. Dazu gehört (neben der Schmerztherapie usw.) auch die Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung, selbst mit Hilfe einer Nasen- oder Magensonde, solange dies nicht zu einer Qual für den Patienten wird.²⁵⁸

Im Blick auf medizinische Interventionen wird sich eine Änderung des Therapiezieles vielfach in unterschiedlichen Stadien von der maximalen Therapie über Phasen der regelmäßigen Überprüfung der Sinnhaftigkeit therapeutischen Handelns bis hin zur teilweisen Begrenzung dieses Handelns oder aber auch zur vollständigen Umstellung von kurativer auf palliative Medizin bewegen.²⁵⁹ Das Vorgehen ist stets individuell zu erwägen und nicht nach Fällen zu sortieren. Wie steht es um die „benefits“ und die „burdens“ der therapeutischen Maßnahmen in diesem einen konkreten Fall?

Dann aber ist zum Beispiel eine DNR-Order („do not resuscitate“) denkbar: der Verzicht auf Reanimation wird dann angeordnet. DNR meint nicht: kümmere dich nicht mehr um den Patienten.²⁶⁰ Eine DNR-Order ist sinnvoll, wenn deutlich wird, dass die Erfolgsaussichten kardiopulmonaler Wiederbelebung (CPR) sehr gering sind. Oftmals muss bei der Abwägung von Nutzen und Lasten festgestellt werden, dass CPR ein „futile treatment“ wäre, das nicht gerechtfertigt ist. Dann ist es besser, eine DNR-Order aufzuschreiben.²⁶¹

6.2.2 Das Ja zum Einsatz und zur Förderung der palliativen Medizin in der Sterbebegleitung

Palliative Medizin stellt die effektivste Euthanasieprophylaxe dar. Sie ist um ein Optimum an Lebensqualität für den Patienten orientiert und müht sich um eine ganzheitliche Befriedigung seiner Bedürfnisse, um eine effektive Bekämpfung von Schmerz und anderen quälenden Symptomen und um eine mindestens zeitweise Rehabilitation des Patienten. Dabei steht nicht die Lebensverlängerung im Mittelpunkt. Wichtig ist der systemische Ansatz der Palliativmedizin, der auch die Betreuung der Angehörigen im Blick hat. Die Förderung der Palliativmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist mit Nachdruck im Interesse schwerstkranker und sterbender Menschen zu fördern.

Die „Grundsätze“ erwähnen die Bedeutung der Palliativmedizin, wenn sie von der möglichen Änderung der Therapieziele sprechen.

²⁵⁸ M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 217.

²⁵⁹ W. SEEGER (1997). 3.

²⁶⁰ C.L. SPRUNG UND L.A. EIDELMAN (1996), 1003-1005.

²⁶¹ Vgl. G. AGICH UND A. ARROLIGA (2000), 392-400.

Palliativmedizin leitet sich ab vom lateinischen „pallium“, dem **Schutzmantel**, der dem Bedürftigen übergeworfen wird. Palliativmedizin gehört in einen großen Zusammenhang mit verschiedenen Bemühungen, mit dem Sterben von Menschen besser umzugehen. In denselben Zusammenhang gehört auch die **ambulante und stationäre Hospizarbeit**²⁶², die auf die Initiative von Dame **CICELY SAUNDERS**²⁶³ zurückgeht, die 1967 in London mit dem St. Christopher's Hospice das erste neuzeitliche Hospiz begründete. Die erste (an ein Krankenhaus) angeschlossene Palliativstation entstand 1975 in Montreal. In Deutschland²⁶⁴ wurde erst 1983 die erste Palliativstation in Köln und 1986 das erste Hospiz (Haus Hörn in Aachen) begründet. Seither wächst die Hospizbewegung in Deutschland, wenn auch von einer flächendeckenden Versorgung mit Palliativstationen und Hospizen nicht die Rede sein kann. Die evangelische Kirche hat nach anfänglichen Missverständnissen und Vorbehalten („Sterbeklinik“) inzwischen ein Ja zur Hospizbewegung gefunden, so dass einige ambulante und stationäre Hospize in evangelischer (Teil-) Trägerschaft entstanden sind.²⁶⁵

Nach der Wiedervereinigung wurden in **Mecklenburg-Vorpommern** 1993 und 1994 die ersten Palliativstationen am Klinikum in Neubrandenburg und am Südstadtkrankenhaus in Rostock durch ein Förderprogramm des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ermöglicht. 1996 folgte ebenfalls mit BMG-Fördermitteln die **Krebsschmerz-Initiative Mecklenburg-Vorpommern** in Greifswald²⁶⁶, ein ambulanter Palliativdienst, der mit einem Palliativ-Team aus Arzt und Krankenschwester diese Patientengruppe konsiliarisch zunächst im Klinikum in Greifswald betreut und vor allen Dingen auch nach der Entlassung gemeinsam mit den Hausärzten weiter in der ambulanten Situation zu Hause. 1998 wurde dann auf Initiative der Diakonie ein **ehrenamtlicher Hospizdienst in Greifswald** eingerichtet. Die Hospizhelfer betreuen diese Patientengruppe psychosozial in der häuslichen Umgebung. Ähnliche Gruppen existieren auch in Neubrandenburg²⁶⁷ und an anderen Orten. Ein stationäres Hospiz besteht am Südstadtklinikum Rostock, sowie beim Volkssolidarität-Seniorenzentrum in Güstrow.²⁶⁸ Seit November 2000 sind die verschiedenen Einrichtungen in einer **Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativstation** miteinander verbunden.

Um die Bedeutung der Palliativmedizin zu erfassen, muss man sich einige **Zahlen** nur im Blick auf Tumorerkrankungen verdeutlichen: In Deutschland gibt es ca. 340.000 neuerkrankte Patienten pro Jahr. Insgesamt sind 1.100.000 Tumorpatienten dauernd in Behandlung. Von diesen Patienten können 450.000 Patienten kurativ behandelt und 650.000 Patienten palliativ behandelt werden. Insgesamt muss man von ungefähr 480.000 Krebsschmerzpatienten ausgehen, wiederum davon **10.000 Krebsschmerzpatienten nur in Mecklenburg-Vorpommern**.²⁶⁹

Will man verstehen, worum es in der Palliativmedizin geht, so muss man sie nicht nur **von der kurativen Therapie** unterscheiden, deren Ziel die möglichst vollständige Wiederher-

²⁶² Vgl. zum deutschen Kontext besonders H. BEUTEL UND D. TAUSCH-FLAMMER (1996).

²⁶³ Vgl. besonders: C. SAUNDERS, Hospiz und Begleitung in Schmerz (³1993).

²⁶⁴ Ausführlicher berichten über die deutsche Entwicklung: L. RADBRUCH UND D. ZECH, in: E. AULBERT, E. KLASCHIK UND H. PICHLMAIER (1998), 56-60.

²⁶⁵ Besonders wichtig war der klärende Beitrag von J.-C. STUDENT (1985). Die Entwicklung für die evangelische Kirche dokumentiert am besten P. GODZIK (⁴1996).

²⁶⁶ Über diese Initiative berichten W. DIEMER, TH. THEURER UND M. WENDT, in: Der Bundesminister für Gesundheit (1998), 202-207.

²⁶⁷ H. GAFGA (1999), 20f. berichtet über die besondere Situation in einem der wenigen ostdeutschen Hospize, das der Dreikönigsverein in Neubrandenburg betreibt.

²⁶⁸ So W. DIEMER (2000), 1.

²⁶⁹ A.a.O., 4. Vgl. auch M. WALTER (1999), 40.

stellung der Gesundheit ist, sondern auch von der **palliativen Tumortherapie**, deren Ziele primär die Lebensverlängerung und erst nachrangig die Symptomkontrolle und damit Verbesserung der Lebensqualität sind.²⁷⁰

Die **WHO** hat 1990 **Palliativmedizin definiert**. Sie „bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen normalen Prozess an. Sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Die Palliativmedizin stellt die Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden in den Vordergrund, integriert die psychischen und spirituellen Bedürfnisse und bietet ein System der Unterstützung an, damit das Leben der Patienten bis zum Tod so aktiv wie möglich sein kann. Die Palliativmedizin bietet der Familie während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerphase Unterstützung an.“²⁷¹

Sehr häufig wird der Hauptakzent der Palliativmedizin in der **Schmerztherapie** gesehen. In der Tat setzen sich Palliativmediziner für eine professionelle und hochwirksame Bekämpfung z.B. des Tumorschmerzes ein. Die Schmerztherapie in Deutschland wird von vielen Kritikern für nach wie vor unzureichend gehalten, was die Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung nicht erleichtert.²⁷² Die **BUNDESÄRZTEKAMMER** nannte Deutschland noch 1998 für Patienten mit chronischen Schmerzen „ein **Notstandsgebiet**“.²⁷³ In der Studie des Münchener Johannes-Hospizes waren Schmerzen der Grund für 38% der Aufnahmen, aber 46% der Patienten waren bei Aufnahme schmerztherapeutisch insuffizient versorgt.²⁷⁴

Worin ist diese Situation begründet?. M. ZENZ spricht von einer „**Opioid-Phobie**“.²⁷⁵ Denn immer noch stehen gerade Ärzte dem Einsatz von Opioiden in der Schmerzbekämpfung kritisch gegenüber, weil sie eine Suchtgefahr vermuten, Nebenwirkungen fürchten und eine abnehmende Wirksamkeit der Medikation oder aber Sorge haben, der Patient könne sich angesichts dieser starken Medikation aufgegeben fühlen. Diese Vorbehalte sind in der Regel unbegründet: eine körperliche Gewöhnung mag eintreten, nicht aber die suchttypische psychische Abhängigkeit mit wachsendem Kontrollverlust. Der Spielraum zur individuellen Anpassung der Dosierung ist so groß, dass ein Verlust der Wirksamkeit nicht zu befürchten ist. Nebenwirkungen sind von Anfang an mitzubehandeln und die umfassende Begleitung erzeugt gerade nicht den Eindruck beim Patienten, er sei aufgegeben.²⁷⁶

²⁷⁰ G. AICHMÜLLER-LIETZMANN, CH. CLEMM UND TH. BINSACK (1999), 42.

²⁷¹ Zitiert bei L. RADBRUCH UND D. ZECH, in: E. AULBERT, E. KLASCHIK UND H. PICHLMAIER (1998), 53.

²⁷² Eine Bochumer Studie mit 16630 Patienten im Endstadium einer Tumorerkrankung weist nach, dass von diesen Patienten nur 2% stark wirksame Schmerzmittel in entsprechender Dosierung erhalten haben. G. HAAF (1998), 49, merkt an: „Aus Furcht vor dem vermeintlichen Suchtpotenzial starker Opioide verabreichen [die Ärzte] die hochwirksamen Medikamente nicht oder setzen sie unzureichend ein. Rund 650.000 Menschen benötigen hierzulande stark wirkende Opioide, doch nur etwa 10.000 bekommen sie tatsächlich auch verordnet.“ Der Bochumer Arzt MICHAEL ZENZ (1996), 12, bezeichnet Deutschland als schmerztherapeutisches Entwicklungsland. Er stellte bei einer Weiterbildungsveranstaltung in Bochum fest, dass die Hälfte der dort versammelten schmerztherapeutisch tätigen Ärzte keine Formulare zur Verschreibung von Betäubungsmitteln zur Verfügung hatten. Bemerkenswert in unserem Kontext ist die Schlussfolgerung des Schmerzexperten (M. ZENZ, a.a.O.): „Wenn es dem Therapeuten gelingt, Schmerzen, Depressionen oder unerträgliches Hautjucken zu beseitigen, verblasst in der Regel der Wunsch zu sterben. Falls ein Patient dennoch sagt, er wolle so nicht weiterleben, liegt es oft daran, dass man sich nicht genügend bemüht hat, seine Lebensqualität zu verbessern. ... Die wenigsten Patienten, die symptomfrei sind, wollen sterben.“

²⁷³ Zitiert in: H. GÖBEL (1998), 18.

²⁷⁴ G. AICHMÜLLER-LIETZMANN, CH. CLEMM UND TH. BINSACK (1999), 43+44.

²⁷⁵ M. ZENZ UND A. WILLWEBER-STRUMPF (1993), 1075-76, auch zitiert von G. BLAESER-KIEL (1999), B-21.

²⁷⁶ W. DIEMER, a.a.O., 17.

Die Palliativmedizin versorgt Schmerzpatienten nach dem von der **WHO** empfohlenen **Drei-Stufen-Schema**.²⁷⁷ Schmerzmessung (subjektive Algesimetrie), Schmerzdiagnose und Schmerztherapie bilden die Instrumente der Schmerzbekämpfung im Rahmen der Palliativmedizin.

Exkurs: Schmerzbekämpfung nach dem WHO-Schema

Alle Medikamente zur Tumorschmerztherapie sollen nicht-invasiv, möglichst oral oder transdermal (als Pflaster) mit Retardpräparaten verabreicht werden. Diese Methoden sind bei über 90% der Patienten erfolgreich. Bei der Gabe von Injektionen wird zwar eine schnelle Wirkung, aber keine lange Wirkdauer erreicht, so dass diese Anwendungsform nur für Zusatzgaben bei Schmerzspitzen in Frage kommt, wenn der Patient keine unretardierten Tabletten oder Zäpfchen zusätzlich einnehmen kann. Nur so ist eine weitgehende Unabhängigkeit des Patienten erreichbar. Bei Dauerschmerzen sollen feste Therapieintervalle für die Einnahme der Schmerzmedikamente eingehalten werden, d. h. alle Analgetika sollen in über den Tag gleich verteilten Zeitabständen (z. B. alle 12 oder 8 Stunden) gegeben werden. Ein schriftlicher Einnahmeplan ist dem Patienten mitzugeben. Nur so ist eine effektive Schmerzreduktion rund um die Uhr möglich. Dabei ist es wichtig, eine (immer wieder auftretende) Unterdosierung zu vermeiden, da sonst vor der Einnahme der nächsten planmäßigen Dosis bereits wieder Schmerzen auftreten. In diesen Fällen soll die Dosis erhöht werden bis eine ausreichende Schmerzreduktion erreicht ist oder die Nebenwirkungen inakzeptabel werden. Die Nebenwirkungen müssen antizipierend mitbehandelt und durch eine frühzeitige prophylaktische Behandlung vermieden werden. Falls inakzeptable Nebenwirkungen auftreten, ist das Therapieverfahren zu ändern. Es kann unter Umständen sinnvoll sein, eine zusätzliche Bestrahlungstherapie oder eine invasive Schmerztherapie zu erwägen.²⁷⁸

Die **Bedeutung** dieser Schmerztherapie ist schnell zu belegen:

- Auf der Palliativstation im Bonner Malteser-Krankenhaus konnten E. KLASCHIK und seine Mitarbeiter bei 50% aller Patienten eine Schmerzdauer von länger als Jahr vor Aufnahme auf die Palliativstation beobachten. Mit einer effektiven medikamentösen Schmerztherapie konnte bei über 90% dieser Patienten **innerhalb weniger Tage eine effektive Schmerzreduktion** erreicht werden.²⁷⁹
- Ähnliches zeigt die Münchener Studie: innerhalb von drei Tagen konnte bei 66% der Patienten, deren Hauptaufnahmesymptom der Schmerz war, eine deutliche Schmerzreduktion erreicht werden, bis zum Ende der ersten Behandlungswoche bei weiteren 21%.²⁸⁰
- Diese Ergebnisse haben sich auch im Rahmen der Krebschmerz-Initiative Mecklenburg-Vorpommern bestätigt.

²⁷⁷ In der ersten Stufe werden dabei Nicht-Opioide verabreicht, ergänzt durch Adjuvantien. Die zweite Stufe umfasst mittlere Opioide, kombiniert mit Nicht-Opioiden und wiederum ergänzt durch Adjuvantien. Die dritte Stufe umfasst starke Opioide, kombiniert mit Nicht-Opioiden und wiederum ergänzt durch Adjuvantien. Auf jeder Stufe ist zudem eine breite Varianz der Dosierung möglich, so dass die Chancen einer Stufe nicht schnell „ausgereizt“ werden.

²⁷⁸ W. DIEMER, a.a.O., 13f. Eine Umfrage der Krebschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern ergab 1997, dass jeder zweite Arzt den WHO-Stufenplan nicht kannte. So W. DIEMER, a.a.O., 16.

²⁷⁹ E. KLASCHIK UND F. NAUCK (1994), 117-126.

²⁸⁰ G. AICHMÜLLER-LIETZMANN, CH. CLEMM UND TH. BINSACK (1999), 44.

Dadurch liegt die Schlussfolgerung nahe, dass bei einer engmaschigen und adäquat durchgeführten Tumorschmerztherapie bei diesen Patienten **das langdauernde Leiden am Tumorschmerz hätte vollkommen vermieden werden können.**²⁸¹

Palliativmedizin auf Palliativstationen und in Hospizen ist aber weit mehr als kompetente Schmerztherapie. Sie umfasst zum einen die **Behandlung weiterer körperlicher Symptome**, die die Lebensqualität von Patienten einschränken wie z.B. Luftnot, Übelkeit, Verstopfung, Schwäche, Appetitlosigkeit, anhaltender Husten usw. Der Palliativmedizin geht es zum anderen um **eine ganzheitliche Betreuung von Patienten**, wobei die Steigerung der Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit das höchste Kriterium ist, ja schwerer in der Abwägung der Güter wiegt als eine pure Verlängerung von Lebenszeit.

Die Palliativmedizin hat also einen **holistischen Ansatz**²⁸², der sich den **Bedürfnissen** von Patienten mit infauster Prognose und von Patienten auf der letzten Strecke ihres Lebens verpflichtet sieht.²⁸³

- Im Sterben nicht alleine gelassen zu werden,
- im Sterben nicht unter körperlichen Beschwerden leiden zu müssen,
- die Regelung letzter Dinge bewältigen zu können, wie das Verhältnis zu Familie und Freunden und ein Testament,
- einen Raum zu haben, um über Sinnfragen nachzudenken und
- auch die Frage nach dem Danach stellen und bearbeiten zu können.

Bei Patienten mit einer infausten Prognose bemüht sich die Palliativmedizin um eine mindestens **partielle und zeitweilige Rehabilitation**, so dass der Patient in dem Umfeld leben und am sozialen Dasein partizipieren kann, das seinen Wünschen am ehesten entspricht.

Zum holistischen Ansatz gehört auch ein **systemisches Denken**, das neben dem Patienten auch das **Umfeld** in den Blick nimmt und die Kommunikation mit den Angehörigen sucht, und zwar während der Begleitung des Patienten, aber auch trauerbegleitend.

Zusammenfassend können wir mit WOLF DIEMER definieren: „Palliativmedizin ist die Lehre und Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Ihr Hauptziel ist die Verbesserung der Lebensqualität dieser Patienten. Sie arbeitet nicht vordringlich an der Lebensverlängerung, sondern versucht gemeinsam mit dem Patienten, die Behandlungsziele an seinen Wünschen auszurichten.“²⁸⁴

Zu einer umfassenden palliativmedizinischen Versorgung gehört ein **Netzwerk** verschiedenster Einrichtungen, die für den Patienten sorgen:

²⁸¹ W. DIEMER, a.a.O., 7.

²⁸² H. PICHLMAIER (1998), B 1603: “In diesem Sinn ist PM ... Ganzheitsmedizin.”

²⁸³ W. DIEMER, a.a.O., 2.

²⁸⁴ A.a.O., 4.

- **Ambulante Hospizdienste** leisten eine wesentliche (vor allem psychosoziale) Unterstützung des Patienten zu Hause: ca. 600 Dienste dieser Art in Deutschland besuchen Menschen zu Hause, führen Gespräche, helfen beim Aufrechterhalten von Kontakten, lesen vor, machen Einkäufe, helfen im Haushalt, organisieren, geleiten beim Arztbesuch oder Behördengang u.v.m. Allerdings ist die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin der Meinung, dass nur etwa 20 dieser ambulanten Dienste vollständig den von ihr aufgestellten Kriterien entspreche.²⁸⁵
- Durch das **palliative-care-team** wird der Patient bereits während des Klinikaufenthaltes konsiliarisch auf den Stationen des Klinikums mitbehandelt und nach seiner Entlassung aus dem Klinikum wird er von demselben palliative-care-team in Zusammenarbeit mit seinem betreuenden Hausarzt zu Hause vor Ort in Hausbesuchen und telefonischen Kontakten weiterbehandelt.²⁸⁶ Es bestehen daneben weitere ambulante Palliativ-Dienste oder Home-Care-Dienste ohne Brückenfunktion zum Krankenhaus.
- **Palliativstationen** können Patienten vor der Entlassung schmerztherapeutisch einstellen oder aber in Krisenfällen eine zeitweilige stationäre Aufnahme ermöglichen. Die Durchlässigkeit der einzelnen „Stationen“ gehört zu den wesentlichen Merkmalen palliativer Medizin: sie gibt dem Patienten die Gewissheit, im Notfall aufgenommen zu werden, aber nach Möglichkeit zu Hause sein zu können. Zur Zeit bestehen in Deutschland erst 57 Palliativstationen mit insgesamt 476 Betten.²⁸⁷ Für eine flächendeckende Versorgung nach dem Beispiel Großbritanniens sind nach Berechnung des Bundesgesundheitsministeriums 50-75 Betten auf Palliativstationen pro 1 Million Einwohner erforderlich.²⁸⁸
- **Stationäre Hospize** (die sich durchaus nicht als „Sterbehäuser“ verstehen) erlauben es Patienten, in einem weniger klinischen Umfeld zeitweise, auf Dauer und auch bis zum Ende Aufnahme, menschliches Geleit, eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Pflege und ärztliche Betreuung zu erfahren. Auch die geistlichen Fragen und seelsorglichen Nöte eines Menschen werden ausdrücklich ernstgenommen. In Deutschland besteht eines der Probleme (neben notorischen Finanzierungsengpässen) in der Tatsache, dass die 81²⁸⁹ stationären Hospize (seit September 1998 auch eines für Kinder, Haus Balthasar in Olpe²⁹⁰) nur als „Ersatz einrichtungen für ambulante Pflege“ anerkannt sind und darum die Anstellung von Ärzten nicht mitfinanziert wird.

Wir befürworten ausdrücklich die Förderung der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Mecklenburg-Vorpommern. Dabei sind einige Aspekte besonders hervorzuheben:

- Palliativmedizin darf nicht, wie in den „Grundsätzen“ angedeutet, erst zum Tragen kommen, wenn die kurative Medizin am Ende ihrer Möglichkeiten ist. Dieser **sequentielle Ansatz** berücksichtigt zu wenig die Aspekte der Symptomkontrolle, der Schmerztherapie und der (ganzheitlich verstandenen) Lebensqualität. Palliative Maßnahmen müssen vielmehr **den gesamten therapeutischen Prozess** begleiten.²⁹¹ Be-

²⁸⁵ R. STEIN (2000), N3.

²⁸⁶ W. DIEMER, a.a.O., 9f.

²⁸⁷ R. SABATOWSKI, L. RADBRUCH UND G. LOICK (1999).

²⁸⁸ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (1997), 254-256.

²⁸⁹ H. PICHLMAIER (1998), B-1604, nannte noch ca. 50; R. STEIN (2000), N3, zählt am 29.11.2000 81.

²⁹⁰ R. FREY (1999), B-26.

²⁹¹ So auch L. RADBRUCH UND D. ZECH in: E. AULBERT, E. KLASCHIK UND H. PICHLMAIER (1998), 55.

denken, dass damit zu früh das kurative Konzept verlassen werde, sind unbegründet, da sich Palliativmedizin nicht als pure Sterbebegleitung versteht. Auch für einen Tumorpatienten z.B. mit einer guten Prognose ist es wichtig, eine Symptomkontrolle und möglichst optimale Schmerztherapie durchzuführen. Umgekehrt aber wird oftmals z.B. in der Schmerztherapie zu spät, zu reaktiv und zu schwach dosiert. Die Hemmfaktoren einer effektiven Tumor-Schmerztherapie liegen neben der o.a. Opioid-Phobie hauptsächlich in unzureichenden Kenntnissen und Fertigkeiten, da in der einzelnen Arztpraxis oft nur sehr wenige Tumorschmerzpatienten im Jahr betreut werden. Darüber hinaus ist die palliative Patientenbetreuung sehr zeitaufwendig.²⁹²

- Palliativmedizin ist – je professioneller sie angewandt wird – auch eine Antwort auf die Fragen nach der **ethischen Tragbarkeit der sogenannten „indirekten Sterbehilfe“**. Wird Schmerztherapie rechtzeitig im Rahmen palliativmedizinischer Bemühungen induziert, wird das Gegenteil eher der Fall sein: verminderter Stress, weniger Schmerz und mehr Lebensqualität werden die Lebenszeit eher verlängern als verkürzen. Es tritt sozusagen eine umgekehrte Doppelwirkung ein.
- Vor allem aber ist Palliativmedizin nichts weniger als **Euthanasieprophylaxe**.²⁹³ In den meisten Fällen würde sich die Bitte um den gnädigen Tod oder der Plan, das eigene Leben zu beenden, von selbst erledigen, wenn Patienten die ruhige Gewissheit hätten, dass für sie menschlich zuverlässig und medizinisch kompetent gesorgt würde, so dass die letzte Lebensstrecke lebenswert erscheinen kann, mit beherrschbarer Schmerzintensität, bei klarem Bewusstsein und umgeben von liebevollem Geleit anderer Menschen. Umgekehrt ist der verzweifelte Ruf nach der „erlösenden Spritze“ nicht als Wunsch zu interpretieren, nicht mehr leben zu wollen, wohl aber als Ruf, so nicht mehr leben zu können, mithin als Bitte, anders leben zu dürfen. Wir haben auf die besondere Problematik hingewiesen, die sich durch die Vereinzelung ergibt: gerade für die, die keinen Menschen mehr haben und nicht in einer Familie oder Gruppe geborgen sind, ist der Dienst von ambulanten und stationären Hospizen sowie von Palliativstationen ein Zeichen der Hoffnung auf eine würdevolle letzte Lebensphase.
- Uns überzeugt besonders **der holistische Ansatz**, der auch seelsorgliches Geleit integriert (und nicht nur am Rande duldet). Die vielfach dokumentierten Bedürfnisse sterbender Menschen umfassen auch die Klärung vorletzter und letzter Fragen von der vielleicht noch möglichen Versöhnung mit einem anderen Menschen bis hin zur Vergabung für belastende Schuld, aber auch die dankbare Lebensbilanz, die ein Leben bei aller Fragmentalität abzurunden vermag und die Vergewisserung einer Hoffnung, die über den Tod hinaus schaut und auf eine erneuerte Gemeinschaft in der Welt Gottes vertraut. Diese Themen wollen aber auch in evangelisch (oder auch ökumenisch) verantworteten Hospizen eine entsprechende selbstbewusste Prägung erfahren.
- In ethischer Hinsicht leisten Hospizbewegung und Palliativmedizin das von uns Geforderte in vorbildlicher Weise: sie zeigen, wie die **Fürsorge** für einen schwerkranken

²⁹² W. Diemer (1999), 231.

²⁹³ So auch E. AULBERT, E. KLASCHIK UND H. PICHLMAIER (1998), VI: „Die Palliativmedizin als Teil der Hospizidee ist aufgerufen, der Öffentlichkeit klar darzustellen, dass sie in der Lage ist, fast immer Schmerzen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, besonders bei Patienten mit Tumorschmerzen, [und] durch eine ganzheitliche, fürsorgliche und phantasievolle Pflege und geistig-seelische, mitmenschliche Betreuung Leiden umfassend lindern kann.“ Ausführlicher zu dieser These E. KLASCHIK an selber Stelle, 1-7.

und sterbenden Menschen zur Geltung gebracht werden kann, ohne dass der Mensch in seinem **Subjektsein** und seiner Freiheit nicht länger ernst genommen würde.²⁹⁴

- Finanzierung und Erhaltung: Neben der Aufrechterhaltung und weiteren Etablierung solcher palliative-care-teams, wie sie im Rahmen des Modellprojektes in Vorpommern bereits sehr erfolgreich eingesetzt wurden, wird auch für die Patienten, die in der ambulanten Situation (sprich zu Hause) nicht angemessen bezüglich ihrer Schmerzen oder anderer quälender Symptome der Tumorerkrankung behandelt werden können, die Einrichtung einer **Palliativstation** gefordert, wie sie bereits 1994 beim Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern beantragt wurde.²⁹⁵ Gefordert werden muss auch eine Veränderung des **Status von Hospizen**, so dass wie international üblich auch die Leistungen von fest angestellten **Ärzten** im Hospiz abrechenbar werden. Durch die längere Verweildauer im häuslichen Umfeld oder im Hospiz und durch den Wegfall zahlreicher Einweisungen ins Krankenhaus würden die entstehenden Mehrkosten wohl kompensiert.²⁹⁶ In diesen Katalog notwendiger Maßnahmen gehört auch die Etablierung einer eigenen medizinischen Subdisziplin mit entsprechenden **Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten**.²⁹⁷

²⁹⁴ U. EIBACH (2000), 34.

²⁹⁵ W. DIEMER, a.a.O., 6.

²⁹⁶ A.a.O., 8.

²⁹⁷ H. PICHLMAIER (1998), B-1604. An der Universität Köln ist von der Deutschen Krebshilfe die Errichtung einer Stiftungsprofessur in Aussicht genommen worden. In Köln ist mit dem „Dr. Mildred Scheel“ Haus bereits eine der führenden palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland (seit 1992) vorhanden.

6.3 Dritter Themenkomplex: die Ausweitung auf nicht-sterbende Patienten

Wir haben dargelegt, wie sich der Geltungsbereich der verschiedenen „Richtlinien“ und „Grundsätze“ im Laufe der Zeit auch auf nicht-sterbende Patienten ausgedehnt hat.²⁹⁸

Wir sehen die Ausdehnung von „Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung“ auf nicht-sterbende Patienten mit Sorge. Das Lebensrecht nicht-sterbender Patienten wird durch die „Grundsätze“ zwar nicht angetastet, aber es entstehen durch interpretationsfähige Formulierungen offene Ränder, die eine Gefährdung für bestimmte Patientengruppen darstellen könnten. Die Gefahr von Dambrüchen ist dabei nicht von der Hand zu weisen.

Zwei dieser Patientengruppen wollen wir näher betrachten:

6.3.1 Das Nein zur Hilfe bei der Herbeiführung des Todes von Wachkoma-Patienten

Im Umgang mit Wachkoma-Patienten sehen wir einen solchen offenen Rand: wir begrüßen die Sicht der „Grundsätze“, dass Wachkoma-Patienten Lebende sind, die Anspruch auf medizinische und pflegerische Betreuung zur Lebenserhaltung haben. Wir folgen den „Grundsätzen“, dass auch bei diesen Patienten bei einem Ausfall weiterer vitaler Funktionen der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahme (bei Fortführung der Basispflege) denkbar ist. Wir sehen aber mit besonderer Sorge die Option, u.a. bei Wachkoma-Patienten die Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung zu beenden. Hier droht eine „gelenkte Sterblichkeit“ (U. EIBACH) auf Grund von Lebenswerturteilen.

Zunächst geht es um Patienten mit „Wachkoma“ oder „persistent vegetative state“ (PVS). In Deutschland kann man von jährlich ca. 3.000 bis 5.000 PVS-Patienten ausgehen.²⁹⁹ Gewaltwirkungen auf den Kopf durch Auto- oder Sportunfälle, Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff oder auch Tumore verursachen diesen Zustand, der durch eine Unterbrechung der Verbindung von Hirnstamm und Großhirn gekennzeichnet ist. Die Patienten liegen nicht im Sterben. Wachkoma-Patienten haben einen Schlaf-Wach-Rhythmus. Zuweilen öffnen sie spontan die Augen. Viele atmen spontan. Sie können Schmerzen empfinden.

Umstritten ist in vielerlei Hinsicht die Prognose für PVS-Patienten, der Sinn von Rehabilitation und die Deutung von körperlichen Reaktionen der Patienten. Der Neurolinguist PAUL-WALTER SCHÖNLE gab 1998 zu: „Wir wissen einfach noch zu wenig über das Koma und das apallische Syndrom“.³⁰⁰ In vielem sind sich die Mediziner uneins: etwa in der Frage, ob Wachkomapatienten nur körperlich reagieren oder tatsächlich kommunizieren, oder ob die therapeutische Bemühung wesentlich zum möglichen Erwachen beiträgt oder sich dieses nur spontan ereignet.³⁰¹ Immerhin verweisen Mediziner darauf, dass etwa ein Drittel der Patienten wieder erwacht und mit geringen Einschränkungen ein normales Leben wieder aufnehmen kann, ein Drittel mit größeren Behinderungen im Kreis der Familie weiterleben kann und ein Drittel im Zustand des Wachkomas verbleibt. Je länger das Koma dauert, desto unwahr-

²⁹⁸ Vgl. S. 4-6.

²⁹⁹ Die Zahlen schwanken: HELGA KESSLER (1998), 39 spricht von 5.000 Fällen pro Jahr,

³⁰⁰ PAUL-WALTER SCHÖNLE, in: HELGA KESSLER (1998), 40.

³⁰¹ Vgl. S. LAERUM (1998), 18.

scheinlicher ist die Rückkehr in ein normales Leben.³⁰² Allerdings gilt auch diese Regel nicht ohne Ausnahme: auch nach Jahren wachen Menschen noch aus dem Koma auf. Patienten, die aus dem Koma erwachen, zeigen nach zahlreichen Berichten einen ausgeprägten Lebenswillen und auch Lebensfreude.³⁰³ Besonders engagiert zeigen sich Vertreter der (wenigen) speziell auf PVS-Patienten ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen, die auf um so größere Erfolge hinweisen können, je früher mit der aufwendigen, durch vielfältige Reize den Patienten stimulierenden Rehabilitation begonnen wird.³⁰⁴ Veraltete Vorstellungen vom Wachkoma müssten revidiert werden: viele dieser Patienten sind rehabilitierbar, wenn es nur die entsprechenden Einrichtungen gäbe.³⁰⁵ Fatal ist darum die Tatsache, dass auf etliche PVS-Patienten nach der Erstversorgung nur noch der Platz im Altenpflegeheim wartet. Angesichts der hohen Kosten für die Rehabilitation von PVS-Patienten ist es auch nicht auszuschließen, dass hier ökonomische Zwänge im Hintergrund medizinischer und ethischer Argumentationen stehen.

Die Richtlinien der SAMW (Schweiz) zählen PVS-Patienten zu der Patientengruppe, bei der ein Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen legitim sein kann.³⁰⁶

Die „Grundsätze“ unterscheiden sich davon deutlich mit erfreulicher Klarheit (s.o.): Wachkoma-Patienten werden **als Lebende** angesehen. Sie haben ein **Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung**. Lebenserhaltende Maßnahmen sind geboten; das gilt auch für künstliche Ernährung. Das bedeutet: das Lebensrecht von Wachkoma-Patienten wird ausdrücklich geschützt. Gleichwohl kann z.B. beim Ausfall **weiterer** vitaler Funktionen auch hier eine Änderung des Therapieziels in Frage kommen, d.h. auch der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen und auf die Substitution vitaler Funktionen durch technische Hilfsmittel.

Wir sehen dennoch mit Sorge, dass auf diese Weise die Gruppe der Menschen, die in einer Aufstellung von Grundsätzen zur Sterbebegleitung angesprochen werden, **ausgedehnt wird auf Nicht-Sterbende**. Allein die Aufnahme von PVS-Patienten in ein solches Dokument ist besorgniserregend. Noch 1998 hatte der damalige Präsident der Bundesärztekammer, KARSTEN VILMAR, sich öffentlich dafür ausgesprochen, den Umgang mit PVS-Patienten nicht in die „Richtlinien“ aufzunehmen.³⁰⁷ Diese Sorge wird auch nicht durch den Hinweis obsolet, es gehe ja gerade um den Lebensschutz für diese Patientengruppe.

Außerdem können wir nicht der Auffassung folgen, auch die **Einstellung der Ernährung** sei dadurch möglicherweise legitimiert. Die **Ernährung gehört zur Basispflege**. Es ist unerheblich, ob diese Ernährung mittels medizinischer Techniken (z.B. durch eine PEG-Sonde) oder oral aufgenommen werden kann. So wie wir bereit sind, medizinische Technik bei der Schmerzbekämpfung anzuerkennen und diese doch zur Basispflege rechnen, so müssen wir entsprechend auch bei der Ernährung urteilen.

Wir fürchten, dass hier so etwas wie „**gelenkte Sterblichkeit**“³⁰⁸ beabsichtigt werden könnte auf Grund von Lebenswerturteilen. Der Entzug der Nahrung ist in der Regel als gegen das Leben der Person gerichteter Akt zu verstehen; er erzwingt das Sterben bei nicht-sterbenden Patienten und ist darum als Tötung zu verstehen. Intention und Ergebnis ist der Tod des Men-

³⁰² PAUL-WALTER SCHÖNLE, a.a.O.

³⁰³ G. KLINKHAMMER UND H. KORZILIUS (1996), 21; aber auch W. TOCHA (1999), 8.

³⁰⁴ G. KLINKHAMMER UND H. KORZILIUS (1996), 20f.; C. SCHMITZ (1998), 36-41; H. KESSLER (1998), 39f.

³⁰⁵ J.C. STUDENT (1997), 46.

³⁰⁶ Vgl. S. 4 und Anm. 4.

³⁰⁷ So im Gespräch mit MARTIN SPIEWAK (1998), 11.

³⁰⁸ U. EIBACH (1998), 154.

schen. Dabei reicht nicht der teleologische Verweis auf das Empfinden von Durst und Hunger (in den „Grundsätzen“), vielmehr geht es um die deontische (also um der Beachtung des Tötungsverbots willen notwendige) Pflicht, mit Wasser und Nahrung zu versorgen, um eine basale Versorgung des Menschen zu sichern. Die Achtung vor dem Personsein des Menschen, die auch nach Aufgabe des Kampfes um die Gesundheit der Persönlichkeit zu wahren ist, verbietet jeden Akt, der gegen das Leben des Menschen gerichtet ist und gebietet es, ihm das zum Leben Nötige ohne Unterbrechung zu gewähren.³⁰⁹ Dass hierzu ein kleiner chirurgischer Eingriff nötig ist, ändert daran nichts, da die Verdauung durch den Verdauungstrakt weiterhin gegeben ist. Erst die parenterale Ernährung könnte als *remedium extraordinarium* für obsolet gehalten werden. Natürlich gibt es auch hier Grenzfälle: wenn etwa die Zuführung von Nahrung oder Flüssigkeit das Leiden verstärkt oder wenn eine Patientenverfügung die Ernährung als „Zwangsernährung“ ausschließt. Letzterer Fall stellt aber als verdeckte Selbsttötung eine schwere Zumutung für die ärztlich und pflegerisch Handelnden dar.

Exkurs: Der Fall Tony Bland als Exempel für „gelenkte Sterblichkeit“³¹⁰

Das House of Lords hatte 1993 auf Antrag der Familie BLAND und der behandelnden Ärzte letztinstanzlich den Entzug der Ernährung via Magensonde gestattet. Es hatte darauf hingewiesen, dass diese Ernährung eine medizinische Behandlung darstelle, die nutzlos sei, da das Leben von TONY BLAND nicht mehr als sinnvoll betrachtet werden könne. Die Ärzte seien darum nicht länger zu dieser Behandlung verpflichtet. Die Mehrzahl der Lords akzeptierte dabei die Absicht (und nicht nur Voraussicht), dass der Entzug der Ernährung den Tod des Patienten bewirken werde.³¹¹ Dieses Urteil ist von besonders großer Bedeutung, weil hier ein Behandlungsabbruch mit einem Lebenswerturteil verknüpft wurde. Man könnte schon kritisch fragen, warum die Sondenernährung als medizinische und nicht als pflegerische Maßnahme interpretiert und mit einer Beatmung verglichen wurde.³¹² Die Ernährung via Sonde hilft nicht so beim Verdauen, wie die Beatmungsmaschine beim Atmen hilft; ihr Entzug führt sicher zum Tod, während der Entzug der Beatmung spontanes Atmen nicht ausschließt. Kritischer aber ist das Argument zu beurteilen, die Behandlung mittels Magensonde sei „futile“: hat sie denn nicht ihr Ziel erreicht, nämlich den Patienten mit ausreichender Nahrung zu versorgen? Hier wird die **Sinnhaftigkeit einer Behandlung verwechselt mit der Sinnhaftigkeit eines Menschenlebens**. LORD KEITH sagte z.B.: „Existence in a vegetative state with no prospect of recovery is by that opinion regarded as not being a benefit.“³¹³ Natürlich kann man fragen, ob eine Behandlung noch sinnvoll ist. Das Kriterium dafür ist die Antwort auf die Frage, ob **der Nutzen der Behandlung für den Patienten in einem angemessenen Verhältnis zu der Belastung steht**, die die Behandlung für ihn bedeutet.

Darum ist JOHN KEOWN zuzustimmen: Mediziner sollten so fragen, nicht aber „whether the patient’s *life* is worthwhile, for the notion of a worthless life is alien to the Hippocratic tradition as it is to English criminal law, both of which subscribe to the principle of the sanctity of human life which holds that, because all lives are intrinsically valuable, it is always wrong intentionally to kill an innocent human being.“³¹⁴

³⁰⁹ A.a.O., 157f.

³¹⁰ Vgl. S. 15.

³¹¹ Vgl. J. KEOWN (1993).

³¹² A.a.O., 36.

³¹³ Zitiert a.a.O.

³¹⁴ A.a.O.

Damit beleuchtet das englische Urteil aus dem Jahr 1993 unser Thema: es legt in wünschenswerter Klarheit die Absicht frei, die hinter dem Entzug der Ernährung steht: Ein wertloses Leben ist zu töten. An dieser Stelle ist SINGERS Analyse³¹⁵ zu folgen. **Es macht aber auch deutlich, dass eine medizinische Ethik, die an der Unantastbarkeit von Gott geschaffenen und wertgeachteten menschlichen Lebens, ungeachtet aller Defekte und Handicaps, festhält, den Entzug der Nahrung für PVS-Patienten nicht dulden kann.** In der Logik der höchstrichterlichen Argumentation liegt kaum abweisbar die Konsequenz einer „slippery slope“: wer so wie die Lords urteilt, kann kaum anders urteilen, wenn es etwa um Alzheimer-Patienten im Endstadium geht. Und er muss sich fragen lassen, warum er dann nicht ehrlicherweise auch die tödliche Injektion duldet, da er ja die intentionale Tötung für akzeptabel hält. SINGER hat hier zurecht auf einen sehr wunden Punkt verwiesen; allerdings sind unsere Folgerungen diametral von den seinen unterschieden. Man muss nur die Argumentationsstruktur studieren, die PETER SINGER in der Darstellung der Fälle TONY BLANDS u.a. wählt: die Einstellung der Ernährung dient seiner Meinung nach ausschließlich (und in seinem Sinn auch völlig berechtigt) dem Ziel, das Leben des PVS-Patienten zu beenden. Sie ist damit eine „Sterbehilfe auf Umwegen“.³¹⁶

Es kann nach unserer Auffassung eben nicht ausgeschlossen werden, dass es doch zu Urteilen über die Lebensqualität von Patienten kommt, und dass der Tod dieser Patienten auf Grund eines solchen Urteils herbeigeführt werden soll.

Solch ein Urteil unterlief auch dem Göttinger Juristen HANS-LUDWIG SCHREIBER in einem SPIEGEL-Interview über Wach-Koma-Patienten: „Es kann nicht unsere Aufgabe sein, Leben zu erhalten, das kein menschliches mehr ist, sondern nur noch ein vegetatives. Soll man die sterblichen, aber nicht toten Überreste dieser Leute einfach nur zu ihrem Andenken erhalten?“³¹⁷

Dieses Zitat beleuchtet das Dilemma: je nach Interesse bieten die „Grundsätze“ einen relativ breiten Interpretationskorridor. Das ist sinnvoll im Blick auf die Individualität der Situationen, in denen Entscheidungen gefällt werden müssen. Das ist gefährlich im Blick auf potenzielle Grenzüberschreitungen. Es sind nicht wirklich ausdrückliche Grenzüberschreitungen, aber offene Ränder, an denen man sich unter Berufung auf Formulierungen der „Grundsätze“ in gefährliches Gelände hinausbegeben kann. „Das Absetzen der Ernährung bei einem Sterbenden auf seinen Wunsch hin ist prinzipiell etwas anderes als das Absetzen der künstlichen Ernährung auf Grund des mutmaßlichen Willens bei einem nicht sterbenden Menschen mit einer unheilbaren Krankheit.“³¹⁸ Unterhalb der Ebene der Herbeiführung des Todes von Patienten werden hier noch keine Dammbürche, aber erste Unterspülungen des Damms riskiert. Man kann die „Grundsätze“ lesen und benutzen als Protest gegen die Praktiken in der Schweiz und in den Niederlanden; man kann sie aber auch als erste Schritte in die Richtung dieser Praktiken verstehen.

6.3.2 Probleme bei der Ausdehnung der „Grundsätze“ auf Neugeborene

Etwas anders sieht es bei den Neugeborenen aus, die eine zweite, in den „Grundsätzen“ behandelte Gruppe von nicht-sterbenden Patienten darstellen.

³¹⁵ Siehe S. 15 dieses Gutachtens.

³¹⁶ H. KESSLER, a.a.O., 40.

³¹⁷ H.-L. SCHREIBER (1998, Diebstahl), 178ff.

³¹⁸ M. WUNDER (1998), 28.

Auch hier begrüßen wir, dass keine ausdrücklichen Lebenswerturteile ausgesprochen werden. Problematisch werden können jedoch die Spielräume, die sich dem ärztlichen Handeln hier auftun angesichts der Prognoseunsicherheit bei Neugeborenen und der breiten Auslegungsvarianz, die der Text anbietet. Wesentlich scheint uns zu sein, Eltern angemessen an den Entscheidungen zu beteiligen, sie aber auch vor Überforderung zu schützen.

Die „Einbecker Empfehlungen“ (in 2. Fassung 1992) verzichten in ihren Überlegungen zur Therapiebegrenzung bewusst auf Fallgruppen, weil den Autoren klar war, wie problematisch Fallgruppen angesichts unterschiedlicher Schweregrade und unsicherer Prognostik sind. Die „Grundsätze“ dagegen nennen vier konkrete Fallgruppen:

- Neugeborene mit schwersten Fehlbildungen;
- Neugeborene mit schweren Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht;
- Extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist;
- Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben.

Die „Grundsätze“ legen strenge Kriterien für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zu Grunde: es geht um die **fehlende natürliche Lebensfähigkeit**, die zu einem solchen Verzicht motivieren kann, es geht nicht um Lebenswerturteile.

Das Problem ist neben der **Prognoseunsicherheit** bei Neugeborenen die „**relativ breite Auslegungsvarianz**“.³¹⁹ Eine Befragung in deutschen Kliniken hat gezeigt, wie verschieden dort bestimmte Krankheitsbilder bewertet werden. Was sind z.B. schwerste Zerstörungen des Gehirns: ist dieses Kriterium nur beim Anenzephalus erfüllt oder auch beim Mikrozephalus oder bei einer schweren Meningocele? Wann erkennt man beim Frühgeborenen die Aussichtslosigkeit oder den begonnenen Sterbeprozess? Und wie wird hier der Wille des Patienten geschützt?

Sicher ist zunächst **das Einvernehmen mit** denen zu suchen, die als **Eltern** für das Wohl ihres Kindes Verantwortung tragen und die auch die Last der weiteren Pflege eines kranken oder behinderten Kindes zu tragen haben. Allerdings kann das Verarbeiten einer so kritischen Situation unmittelbar nach der Geburt bei Eltern sehr unterschiedlich ausfallen, wie die beiden folgenden Beispiele zeigen.

Exkurs: Elternreaktionen auf der neonatologischen Intensivstation

Das Einvernehmen mit den Eltern muss davon ausgehen, dass Eltern in dieser Situation überfordert sind, dass sie aus diffuser Angst vor dem, was auf sie zukommen könnte, durchaus nicht immer in der Lage sind, im Interesse des Kindes zu entscheiden.³²⁰

³¹⁹ M. UND R. ZIMMERMANN (1999), 93.

³²⁰ M. UND R. ZIMMERMANN UND V.V. LOEWENICH (1997), 56-77 stellen fest, dass fast alle neonatologischen Abteilungen vor der Frage „selektiver Behandlung“ stehen, dass aber eine völlige Uneinigkeit darüber besteht,

Zwei sehr kleine Frühgeborene liegen auf der neonatologischen Intensivstation.³²¹ Beide waren Wunsch- ja sogar Traumkinder ihrer Eltern.

Der eine, CLAUS, erleidet unter der Geburt in der 29. Schwangerschaftswoche eine schwere Asphyxie. CLAUS 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 CLAUS 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. CLAUS' 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, MARC, 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 MARC wohl schwere Behinderungen haben werde, er aber keineswegs im Sterben liege und es nicht in ihrer Verfügung stehe, MARCS Leben zu beenden. Die Familie wartet nun auf eine größere Komplikation, die nicht mehr behandelt werden müsste, aber MARC liegt mehrere Wochen mehr oder weniger stabil auf der Intensivstation. Nach 6 Wochen stirbt MARC schließlich oder endlich.

Hier muss – notfalls mit gerichtlicher Unterstützung – zuweilen gegen den menschlich verständlichen Wunsch der Eltern entschieden werden. Allein die Einsicht in mangelnde natürliche Lebensfähigkeit des Kindes vermag einen Wechsel in der Therapierichtung legitimieren.

Für die Begleitung von Eltern bewährt es sich, sie in allen Entscheidungen zu **informieren** und zu **befragen**, ihnen aber im Zweifelsfall nicht die Last aufzubürden, sie hätten den Tod ihres Kindes zu verantworten.³²²

Im Blick auf die hier zu treffenden Entscheidungen ist auf zwei weitere Aspekte hinzuweisen:

- M. UND R. ZIMMERMANN machen zu Recht darauf aufmerksam, dass die in vielen deutschen Kliniken praktizierte „**hands-off**“-Taktik durch die „Grundsätze“ **nicht**

bei welchen Krankheitsbildern und/oder Behinderungen in welcher Weise (nicht) behandelt wird. Auch die Entscheidungsmodalitäten variieren erheblich. Etwa beim Mikrozephalus, bei der Myelomeningocele, aber auch überraschenderweise beim Hydrozephalus gehen die Aussagen deutscher Kliniken weit auseinander. Besonders umstritten ist die Frage der Behandlung von Pottersyndrom, Trisomie 18 und Osteogenesis imperfecta letalis. Das gilt auch für die Frage, ob eine „hands-off“-Strategie direkt nach der Geburt in Frage kommt oder nicht.

³²¹ Beide Namen wurden verändert.

³²² K. V. SIEBENTHAL UND R. BAUMANN-HÖLZLE (1999), 237: „Die Wünsche und die Situation der Eltern sind in der Diskussion zu berücksichtigen, die Gruppe hat jedoch ihre eigene Entscheidungsfindung zu vollziehen und darf diese Verantwortung nicht auf die Eltern abwälzen. Zum einen weil das Kind aus ethischer Sicht weder den Eltern noch den Betreuenden gehört, zum anderen weil sich die Eltern – aus psychologischer Sicht – die Schuld am Tod ihres Kindes geben könnten, was sich negativ auf die weitere Verarbeitung auswirkt und zu einer großen Belastung führt.“

gedeckt wird: viele Neonatologen entscheiden in den ersten Lebensminuten, ob sie maximale therapeutische Anstrengungen zur Lebenserhaltung machen oder nicht. Die „Grundsätze“ dagegen fordern eine ausreichende Diagnostik als Basis für eine solche Entscheidung. Dazu ist eine Stabilisierung der Vitalfunktionen vonnöten und die „hands-off“-Taktik scheidet aus.³²³ Da aber der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen ethisch nicht anders zu sehen ist als der Verzicht auf solche Maßnahmen, entfällt auch ein wesentlicher Grund für die „hands-off“-Taktik.

- Das Problem der **Willensäußerung**: Neugeborene sind eindeutig nicht einwilligungsfähig. Das Betreuungsgesetz (§1905 BGB) unterscheidet hier zwischen einem **natürlichen Willen** und einer Einwilligung. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe folgert daraus: „Wenn neugeborene Kinder schreien, Nahrung aufnehmen und um Atem ringen, so sind dies im Regelfall Anzeichen eines ‚natürlichen Lebenswillens‘, der ... ernst zu nehmen ist.“ Dieser natürliche Wille darf nicht durch die Hilfskonstruktion des mutmaßlichen Willens unterlaufen werden. Hier hat der Arzt vielmehr im Interesse des Patienten sich für Lebenserhaltung und –verlängerung einzusetzen. Denn: „Wenn ... das Kind durch Schreien und Nahrungsaufnahme seinen natürlichen Lebenswillen zum Ausdruck bringt und keine Anzeichen dafür vorliegen, dass begleitende Maßnahmen, die das Leben des Kindes verlängern, mit einem unerträglichen Leidenszustand verbunden sind, entspricht der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen nicht dem Wohl des Kindes.“³²⁴

6.3.3 Die Gefahr des „Damnbruchs“

Das Argument des drohenden Damnbruchs wird von Verfechtern liberaler Euthanasie-Gesetze gerne heruntergespielt. Wir sind dennoch davon überzeugt, dass diese Gefahr besteht.

Der US-Berichterstatter des Nürnberger Ärzteprozesses LEO ALEXANDER meinte im Blick auf die Euthanasie der 1940er Jahre: „Der Anfang war eine feine Verschiebung in der Grundeinstellung der Ärzte. Es begann mit der Akzeptanz der Einstellung, dass es bestimmte Leben gibt, die nicht wert sind gelebt zu werden. Diese Einstellung umfasste in ihrer frühen Ausprägung die ernsthaft und chronisch Kranken. Allmählich wurde der Kreis derjenigen, die in diese Kategorie einbezogen wurden, ausgeweitet auf die sozial Unproduktiven, die ideologisch Unerwünschten. Es ist wichtig zu erkennen, dass die unendlich kleine Eintrittspforte, von der aus diese ganze Geisteshaltung ihren Lauf nahm, die Einstellung gegenüber nicht rehabilitierbarer Krankheit war.“³²⁵ ALEXANDER prägte den Begriff der „slippery slope“, des rutschigen Abhangs bzw. der schiefen Ebene.

Die amerikanische „Right-To-Die“-Bewegung zeigt die Schlüssigkeit dieser Befürchtungen ebenso deutlich wie die niederländische Euthanasie-Regelung.³²⁶

³²³ M. UND R. ZIMMERMANN (1999), 94.

³²⁴ Beide Zitate in diesem Abschnitt: K. LACHWITZ (1998), 209f.

³²⁵ HUMPHRY, D. und WICKETT, A. (1986), 27 – Übersetzung von M. Wunder. Original: L. ALEXANDER (1949), 39-47.

³²⁶ Besonders deutlich zeigt an Hand repräsentativer Gerichtsurteile diese Entwicklung: C.L. SPRUNG (1990), 2211-2215.

Lange war es in den USA unvorstellbar, in irgendeinem Fall lebenserhaltende Maßnahmen zu beenden. Dann aber wurden nacheinander mehrere Grenzen überschritten.

- (a) Im Fall von **KAREN ANN QUINLAN** wurde eine erste Ausnahme von dieser Regel gemacht. Die junge Frau war 1975 ins **Koma** gefallen, aber nicht hirntot. Der Vater erwirkte beim Obersten Gericht von New Jersey das **Recht, die Beatmung zu beenden**, weil KAREN ANN einmal geäußert habe, so niemals existieren zu wollen. Der mutmaßliche Wille war also ausschlaggebend für dieses Urteil. KAREN ANN QUINLAN atmete aber unerwarteterweise spontan weiter, als die Beatmung abgeschaltet wurde. Sie **lebte 10 Jahre künstlich ernährt** in einem Pflegeheim, bis sie 1985 starb. Die Eltern kämpften vergeblich vor Gericht für eine Beendigung der künstlichen Ernährung; dabei argumentierte die Mutter: „She is just a vegetable!“³²⁷
- (b) In den USA setzten sich danach immer mehr die **„living-will“-Erklärungen** durch, mit denen Menschen dokumentieren, was sie im Falle eines Falles nicht geschehen lassen wollen, bis hin zur „Abwahl“ der Flüssigkeitszufuhr bei aussichtsloser Krankheit.
- (c) Ernährung und Hydrierung galten lange als Standardversorgung (Basispflege), bis 1981 (im Fall **CLARENCE HERBERT**) ein kalifornisches Gericht urteilte, dass Prozeduren, die Ernährung und Hydrierung sicherstellen, eher als medizinische Sondermaßnahmen betrachtet werden können denn als normale menschliche Ernährung.³²⁸
- (d) Im Blick auf die **„Gleichbehandlung“ nicht einwilligungsfähiger Menschen (Equal-Protection-Prinzip³²⁹)** kam es in den 1980er Jahren zu einer Grenzüberschreitung: nur weil sie sich nicht (mehr) äußern können, sollte doch diesen Menschen (z.B. komatösen Patienten wie HERBERT, schwerstbehinderten Neugeborenen oder altersgebrechlichen Personen) die „beneficent euthanasia“ nicht vorenthalten bleiben. In einigen US-Bundesstaaten ist es seither möglich, im Rückgriff auf einen mutmaßlichen Willen der Betroffenen den Verzicht auf künstliche Ernährung für Koma-Patienten zu erwirken oder aber Standard-Behandlungen bei behinderten Säuglingen auszusetzen.³³⁰
- (e) So war es im Fall des PVS-Patienten **PAUL BROPHY**, dessen Angehörige 1986 in Massachusetts ebenfalls durchsetzten, dass die **künstliche Ernährung abgesetzt** wurde, obwohl BROPHY keineswegs im Sterben lag.³³¹
- (f) So war es vor allem in dem auch in Deutschland 1990 heftig diskutierten Fall der **NANCY CRUZAN³³²** aus Missouri, die nach einem Verkehrsunfall sieben Jahre im Koma lag, nicht beatmet, aber wegen des ausgefallenen Schluckreflexes über eine Magensonde ernährt. Die Eltern beantragten mehrfach die **Beendigung der Sondenernährung**, bis das Oberste Gericht von Missouri 1990 dem Begehren nachgab, weil es

³²⁷ M. WUNDER (1999), 59f.

³²⁸ C. L. SPRUNG (1990), 2212.

³²⁹ Vgl. in diesem Gutachten S. 22, Anm. 87.

³³⁰ M. WUNDER, a.a.O., 60.

³³¹ C.L. SPRUNG, a.a.O., 2213.

³³² Dokumentiert u.a. bei P. SINGER (1998), 64-66; N. GIBBS (1990), 13-16.

zu diesem Zeitpunkt Beweise gegeben habe, dass ein solcher Schritt dem Willen von NANCY CRUZAN entsprochen hätte.³³³

- (g) Eine weitere Grenzüberschreitung ist umkämpft: es wäre die **Freigabe des ärztlich assistierten Suizids** (wie in Oregon, anders aber z.B. in Michigan) und der Hilfe bei der Herbeiführung des Todes mit einer **tödlichen Medikamentengabe** (wie von JACK KEVORKIAN angestrebt).

Die Dambruchgefahr zeigt sich ebenso deutlich in den **Niederlanden**. Dass 1990 und 1995 0,7% der Sterbefälle durch nicht-freiwillige Euthanasie begründet sind, zeigt, dass der Schritt von der Autonomie des Patienten zur Fremdbestimmung durch wohlmeinende Dritte nicht groß ist. „In der überwiegenden Zahl der Fälle gaben die tötenden Ärzte die mangelnde Lebensqualität der Betroffenen als Grund für die Tötung ohne Einwilligung an.“³³⁴ Die niederländische Strategie, durch Duldung der Hilfe bei der Herbeiführung des Todes die Euthanasie einzudämmen, muss angesichts der Tatsache, dass für die meisten Niederländer Euthanasie heute etwas Normales ist, als gescheitert angesehen werden. ROBERT LEICHT berichtet z.B. vom Fall des 86jährigen Politikers EDWARD BRONGERSMA, dem von seinem Arzt PHILIP SOTORIUS am 22.4.1998 eine tödliche Dosis verabreicht wurde. BRONGERSMA war seinem Alter entsprechend gesund. Euthanasie verlangte und bekam er, weil er die Lust am Leben verloren hatte und im Weiterleben keinen Sinn mehr sah.³³⁵ Wenn jetzt in den Niederlanden mit dem Gesetz vom 28.11.2000 sogar minderjährigen Patienten ein (wenn auch eingeschränktes) Recht auf Euthanasie zugebilligt wird, dann wird deutlich, dass das Argument ALEXANDERS, man müsse sich vor einer „slippery slope“ hüten, mehr als begründet ist. Besonders besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang auch die (in den Niederlanden, aber auch in der Schweiz praktizierte) Ausdehnung der „aktiven Sterbehilfe“ bzw. des (ärztlich) assistierten Suizids auf psychisch kranke Menschen, die in depressiven Perioden den Suizid begehren.³³⁶

Auf Dauer bedeutet **Deregulierung im Bereich der Euthanasie** eine **Gefährdung von Menschen**, die sich nicht (mehr) selbst äußern können. Was als Kampf um mehr Autonomie beginnt, droht als menschenverachtende und letztlich tödliche Heteronomie zu enden. ALBIN ESERS Frage angesichts der deutschen HACKETHAL-Debatte 1984 hat nichts an Aktualität verloren: „Könnte nicht diese Freiheit zum Tode letztlich umschlagen in eine Unfreiheit zum

³³³ Der unterschiedliche Verlauf der beiden berühmten Fallgeschichten „KAREN ANN QUINLAN“ und „NANCY CRUZAN“ macht auch den ethischen Unterschied sichtbar: der Verzicht auf eine weitere Beatmung bei KAREN ANN QUINLAN war durch die Tatsache legitimiert, dass das Ziel der therapeutischen Bemühungen nicht mehr erreichbar schien und darum der Fortsetzung dieser Bemühung der Boden entzogen war. Wie sich bald zeigte, lebte KAREN ANN QUINLAN auch ohne die Beatmung etliche Jahre weiter. Die Ärzte erwiesen sich nicht als situationsmächtig; vielmehr warteten sie ab, wann das Leben der Patientin von selbst zu seinem Ende kommen würde. Wäre dieses Ende ihr Ziel gewesen, so hätten sie nach Beendigung der Beatmung weitere Maßnahmen ergreifen müssen, um den Tod der Patientin herbeizuführen. Anders im Fall NANCY CRUZAN. Hier ist das Telos eindeutig der Tod der jungen Frau, der mit Sicherheit durch das Aussetzen der künstlichen Ernährung binnen einer oder zwei Wochen erreicht wird.

³³⁴ M. WUNDER, a.a.O., 61.

³³⁵ R. LEICHT (1999), 14.

³³⁶ A. FINZEN (2000), 52. FINZEN stellt (a.a.O.) in Anlehnung an den amerikanischen Suizidforscher HERBERT HENDIN und dessen kritische Sicht der „Dutch Cure“ fest: „Während der letzten zwanzig Jahre habe sich die Praxis in Holland vom begleiteten Suizid zur Euthanasie entwickelt – von der Euthanasie für Kranke im Terminalstadium zur Euthanasie für chronisch Kranke, von der Euthanasie für somatisch Kranke zur Euthanasie für psychisch Kranke und von der freiwilligen zur unfreiwilligen Euthanasie.“ Auch wenn man von nichtfreiwilliger und nicht von unfreiwilliger Euthanasie sprechen sollte, macht dieses Zitat die Berechtigung der Sorge deutlich, dass wir es hier mit einer „slippery slope“ zu tun haben.

Leben?³³⁷ So wird es auch in internationalen Studien gesehen, etwa durch die beiden Jerusalemer Mediziner CHARLES L. SPRUNG und ARIEH OPPENHEIM: „In the new era of managed care with many cost-conscious administrators and doctors, inappropriate decision-making and coercion are more likely and will most probably affect the economically and socially vulnerable, including the poor, disabled, and elderly.“³³⁸

Gerade medizinische Mitglieder der interdisziplinären Kommission, die dieses Gutachten vorbereitet hat, legten Wert auf die Feststellung, dass die „Grundsätze“ (besonders der 4. Abschnitt) auch eine Interpretation zulassen, die Selbstbestimmung in Fremdbestimmung umschlagen lassen könnte.

³³⁷ A. ESER (1984).

³³⁸ C.L. SPRUNG UND A. OPPENHEIM (1998), 201.

6.4 Vierter Themenkomplex: Das Bemühen um die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes jedes Patienten

6.4.1 Das Ja zum Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen

Aus medizinethischer, aber auch theologischer Sicht ist die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes zu begrüßen und jedenfalls einer Fremdbestimmung des Patienten durch die Interessen Dritter gewiss vorzuziehen.

Während im Hippokratischen Eid das **Prinzip der Fürsorge** für den Patienten an erster Stelle stand („*salus aegroti suprema lex*“), wird im Gefolge einer Kantischen Ethik³³⁹ der **Wille des informierten und entscheidungsfähigen Patienten** an die vorderste Stelle gerückt („*voluntas aegroti suprema lex*“).

Auf den Begriff brachte dies bereits 1992 GÜNTHER DAHL: „Doch wenn es bei mir soweit ist, dann wünsche ich mir, in der Obhut von Leuten zu sein, die mein Sterben als meine ganz persönliche Angelegenheit respektieren, und ich nicht herhalten muss, damit sie sich mit ihrem eigenen Gewissen arrangieren können.“³⁴⁰

So ist Autonomie in wachsendem Ausmaß als entscheidendes Kriterium in medizinethischen Konfliktfeldern anerkannt. Ein „starker Paternalismus“ wird überwiegend abgelehnt.³⁴¹ In der „**Charta der Patientenrechte**“ wird 1999 formuliert: „Jeder Mensch hat das Recht, über Art und Ausmaß seiner Versorgung – im Rahmen medizinischer Prinzipien – selbst zu bestimmen. Alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen setzen die Zustimmung des Patienten voraus. Jeder Mensch hat damit grundsätzlich das Recht, eine Behandlung abzulehnen, selbst dann, wenn sie ärztlich geboten erscheint.“³⁴²

Vor allem in Gesellschaften, in denen ein traditioneller Wertekonsens nicht mehr besteht, ist die Selbstbestimmung des einzelnen von größter Bedeutung. Da, wo sich Arzt und Patient als „**moral strangers**“ begegnen, soll der wechselseitige Respekt vor der subjektiven Autonomie herrschen. Das bedeutet aber, dass für eine medizinische Behandlung auszuhandeln ist, was für beide akzeptabel sein kann.³⁴³

Dieser Verständigungsprozess soll zum „**informierten Einverständnis**“ („informed consent“) führen. Dieses erst legitimiert juristisch und nach Meinung vieler auch ethisch einen ärztlichen Eingriff.³⁴⁴

³³⁹ H.-M. SASS (1997), 179; D. ROESSLER (1996), 60f.: Selbstbestimmung ist der tragende Begriff einer jeden liberalen Demokratie. Sie ist das erste Prinzip in ethischen Vertragstheorien. Sie ist für KANT das oberste Prinzip der Sittlichkeit. Der humane Mensch ist der, der in Übereinstimmung mit einem Gesetz handelt, das er sich selbst gegeben hat.

³⁴⁰ G. DAHL (1992), 89.

³⁴¹ M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 188.

³⁴² BUNDESÄRZTEKAMMER, Charta (1999).

³⁴³ D. ROESSLER, a.a.O., 62.

³⁴⁴ M. BORMUTH UND S. MATTHIES (2000), 93. Unter „informed consent“ verstehen die Autoren a.a.O.: „Ein *informiertes Einverständnis* liegt ... dann vor, wenn der Patient über Behandlungsanlass, -wege und -ziele ausreichend aufgeklärt worden ist. ... Er muss die Aufklärung verstanden haben, unbeeinflusst und entscheidungskompetent sein, um dann explizit seine Zustimmung zur Behandlung zu geben.“ Ähnlich D. ROESSLER (1996), B. SCHÖNE-SEIFERT UND C. EICKHOFF (1996), 186.

Die bereits erwähnte Vignettenstudie von B. SCHÖNE-SEIFERT hat gezeigt, wie oft Ärzte und Pflegende **immer noch bereit sind, dem erklärten Willen** des zustimmungsfähigen Patienten **zuwider zu handeln**, weil sie dies für ihre ärztliche bzw. pflegerische Pflicht hielten, auch wenn sich die Wünsche der Patienten im Rahmen dessen bewegten, was etwa die „Grundsätze“ für ethisch legitim halten. Hier meinen wir, dass der Respekt vor dem Wunsch des Patienten deutlich mehr Gewicht bekommen sollte.

Auch aus biblisch-theologischer Sicht wird man nicht ein grundsätzliches Veto gegen die Selbstbestimmung des Menschen sagen, schon gar nicht um stattdessen seine Außenlenkung zu favorisieren. Es gehört zum Menschsein des Menschen, dass er von Gott angeredet und verantwortlich gemacht wird. **Der von Gott Angeredete ist der zur Mitwirkung mit dem Schöpfer Berufene; das bedingt auch ein selbstverantwortliches Agieren.**³⁴⁵

6.4.2 Das Ja zur Wahrhaftigkeit und zum Gespräch

Den „informed consent“ kann es nicht geben ohne kompetente ärztliche Gesprächsführung.

Wir plädieren darum für eine Stärkung kommunikativer Fähigkeiten in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, die sich nicht allein auf die Frage der Vermittlung „der Wahrheit“ reduzieren lässt, sondern insgesamt die Fähigkeit zu einer ärztlichen und pflegerischen Seelsorge stärkt.

Ärztliche und pflegerische Gesprächsführung hat wesentlichen Anteil daran, ob es dem Patienten und seinen Angehörigen gelingt, mit einer eventuellen infausten Prognose und dem Eintritt in die terminale Lebensphase umzugehen. Der Aspekt der Wahrhaftigkeit wird in den letzten Jahren immer deutlicher hervorgehoben. Dabei wird Wahrhaftigkeit verlangt, um dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch im Blick auf seine letzte Lebensphase nicht im Wege zu stehen, aber auch um die vertrauensvolle Zusammenarbeit zu sichern: der irreführende Patient wird kein Vertrauensverhältnis zu den ihn Behandelnden mehr aufbauen!

Gute Gesprächsführung wird zunehmend eingeklagt: fachlich kompetent soll sie sein, dabei psychologisch geschickt. Dialogisch soll sie sein, so dass Rückfragen geradezu freigesetzt werden. Und menschlich einfühlsam und warmherzig soll sie sein, bei aller notwendigen Sachlichkeit. **Gleichermaßen wird aber beklagt, dass Ärzte und Pflegende zu einer solchen Gesprächsführung nicht oder kaum ausgebildet werden.**³⁴⁶

Die Verhältnisse in manchen Kliniken werden zudem wohl immer noch richtig mit folgendem Vergleich beschrieben: L. FALLOWFIELD kritisiert, „es könne nicht angehen, wenn im Gespräch mit einem Bankangestellten über einen Kleinkredit mehr Ungestörtheit und Vertraulichkeit gegeben sei, als im ärztlichen Gespräch über eine lebensbedrohliche Krankheit.“³⁴⁷

Kernpunkt des ärztlichen Gesprächs (in einem Raum, der Ungestörtheit erlaubt, mit ausreichend viel Zeit), ja, der **ärztlichen Seelsorge**, die als eigene Disziplin in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wiederzuentdecken wäre, ist nicht nur die Frage der Offenbarung oder Verbergung von Wahrheiten. W. GALLMEIER spricht von einer „**Beziehungsmedizin**“, die

³⁴⁵ H. THIELICKE (1976), 104f.

³⁴⁶ A. SCHUMACHER, M. VOLKENANDT UND O.M. KOCH (1998), 573-576.

³⁴⁷ L. FALLOWFIELD in: a.a.O., 574.

fachliche „scientia“ und menschliche „sapientia“ verknüpft.³⁴⁸ Kernpunkt ist die Gewährung eines spezifischen Geleits, das dem Patienten in schwieriger Zeit beisteht. Unter Umständen sind Personen des Vertrauens, d.h. z.B. Angehörige, Seelsorger, eine Pflegekraft, hinzuziehen.

Zu diesem Geleit gehört **auch** die Aufklärung über Diagnose, mögliche Therapien (einschließlich der damit verbundenen Belastungen) und der Prognose (einschließlich der damit immer noch verbundenen Hoffnungen). Dabei gehören verschiedene **Komponenten** zu einer ärztlichen und pflegerischen Seelsorge:

- **Wahrhaftigkeit:** F. NAGER weist darauf hin, dass die meisten Patienten wissen wollen, wie es um sie steht.³⁴⁹ Im Gespräch mit dem Patienten wahrhaftig zu sein, ist darum Ausdruck des Respekts vor dem Patienten und Bedingung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen dem Patienten und denen, die ihn behandeln und pflegen. Dabei meinen wir aber eine „**prozessuale Wahrhaftigkeit**“, die den Patienten im Auge behält, indem sie das Ausmaß berücksichtigt, in dem der Patient fähig ist, Wahrheit zu ertragen und zu verarbeiten. Ein abstrakter Wahrheitsbegriff ist ebenso wenig hilfreich wie das Verschweigen der Wahrheit und die grundlose Beschwichtigung der Ängste eines Patienten. Alles, was der Arzt sagt, muss wahr sein, aber nicht alles, was wahr ist, muss dem Patienten sofort mitgeteilt werden.

Dabei sind die Formulierungen in den „Grundsätzen“ in einer problematischen Weise paternalistisch, wenn sie die Rücksicht auf den Patienten bei der Eröffnung der „Wahrheit“ mit der **Vermeidung von Ängsten** begründen. Ängste im Blick auf das Sterben und das Danach sind Bestandteil des kreatürlichen Erlebens und darum nicht vermeidbar.³⁵⁰ **In diesen Ängsten nicht verlassen zu sein, ist der entscheidende Beistand.**

Aufs Ganze gesehen scheint – so auch eine internationale Studie von J.-L. VINCENT³⁵¹ – die Bereitschaft zur ehrlichen Aufklärung nicht sehr ausgeprägt zu sein. Damit aber nimmt man Risiken in Kauf: „Patienten mit geringen Möglichkeiten, ihre durch die Krankheit entstandene kritische Situation anhand von Information zu bearbeiten, dadurch eine Selbstregulation ihrer Emotionen vorzunehmen und ihre Zukunft gegebenenfalls neu zu strukturieren, weisen eine signifikant schlechtere Befindlichkeit und ein höheres Maß an Angst auf. Informationsdefizite gehen auch einher mit höheren physiologischen Stressreaktionen.“³⁵²

- **Perspektivenübernahme:** Damit ist gemeint, dass sich Ärzte und Pflegende bemühen, die Welt aus der Perspektive des Patienten zu betrachten. Das hat auch auf die Gesprächsführung unmittelbare Auswirkungen. Zum Beispiel werden Ärzte besser verstehen, dass **wiederholte Gespräche nötig** sind, da der Patient auch klare Informationen des Arztes nicht sofort aufnehmen konnte, wobei dieses Können das Spektrum von psychischer Abwehr und Überforderung durch eine unbekannte Fachlichkeit umfasst. Außerdem werden Ärzte mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme besser verstehen, dass die **Bereitschaft** des Patienten (nicht nur am Anfang) **schwankt**, sich mit der Tatsache auseinander zusetzen, dass seine Krankheit kurativ nicht mehr beherrschbar sein wird. Phasen der Abwehr, der Resignation, des Verhandeln, der Ak-

³⁴⁸ W. GALLMEIER UND H. KAPPAUF (1999), M20.

³⁴⁹ F. NAGER (1998), 14-25.

³⁵⁰ Ähnlich auch M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 211.

³⁵¹ J.-L. VINCENT (1998), 1252 (Table 1).

³⁵² J. SIEGRIST (1996), 32.

zeptanz, aber auch der zwischenzeitlichen Euphorie³⁵³ werden nicht einfach aufeinanderfolgen, sondern sich abwechseln. Schließlich vermag ein erfahrener Gesprächspartner **erspüren, wie viel der Patient selbst schon „weiß“**. Nicht selten schätzen kranke Menschen vom Kindesalter (auch Kinder „wissen“ sehr oft von ihrem nahenden Tod) an ihre Lage richtig ein, finden aber niemanden, mit dem sie über ihr längst gegebenes Wissen sprechen können und bleiben gerade so isoliert, ja fühlen sich im Stich gelassen.³⁵⁴

- **Zuverlässigkeit:** Wesentlich ist dann gerade die Versicherung des Arztes, dass der **Patient nicht „aufgegeben“ wird** und nicht etwa „nichts mehr für ihn getan werden kann“. Ihm ist im Blick auf die mögliche Palliation zu vergewissern, dass Angst, Schmerzen, Luftnot und andere quälende körperliche Zustände behandelt werden können und ihm menschlicher Beistand im Blick auf die quälenden seelischen Zustände nicht mangeln soll.

- **Hilfe zu mündiger Entscheidung:** STELLA REITER-THEIL schlägt ein Gesprächsmodell³⁵⁵ vor, das sich u.a. an den vier Dimensionen der Kommunikation (nach K. POPPER) orientiert: (1) dem Ausdruck eigener Gefühle, (2) der personalen Kommunikation, (3) der sachlichen Information und (4) der kritischen Argumentation, also dem gemeinsamen Abwägen von Für und Wider, das dann den Patienten zu seiner Entscheidung befähigt. Dabei haben Arzt und Patient unterschiedlich großen Anteil an diesen vier Dimensionen: einen größeren Raum zur Expression sollte der Patient haben, während der Arzt im wesentlichen den Part sachlicher Information zu übernehmen hat. Eine „ruhige Sachlichkeit“ (H. PICHLMAIER³⁵⁶) wird dem Patienten eher helfen als kühle Distanziertheit oder übergroße emotionale Mitbetroffenheit. Ein ausgewogenes Verhältnis sollte in der zwischenmenschlichen Kommunikation und im Erwägen von Für und Wider bestehen. Gerade dieser letzten Dimension misst sie zurecht besondere Bedeutung bei, denn dieses Abwägen hilft dem Patienten erst, versehen mit guten Gründen und beraten durch einen klaren ärztlichen Vorschlag eine eigene Entscheidung zu treffen.

- **Hoffnung:** Insgesamt darf das Gespräch **nicht Hoffnungslosigkeit** erzeugen. Auch wenn der Inhalt der Hoffnungen sich ändert, Grund zur Hoffnung selbst muss erhalten werden: von der Hoffnung auf Heilung zur Hoffnung auf eine längere Zeit beschwerdefreien Lebens, von der Hoffnung auf den Sieg über die Krankheit zur Hoffnung auf den Sieg über die Schmerzen, von der Hoffnung auf Jahre zur Hoffnung auf das nächste Frühjahr, von der Hoffnung auf Heimkehr in die Familie zur Hoffnung auf wesentliche Klärungen, wo noch Lasten sind, ja auch von der Hoffnung auf Überleben zur Hoffnung auf ein neues Leben in Gottes Welt.³⁵⁷ „Auch eine schwere Wahrheit darf nicht zur Hoffnungslosigkeit führen.“³⁵⁸ Hoffnungslosigkeit ist neben depressiven Erkrankungen nach einer Studie von WILLIAM BREITBART (New York)³⁵⁹ ein Grund

³⁵³ A. SCHUMACHER, M. VOLKENANDT UND O.M. KOCH (1998), 575.

³⁵⁴ M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 212,

³⁵⁵ S. REITER-THEIL (1998, THERAPIEBEGRENZUNG), 80-86.

³⁵⁶ H. PICHLMAIER (1999), B-417.

³⁵⁷ Die muss nicht, kann aber Thema ärztlicher Seelsorge sein, wenn es von der Glaubenshaltung des Arztes her möglich ist und im Gespräch mit dem Patienten ohne Zwang sich ergibt. Es wäre jedenfalls ein Fall von Klerikalismus, dieses Thema ausschließlich dem Krankenhauseseelsorger überlassen zu wollen.

³⁵⁸ H. PICHLMAIER (1999), B-417.

³⁵⁹ Journal der Amerikanischen Medizinischen Gesellschaft 284 (2000), 2907, berichtet von der FAZ, 20.12.2000, Nr. 296, N1.

für Äußerungen von Tumorpatienten, die Hilfe bei der Herbeiführung des Todes erbitten, obwohl sie schmerztherapeutisch gut eingestellt sind. BREITBART fordert eine intensivere psychologische Betreuung der Krebskranken.

In der ärztlichen **Aus-, Fort- und Weiterbildung** ist nun dringend die Vermittlung solcher **kommunikativer Fähigkeiten zu fördern**. Es gibt Modelle der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die in besonderer Weise dazu angetan sind, kritische Situationen zu bewältigen. Dabei ist zu berücksichtigen: einerseits der **Respekt vor dem** Recht und der Fähigkeit des **Patienten**, sein Leben selbst zu führen, auch in Tagen der Krankheit und im Blick auf das Ende des Lebens, andererseits die **nüchterne Einsicht in die Asymetrie zwischen Arzt und Patient**, die eine völlige Reziprozität nicht zulässt, weil der Arzt der Kundige ist, von dem der Patient mit Recht erwartet, dass er präzise diagnostiziert, klar prognostiziert und Optionen der Therapie konstruiert.

6.4.3 Das Ja zur Patientenverfügung

Patientenverfügungen sind Dokumente „antizipatorischer Selbstbestimmung“.³⁶⁰ Patientenverfügungen stellen den Versuch dar, auch die Gestaltung unseres letzten Lebensabschnitts in die eigene Hand zu nehmen. Zur Autonomie des Patienten gehört auch das Recht auf „Sterbengestaltung“³⁶¹.

Auch wenn wir im Sinne des beschriebenen biblischen Realismus weniger euphorisch von der möglichen „Gestaltung“ des Sterbens denken, halten wir Patientenverfügungen, u.U. auch im Verbund mit Vorsorgevollmachten, für eine gute und vom Arzt als starkes Indiz ernstzunehmende Möglichkeit der Willensäußerung eines Menschen im Blick auf eine Situation, in der er sich nicht mehr äußern kann.

Patientenverfügungen umfassen verschiedene Vorausverfügungen, die ein Mensch im Blick auf zukünftige Situationen, in denen er seinen Willen u.U. nicht mehr äußern kann, erlässt. Die im Anhang abgedruckte Patientenverfügung der Evangelischen Kirche in Deutschland und der (katholischen) Bischofskonferenz (1999) etwa umfasst

- den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen nach Eintritt in den unmittelbaren Sterbeprozess oder bei irreversiblen Verlust lebenswichtiger vitaler Funktionen³⁶²,
- die Bitte um eine kompetente Schmerzbehandlung,
- die Bitte um Begleitung und Nähe der Angehörigen mit dem Ziel, in Würde sterben zu dürfen sowie die Bitte um seelsorglichen Beistand,
- die Ablehnung jeder Hilfe bei der Herbeiführung des Todes,
- die Feststellung, dass diese Erklärung Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes ist („nach sorgfältiger Überlegung“) und darum verbindlich gelten soll,

³⁶⁰ S. REITER-THEIL (1998, Aspekte), 263.

³⁶¹ A.a.O.

³⁶² Nicht dagegen: bei apallischem Syndrom!

- und (optional) eine Vorsorgevollmacht, mit der eine Person des Vertrauens beauftragt wird, medizinische Entscheidungen mit den Ärzten abzusprechen und den Willen des Patienten zu äußern.

Patientenverfügungen sind sowohl **aus psychologischer wie aus juristischer Sicht nicht unumstritten**:

Eine solche Vorausverfügung erscheint manchem fragwürdig, weil es **kaum möglich sei, eine so kritische Situation tatsächlich zu antizipieren**. Kann ich wirklich heute schon wissen, was ich im Falle eines Falles wünschen würde? Kann ich beurteilen, was mir dann schadet oder hilft? Schließe ich nicht durch meine Willensäußerung Hilfsmöglichkeiten aus, für die ich im Nachhinein höchst dankbar sein könnte?

Der **Wille eines Menschen** ist häufig keine feste, unverrückbare Größe; noch beim schwerkranken und sterbenden Menschen **verändert er sich** in jeder Phase, die der Sterbende durchläuft. Ein **sensibles Mitgehen** mit dem (noch äußerungsfähigen) Patienten ist darum nötig; in der klinischen Praxis wäre das Konstrukt eines unveränderlichen Willens eher die Ausnahme als die Regel. Darum sind vorgängige Willensäußerungen als Momentaufnahmen zu würdigen. Handelt der Arzt gegen das in der Verfügung Festgehaltene, so darf er es nicht tun, weil er das Verfügte nicht für richtig hält, sondern nur falls und insofern er zu der begründeten Überzeugung gelangt ist, der Patient wolle heute etwas anderes als zum Zeitpunkt der Verfügung.³⁶³

Auch über ihre rechtliche Verbindlichkeit wird heftig gestritten. Dabei hat die Neigung deutlich zugenommen, Patientenverfügungen ernst zu nehmen.³⁶⁴ Sie stellen ein „**mächtiges Indiz**“ (W. JOECKS) für die Erkundung des Patientenwillens dar. Sie sind jedoch nicht unbedingt bindend, so dass der Arzt in jedem Fall tun müsste, was in einer solchen Verfügung steht. Er hat vielmehr den **aktuellen Willen** des Patienten zu erheben. Würde also der Patient heute noch wünschen, was er „damals“, „in gesunden Tagen“ „ohne Kenntnis des jetzigen Zustands“ niederschrieb? Konnte er einschätzen, was er da beschrieb? Trifft das in der Verfügung Fixierte auf die jetzige Situation überhaupt zu? Dabei ist deutlich, dass eine Verfügung um so verbindlicher ist,

- je jünger („zeitnäher“) sie ist,
- je konkreter sie sich äußert im Blick auf verschiedene Optionen,
- je deutlicher sie zeigt, dass sich ein Mensch intensiv mit möglichen Sterbesituationen auseinandergesetzt hat.

HANS-MARTIN SASS schätzt die Patientenverfügungen noch verbindlicher ein: haben sich erwachsene Menschen festgelegt, ist es ernst zu nehmen, wie wir es auch beim Organspendeausweis tun, bis zum Erweis des Gegenteils, d.h. einer ausdrücklichen Korrektur des Verfügten.³⁶⁵

³⁶³ H.-L. SCHREIBER (1998, Typen), 274.

³⁶⁴ Zum Beispiel in der Handreichung der BUNDESÄRZTEKAMMER (1999), B-2196.

³⁶⁵ H.-M. SASS (1998), 52.

Gleichwohl meinen wir, dass Ärzte, die Patientenverfügungen ernst nehmen, ihnen dennoch **nicht blind folgen** dürfen. Dies hat nicht nur mit der potenziell veränderten Willenslage des Patienten zu tun, sondern auch mit der **medizinischen Kompetenz des behandelnden Arztes**, auf die der Patient letztlich auch vertraut. Wenn ein Patient z.B. aus der Sicht des Arztes gute Überlebenschancen hat, wäre es gerade nicht im Sinne dieses Patienten, einer Verfügung zu folgen, die lebenserhaltende Maßnahmen ausschließt.³⁶⁶

Zwei weitere Hinweise sind notwendig und belegen, dass die Bedeutung von Patientenverfügungen (noch) nicht sehr groß ist:

- Erstens müssen wir feststellen, dass **bislang in der ärztlichen Praxis solche Verfügungen sehr selten eine Rolle spielen**, entweder weil es sie nicht gibt, weil in einer Notfallsituation zunächst mit „Geschäftsführung ohne Auftrag“ (nach §677 BGB) behandelt wird, oder aber weil sie in der akuten Situation **nicht auftauchen**. Da der Arzt in jedem Fall gehalten ist, nach dem mutmaßlichen Willen des nicht-einwilligungsfähigen Patienten zu forschen, sollte unserer Meinung nach die **ernste Nachfrage** nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung zum Standard der Anamneseerhebung gehören. Außerdem sollten Hausärzte mit ihren Patienten über die Möglichkeit von Patientenverfügungen sprechen und ihnen gegebenenfalls auch helfen, eine Patientenverfügung aufzusetzen.³⁶⁷ Gerade durch eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient würde nicht ein künstlicher Zwiespalt zwischen Autonomie des Patienten und Fürsorge des Arztes entstehen, weil die **respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient** einen Ausgleich beider ethischer Werte ermöglichen kann. „Die Zielsetzung dabei ist, auf der Basis einer verlässlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient verbindliche Einzelabsprachen zu treffen“³⁶⁸ und diese dann auch schriftlich festzulegen. Ob auch **kirchliche Seelsorge** hier eine „**Bringschuld**“ hat, wie HANS-MARTIN SASS meint³⁶⁹, ist schwer zu beurteilen: sicher in der Bearbeitung zutiefst menschlicher Grundfragen nach Leid, Krankheit, Sterben und Tod, aber höchstens in anregender und kritisch begleitender Weise bei der Formulierung von Verfügungen, die ärztliche und pflegerische Expertise verlangen. Jedenfalls vermissen wir in den „Grundsätzen“ Anregungen an die Ärzte, mit ihren Patienten in dieser Weise Verständigung über die Willensbildung zu betreiben. Schließlich sollte eine Patientenverfügung mit den **persönlichen Papieren** bei sich geführt werden (etwa wie der Organspendeausweis) oder aber der Ort benannt sein, wo eine solche Verfügung deponiert ist.
- Zweitens werden Patientenverfügungen **je nach Krankheitsbild unterschiedliches Gewicht** haben: Es ist etwas anderes, ob ein Patient nach einem Unfall bewusstlos auf die Intensivstation kommt, oder ob ein Patient mit einem Tumorleiden über Jahre im Gespräch mit seinem Arzt steht. Im letzteren Fall ist sicher zunächst das Gespräch zwischen Arzt und Patient zu pflegen und gegenüber einer verrechtlichten Kommunikation via Patientenverfügungen vorzuziehen. Die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient über eine längere Zeit hinweg bedingt den Respekt vor dem Willen des Patienten ebenso wie das Zutrauen, dass der Arzt Nötiges und Hilfreiches tut, un-

³⁶⁶ So auch S. REITER-THEIL in M. EMMRICH (1999), 51.

³⁶⁷ So in Anlehnung an BEAUCHAMP UND CHILDRESS S. REITER-THEIL (1998, Aspekte), 263f.

³⁶⁸ A.a.O., 266.

³⁶⁹ H.-M. SASS (1998), 57.

nötig Belastendes und Sinnloses aber auch lassen wird.³⁷⁰ Für viele andere Situationen, z.B. auf der Intensivstation, können Patientenverfügungen eine wesentliche Hilfe sein: sie können dem Arzt Einblick in den mutmaßlichen Willen seines Patienten geben, ihm damit Handlungssicherheit verleihen und ihn schützen gegen eventuelle, anderslautende Begehren der Angehörigen, ohne dass sie ihm die Verantwortung in der aktuellen Situation nehmen könnten.

Schließlich möchten wir auf einige Kriterien hinweisen, die eingehalten werden sollten (und z.B. von der hier abgedruckten kirchlichen Patientenverfügung eingehalten werden): Patientenverfügungen sollten

- Auskunft über die Werte und Wünsche geben, die den Umgang des Verfassers mit Krankheit, Sterben und Tod charakterisieren. Die Patientenverfügungen sollten Anhaltspunkte für eine notwendige **Wertanamnese**³⁷¹ bieten, die bei der Erhebung der Wünsche des Patienten von großer Bedeutung sein kann.
- Sie sollten bestimmte **Grundsituationen** benennen, die dem Verfasser besonders vor Augen standen: etwa nach einem schweren Unfall oder bei zunehmender Demenz, etwa die Sterbephase oder aber eine Situation, in der Heilung nicht mehr zu erwarten ist.
- Für solche Grundsituationen sollten sie eine **Richtungsangabe** geben, ohne in medizinische Details zu gehen, deren Beurteilung in der konkreten Situation später einmal erheblich variieren könnte.³⁷² Nach gründlicher Information durch einen Arzt kann hier von der Einleitung, dem Umfang und der Beendigung ärztlicher Maßnahmen die Rede sein. Selbstverständlich sollten keine Forderungen enthalten sein, die ärztlichem Handeln nicht gemäß sind, z.B. nach Hilfe bei der Herbeiführung des Todes.
- Sie sollten Auskunft darüber geben, ob der Verfasser eine **Bevollmächtigung** aussprechen will und damit einen Menschen seines Vertrauens auch für Gesundheitsfragen betrauen möchte.

Sinnvoll erscheint uns die Verknüpfung zweier sehr unterschiedlicher Maßnahmen, die sich gegenseitig ergänzen und Schwächen jeder einzelnen mildern: **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**. Die Vorsorgevollmacht³⁷³ (nach §1896 Abs.2, Satz 2 BGB) ist nach vordringender Ansicht auch für persönliche Angelegenheiten zulässig sein. Mit der Vorsorgevollmacht wird die Möglichkeit eröffnet, sich für den Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit

³⁷⁰ So im Interview mit der Münch. Med. Wschr. der Internist HEINZ FRAHM (1998), 44f. Ähnlich auch der Onkologe W. GALLMEIER, in: S. SAHM (1998, Selbstbestimmung), N1. Wiederum W. GALLMEIER (1998), 276-278, der die Rolle von schriftlichen Verfügungen in der Onkologie in seiner Praxis für minimal hält. Der fachlich und menschlich kompetente Arzt ist das Ideal, das er vorstellt, d.h. der Arzt, der dem Patienten zuhört, seine Bedürfnisse (nach Heilung, Linderung, Symptombekämpfung, Mitbestimmung, Nicht-Verlassen-Werden, persönlichem Gespräch) ernst nimmt und in einem „Arbeitsbündnis“ mit Kranken und Angehörigen „das kostbare Leben von Krebskranken zu schützen und vor unsinnigen und überflüssigen Maßnahmen zu bewahren“ sucht. Das Motto lautet: „Wir sind Begleiter auf einem Weg, den wir nicht bestimmen.“

³⁷¹ So auch H.-M. Sass, a.a.O., 55f.

³⁷² An dieser Stelle empfinden wir die integrierte Betreuungsverfügung von H.-M. SASS UND R. KIELSTEIN als zu weitgehend. Sollte ein Patient tatsächlich heute festlegen, dass er – ohne Kenntnis der genauen medizinischen Diagnose des Ernstfalls – künstlich beatmet und ernährt werden möchte oder auch nicht so behandelt werden möchte, reanimiert oder auch nicht reanimiert werden möchte?

³⁷³ Zum Folgenden vgl. vor allem die Stellungnahme von H.-L. SCHREIBER (1998, Typen), 275.

einen Bevollmächtigten zu bestellen, der den Patienten bei der Einwilligung zu einer therapeutischen Maßnahme oder aber deren Verweigerung vertritt. Dann kann von der Bestellung eines Betreuers durch das Gericht abgesehen werden. Wie der Betreuer wird aber auch der Bevollmächtigte für Entscheidungen, die das Leben des Patienten bedrohen, die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts einholen müssen (nach §1904 BGB). Der Vorteil einer solchen Regelung liegt auf der Hand:

- Der Patient wird durch einen Menschen seines Vertrauens vertreten, der genauer auf die akute Situation im Sinne des Patienten reagieren kann.
- Dabei gibt ihm und den Ärzten die Patientenverfügung eine inhaltliche Orientierung.
- Der Arzt hat einen Gesprächspartner für die notwendig werdenden therapeutischen Entscheidungen, von dem er weiß, dass er das Vertrauen des Patienten genossen hat.
- Gegenüber dem Betreuer ist der Bevollmächtigte in der glücklichen Lage, den Patienten zu kennen.

6.4.4 Vorbehalte gegenüber dem Konstrukt des „mutmaßlichen Willens“

Die Suche nach dem aktuellen mutmaßlichen Willen ist der (ethisch positiv zu würdige und rechtlich notwendige) Versuch, auch beim nicht mehr äußerungsfähigen Patienten den Respekt gegenüber seinem Recht auf Selbstbestimmung zu wahren. Gleichwohl halten wir das Konstrukt des mutmaßlichen Willens für bedenklich: es scheint uns nicht in der Lage zu sein, allein den Schutz des Patienten vor Willkür zu sichern. Es muss darum ergänzt werden durch eine ärztliche „Ethik der Fürsorge“ (ULRICH EIBACH).

Angesichts der **hohen Bedeutung**, die das **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten in ethischer und rechtlicher Perspektive erhält, ist es nur konsequent, auch beim nicht mehr äußerungs- und zustimmungsfähigen Patienten nach Wegen zu suchen, die seinen aktuellen Willen erkunden, verdeutlichen und durchsetzen helfen. Dies ist der Hintergrund der Frage nach dem aktuellen mutmaßlichen Willen.

Es ist dabei allen deutlich, welche **anspruchsvolle Aufgabe** den Beteiligten damit gestellt ist: Sie erfordert über den guten Willen aller Beteiligten hinaus die Fähigkeit zu einem extremen Einfühlungsvermögen, zur Selbstdistanzierung, zum Perspektivenwechsel und zum Zurückstellen aller eigenen Interessen.³⁷⁴ Dies alles ist nötig, damit nicht hinter dem „mutmaßlichen Willen“ nur der Doppelgänger eigenen Willens derer hervorschaut, die nach ihm forschen.

Die „Grundsätze“ benennen auch die **Quellen** solchen Forschens: zuerst frühere Erklärungen des Patienten, dann aber als „Anhaltspunkte“ seine Lebenseinstellung, religiöse Überzeugungen, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der verbleibenden Lebenszeit, schließlich auch das, was Angehörige oder nahestehende Personen über den mutmaßlichen (*eigenen*) Willen des Patienten sagen können. „Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.“³⁷⁵

Gleichwohl bleibt die Aufgabe mehr als anspruchsvoll: Geht es um Wachkomapatienten, so ist zu fragen, wie man den Willen hier feststellen will, wie das „Gefühl“ von Hunger und Durst realisieren? Es entsteht ein gefährlicher Handlungsspielraum.³⁷⁶ Geht es um demente Patienten, so wird es nicht minder problematisch: wie will man deren rasch wechselnde Stimmungen beurteilen und welche Äußerung zu welchem Zeitpunkt für (noch) verbindlich halten?³⁷⁷

Darum hat kaum ein Detail unserer Thematik so viel Widerstand und Kritik erzeugt wie der „mutmaßliche Wille“:

- „Der mutmaßliche Wille kann wegen seiner hohen Missbrauchsgefahr nicht herangezogen werden.“³⁷⁸

³⁷⁴ M. BOBBERT UND M.H. WERNER (1997), 214.

³⁷⁵ BUNDESÄRZTEKAMMER (1998), Abschnitt IV.

³⁷⁶ M. UND R. ZIMMERMANN (1999), 88.

³⁷⁷ DEUTSCHER EVANGELISCHER VERBAND FÜR ALTENARBEIT E.V. (1999), 4f.

³⁷⁸ KASSELER DOKUMENT (1998).

- „Den Willen des Patienten ernst zu nehmen, bedeutet also gerade, den Begriff des ‚mutmaßlichen Willens‘ in hohem Maße zu problematisieren.“³⁷⁹
- „Ein höchst problematisches Konstrukt“³⁸⁰
- Auch HANS-LUDWIG SCHREIBER zählte den „mutmaßlichen Willen“ zu den problematischsten Punkten der „Grundsätze“, weil er so schwer zu ermitteln sei.³⁸¹

Wir teilen diese kritischen Anfragen, weil das Konstrukt des mutmaßlichen Willens das ganze Dilemma offen legt, in das eine ethische Orientierung gerät, die die Würde des Menschen so eng und ausschließlich mit seiner Selbstbestimmung verknüpft und unberücksichtigt lässt, dass das Angewiesensein auf andere Menschen und deren Fürsorge zum Menschsein und damit zu seiner Würde gehört.

Dieses Dilemma wird angesichts der Schwierigkeit deutlich, den mutmaßlichen Willen einigermaßen zuverlässig zu orten und hier nicht nur auf höchst fragwürdigen Mutmaßungen zu fußen. Aber es wird noch klarer erkennbar, wenn wir die Gerichtsurteile betrachten, die so starken Einfluss auf die „Grundsätze“ gehabt haben: das „Kemptener Urteil“ des BGH von 1994 und das „Frankfurter Urteil“ des OLG Frankfurt von 1998.³⁸² Hier zeigt sich eine fatale Kombination von Entscheidungen, die schon je für sich fragwürdig erscheinen, miteinander aber den schwierigsten Aspekt unseres Themas in der gegenwärtigen Debatte markieren, mithin die Stelle im Damm, die zuerst (ähnlich wie bei den konstant 900 Fällen pro Jahr, in denen in den Niederlanden nicht-freiwillige Euthanasie geübt wird) brechen könnte:

- Ausgangspunkt ist nicht ein sterbender Mensch, sondern in beiden Fällen **nicht-sterbende Patienten**.
- Diese Patienten sind obendrein **nicht mehr in der Lage, ihren Willen zu äußern**. Es soll darum nach dem mutmaßlichen Willen geforscht werden.
- Angehörige sind obendrein, teils mit, teils gegen die Meinung der Klinik, der Auffassung, man sollte bei den Patienten die Zufuhr von Nahrung abbrechen. Die **Zufuhr von Nahrung wird als (nicht mehr gerechtfertigte) medizinische Maßnahme** zur Erhaltung des Lebens und nicht als Basishilfe verstanden.
- Der Knoten wird durchschlagen durch Äußerungen der Angehörigen, **die Patienten hätten ein solches Ende für sich selbst abgelehnt**.

Damit wird im Ergebnis bei einem nicht-sterbenden und nicht zustimmungsfähigen Patienten eine mit gutem Recht als Basisversorgung anzusehende Maßnahme beendet, mit keinem anderen **Ziel, als beim Patienten Hilfe zu leisten bei der Herbeiführung des Todes**.

Natürlich waren es in beiden Fällen Patienten, deren Lebensende absehbar war; ein Vergleich etwa mit dem Fall TONY BLANDS verbietet sich. Die Befürworter der beiden Urteile werden

³⁷⁹ J.C. STUDENT (1997), 45.

³⁸⁰ A.a.O., 46.

³⁸¹ M. KELLER (1998), 33.

³⁸² Vgl. in diesem Gutachten S. 28-30.

argumentieren, man habe sich nur nicht länger mit künstlichen medizinischen Mitteln gegen den Lauf der Dinge gewehrt. Das aber überzeugt nur den, der anders als wir die Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung mittels einer PEG-Sonde für eine außergewöhnliche medizinische Maßnahme hält, die der Zustimmung des Patienten bedarf und bei infauster Prognose und absehbarem Sterben auch unterlassen werden darf.

Außerdem bleibt die Frage, ob das, was ursprünglich die Erforschung des mutmaßlichen Willens motivierte, hier wirklich zum Zuge kam. Ist der Wille der Patienten beachtet worden, oder muss man nicht Zweifel daran haben, dass diese Menschen gewünscht hätten, am Ende ihres Lebensweges zu verhungern? Dann aber hätte das Konstrukt des mutmaßlichen Willens genau das Gegenteil des ursprünglich Angestrebten tatsächlich bewirkt: nämlich die wohlmeinende Überwältigung durch die Meinung der Angehörigen. JOHANN-CHRISTOPH STUDENT sprach von einer „Tötung ohne Verlangen.“³⁸³

Eine Ethik, die die Würde des Menschen vorwiegend mit der Selbstbestimmung verknüpft, erzeugt endlich solche Aporien. Wir sehen darum die dringende Notwendigkeit, die Würde des Menschen auch mit der Garantie des Mit- und Fürseins zu verknüpfen. Würde ist dann auch eine **relationale Größe**: der Mensch, der vom Empfangen lebt, behält Würde, indem andere für sein Wohl sorgen, wenn er selbst es nicht mehr kann, und mit allem Respekt dem gegenüber, was sie über seinen „mutmaßlichen Willen“ erkunden können, im Zweifelsfall der Fürsorge Vorrang geben und den Nächsten in Liebe pflegen und für ihn sorgen, bis sich sein Leben von selbst dem Ende zuneigt: „salus aegroti suprema lex“ ergänzt dann „voluntas aegroti suprema lex“, vor allem, wenn „voluntas“ nicht zweifelsfrei erhoben werden kann. Dann wird eine „Ethik der Barmherzigkeit“ nichts mehr unternehmen, um den Menschen auf seinem Weg aufzuhalten.

Nur in engen Grenzen ist die Frage nach dem mutmaßlichen Willen sinnvoll.³⁸⁴ Es wäre wünschenswert gewesen, die Grenzen enger zu setzen und zu definieren: „Kriterien für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens Sterbender sind: der Bezug auf Äußerungen, die in einem zeitlich überschaubaren und inhaltlich eindeutigen Zusammenhang zur Sterbesituation stehen, der Bezug auf Äußerungen, die in einem ernsthaften Dialog mit dem Betroffenen gefallen sind, sowie eine verbindliche Dokumentation darüber, wer auf Grund welcher Äußerungen zu welcher Schlussfolgerung gekommen ist.“³⁸⁵ In keinem Fall kann der mutmaßliche Wille die gleiche Validität beanspruchen wie der erklärte aktuelle Wille.³⁸⁶

6.4.5 Kritik an der Kritik des Paternalismus. Oder: das Ja zu einem „milden Paternalismus“

Auch wer die Autonomie bejaht, wird nach dem bisherigen Gang der Argumentation verstehen, dass wir in der Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten ein vornehmes und notwendiges, aber nicht das alleinige und hinreichende Kriterium zur Entscheidung in ethischen Konfliktfragen erkennen können:

Vielmehr muss die Selbstbestimmung ergänzt werden durch Fürsorge. Bewahrt es den Menschen vor dem Zugriff derer, die seinem Leben ein Ende bereiten wollen, dann ist es

³⁸³ J.C. STUDENT (1997), 46.

³⁸⁴ M. WUNDER (1998), 27.

³⁸⁵ A.a.O., 28.

³⁸⁶ M. UND R. ZIMMERMANN (1999), 95.

auch nicht entwürdigend, wenn der Mensch am Ende seines Lebens wie am Anfang ganz und gar angewiesen ist auf das Für- und Mitsein anderer, selbst wenn dies um den Preis der dann verabschiedeten Selbstbestimmung der Persönlichkeit geschieht.

„Autonomy .. is not absolute“, sagen C.L. SPRUNG UND A. OPPENHEIM: „The irrevocable relinquishment of self-determination by selling oneself to slavery or undergoing euthanasia is inconsistent with autonomy.“³⁸⁷

Die Arzt-Patientenbeziehung soll sicher stärker in Richtung auf eine partnerschaftliche Beziehung hin entwickelt werden; gleichwohl ist die **Asymetrie** des Verhältnisses von Arzt und Patienten evident und nicht zu umgehen. Diese Asymetrie ist in der Krankheitslage des Patienten³⁸⁸ ebenso bedingt wie im fachlichen Wissen des Arztes. Beides zusammen ist überhaupt erst der Grund für diese Beziehung: der Patient hat die hoffentlich berechnete Vermutung, der Arzt wisse in seiner besonderen Lage um Hilfe, die er selbst sich nicht mehr geben kann. Dies bedeutet freilich nicht, dass der Arzt aus der Verpflichtung entlassen wäre, dem Patienten und seinen Willensäußerungen Respekt entgegenzubringen. Gleichwohl sind gerade die in unserem Zusammenhang angesprochenen Situationen am Ende des Lebensweges dazu angetan, den Patienten in besonderer Weise in der Obhut des Arztes zu sehen. Ein milder Paternalismus kann durchaus im Interesse des Patienten sein, der seinem Arzt vertraut.³⁸⁹

Exkurs: Ethische Modelle, die Selbstbestimmung und Fürsorge verknüpfen

TOM L. BEAUCHAMPS und JAMES F. CHILDRESS haben schon vor längerer Zeit vorgeschlagen, ein Ensemble von vier gegeneinander jeweils abzuwägenden ethischen Prinzipien zur Anwendung zu bringen: (1.) das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten, (2.) das Prinzip der Nichtschädigung (*nil nocere*), (3.) das Prinzip der Fürsorge und (4.) das Prinzip Gerechtigkeit.³⁹⁰ Keines dieser Prinzipien kann für sich allein angemessene Lösungen in ethischen Konfliktsituationen hervorbringen.

Ähnlich wehrt sich auch HANS-MARTIN SASS gegen ein isoliertes und absolut verstandenes Autonomieprinzip. Der „bioethische Imperativ“ ist für SASS nach wie vor durch das „*Aegroti salus suprema lex*“ bestimmt – wie sollte sich sonst der Hilfesuchende auf seinen Arzt verlassen? Allerdings fordert der Wertewandel hin zur Multikulturalität, dass dieses „salus“ nicht mehr paternalistisch vom Arzt definiert wird; „der Arzt muss sich am Interesse und Willen des Patienten orientieren.“ SASS befürwortet die „Formel *salus ex voluntate aegroti*, die partnerschaftliche Kommunikation, Kooperation und Verantwortung zwischen Arzt und Patient im Ausmessen von Prognosen, von Optionen und Modifikationen von Interventionen.“³⁹¹ Zu diesem Zweck fordert er, dass zur ärztlichen Anamneseerhebung auch eine Wertanamnese gehören müsse, damit dem bioethischen Imperativ tatsächlich gefolgt werden kann: „Be-

³⁸⁷ C.L. SPRUNG UND A. OPPENHEIM (1998), 201.

³⁸⁸ „Unbestreitbar sind bereits die Umstände des Patientenseins den Bedingungen von Autonomie abträglich: Körperliche und mentale Krankheiten, Aufgeregtheit, Scham, Schmerzen und Angst beeinträchtigen die Urteilsfähigkeit; die Schwierigkeit des Gegenstandes, Zeitmangel oder Probleme bei der ärztlichen Gesprächsführung können die ‚Informiertheit‘ des Patienten gefährden; die Meinungen und Wertungen maßgeblicher Dritter üben zumindest einen Einfluss auf Patienten-Entscheidungen aus. Aber Ärzte können andererseits viel dazu beitragen, die Selbstbestimmtheit ... von Patientenentscheidungen zu fördern.“ So: B. SCHÖNE-SEIFERT UND C. EICKHOFF (1996), 187.

³⁸⁹ Vgl. U. EIBACH (1998), 133f.

³⁹⁰ T.L. BEAUCHAMPS UND JAMES F. CHILDRESS, zitiert nach M. BORMUTH UND S. MATTHIES, a.a.O., 95f.

³⁹¹ H.-M. SASS (1997), 180.

handle Patienten individuell und nach ihren je eigenen Wert- und Wunschbildern, ihren je eigenen Hoffnungen, Ängsten, Lebenszielen und ihrer je eigenen Definition von Lebensqualität.³⁹² Nicht immer (z.B. bei der Einlieferung eines polytraumatisierten Unfallopfers sicher nicht!), aber sehr oft (z.B. bei Tumorpatienten) ist es nach SASS schlicht „good clinical practice“, bei der Festlegung der weiteren Therapie eine ärztliche Compliance mit den Wünschen und Wertprofilen des Patienten herzustellen.³⁹³ Auch SASS will nicht, dass der Arzt „zum Handlanger beliebiger Patientenwünsche degradiert“ wird.³⁹⁴ Vielmehr gilt: „Das Heil des Patienten kann nur in einer **Vertrauenspartnerschaft** zwischen Patient, Arzt, Team und - in der besonderen Situation von Koma, Demenz, großer Schwäche und Todesnähe - dem benannten Betreuer ausgemessen werden.“³⁹⁵

Was bei SASS als Vertrauenspartnerschaft bezeichnet wird, nennt ROESSLER eine „**Verständigungsaufgabe**“³⁹⁶, an deren Ende eine Einwilligung stehen kann zu einer ärztlichen Zielperspektive für die weitere Behandlung. Innerhalb dieser Zielperspektive muss nicht jede Maßnahme weiterhin erst durch eine ausdrückliche Zustimmung legitimiert werden. Verständigt man sich über den Zweck, sind bestimmte Mittel der Wahl des Arztes überlassen. ROESSLER nennt das einen (in Grenzen) konzidierten Paternalismus.

G. AGICH weist darauf hin, dass Ärzte in der Gefahr stehen, die Selbstbestimmung des Patienten so zu interpretieren, dass der Arzt ihn nach neutraler Präsentation verschiedener Optionen mit der Entscheidung allein lässt. Demgegenüber schlägt er vor, dass der Arzt einen klaren Vorschlag unterbreiten soll. „**Shared decision-making**“ ist für ihn das Ziel: er weiß, dass dies den Patienten beeinflusst – aber es zwingt ihn nicht, sondern belässt ihm die Freiheit, dem Vorschlag zu folgen oder auch nicht.³⁹⁷

Diese Beispiele belegen schon für den äußerungsfähigen Patienten die Notwendigkeit einer Kombination der ethischen Prinzipien der Selbstbestimmung und der Fürsorge. Um so mehr gilt dies für den sterbenden, u.U. nicht mehr zustimmungsfähigen Patienten. M. UND R. ZIMMERMANN sehen es ähnlich, dass gerade um des Respekts vor dem Patienten willen das Kriterium der Autonomie ergänzt werden müsse durch das Gegengewicht solidarisch-altruistischer Prinzipien.³⁹⁸

Wir halten abschließend fest, dass unsere Kritik an einer isolierten Betonung der Selbstbestimmung den Patienten nicht entwürdigt: „Das Ethos der Fürsorge basiert auf Beziehungen zum kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen, auf Kommunikation mit ihm. Es hat die Einfühlung ins Geschick des einzelnen Menschen zur Grundlage, das ‚Mit-Leben‘ und ‚Mit-Leiden‘, aus dem heraus auch stellvertretend Entscheidungen für den anderen Menschen

³⁹² A.a.O., 182.

³⁹³ A.a.O., 183.

³⁹⁴ A.a.O., 184.

³⁹⁵ A.a.O.

³⁹⁶ D. ROESSLER (1996), 65f. „Am Ende der Verständigung steht die Einwilligung. Durch die Einwilligung wird dem Ziel des ärztlichen Handelns zugestimmt. ... Die Zustimmung zu einem Handlungs- oder Behandlungsziel schließt in der Regel die Zustimmung zu den dafür zweckmäßigen Maßnahmen ein. ... Danach stimmt der Patient einem Behandlungsprozess zu, an dessen einzelnen Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten er nicht mehr ohne weiteres beteiligt sein muss“ (a.a.O., 65).

³⁹⁷ G. AGICH (1997), 461f.

³⁹⁸ M. UND R. ZIMMERMANN (1999), 95.

gefällt werden können und dürfen, weil nicht über den Menschen sondern in Anteilnahme an seinem Geschick für ihn und zu seinem Wohl entschieden wird.³⁹⁹

³⁹⁹ U. EIBACH (2000), 35.

6.5 Fünfter Themenkomplex: Vorschlag zur Verstärkung der Rolle interdisziplinärer Teams

Ohne die institutionell vorgegebene Entscheidungsverantwortung einer Klinik in Frage zu stellen, empfehlen wir die stärkere Wahrnehmung des multiprofessionellen therapeutischen Teams, bei der die verschiedenen beruflichen und persönlichen Fähigkeiten (der Ärzte, Pflegenden, Seelsorger, Sozialarbeiter, Therapeuten) zur Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen, zur Lösung schwerer ethischer Konflikte und zur Bewältigung der eigenen Betroffenheit durch die Konfrontation mit Krankheit und Tod besser genutzt werden können. Auch externe Ethik-Beratungen können entscheidende Hilfen vermitteln.

Internationale Studien zeigen, welche Verbesserung der Situation erreicht wird, wenn „proactive ethics consultation“ stattfindet, bei der alle relevanten Mitglieder des therapeutischen Teams an der Diskussion von Entscheidungen, die das Lebensende eines Patienten betreffen, beteiligt werden.⁴⁰⁰ Formen einer systematischen praxisorientierten Ethik-Beratung sind anders als im angloamerikanischen Bereich in Deutschland bislang unterentwickelt.⁴⁰¹

Dabei können von klinischen Ethikern („individual consultant“) oder klinischen Ethik-Gruppen („consultation team“) moderierte Ethik-Beratungen ethische Konfliktfälle klären helfen und spezifische Blockaden, die sich aus gegensätzlichen Sichtweisen oder unterschiedlichen Interessen ergeben, auflösen helfen. Ethik-Beratungen sollten zum Standard jedes größeren Krankenhauses gehören und bei Konflikten über die Fortsetzung von Therapien am Lebensende, bei Unsicherheiten über den Willen oder das Wohl des Patienten, bei Uneinigkeit der beteiligten Parteien oder bei Schwierigkeiten mit unkooperativen Patienten zum Einsatz kommen.⁴⁰² Dabei ist deutlich zu machen: Da die Ethik-Beratung „in keinem Fall die Überantwortung der Entscheidungskompetenz auf den Ethiker bedeutet, sondern die Verantwortung des Arztes für die therapeutischen Schritte und die Patientenrechte unberührt lässt, ergibt sich die Forderung nach einer Integration von ethischer Orientierung im Grundsätzlichen und einer relativen ‚technischen Neutralität‘ im Speziellen, also einer im Ergebnis offenen Beratung bei gleichzeitiger Wertorientierung.“⁴⁰³

Wie ein solches Team-Modell aussehen kann, das gleichermaßen Partizipation aller Betroffenen (allerdings dort unter Ausschluss einer aktiven Elternbeteiligung) und Wahrung der rechtlich garantierten Entscheidungsbefugnisse ermöglicht, zeigt z.B. das interdisziplinäre Modell zur Urteilsbildung in der neonatologischen Intensivmedizin an der Universitätsfrauenklinik in Zürich.⁴⁰⁴ In diesem Modell werden bei Entscheidungen, die das mögliche Lebensende eines Frühgeborenen betreffen, möglichst umfassend medizinische, ethische und soziale Fragen in einer geordneten Weise bearbeitet. Bei Bedarf können die Beteiligten das „Ethische Gespräch“ einberufen. Eine nicht-beteiligte Moderatorin leitet das Gespräch. Ein „innerer Kreis“ aus betreuendem Arzt und betreuendem Pflegenden hat die Entscheidungskompetenz. Dieser „innere Kreis“ führt während des gesamten Klinikaufenthalts die Elterngespräche. Im „äußeren Kreis“ sitzen die Angehörigen der Ethik-Gruppe, die den inneren Kreis beraten. Pflegende und Ärzte, aber auch konsiliare Dienste, Ethiker und Seelsorger gehören

⁴⁰⁰ M. DANIS (1998), 203f.

⁴⁰¹ S. REITER-THEIL (1999), 222f.

⁴⁰² A. a. O., 226.

⁴⁰³ A. a. O., 229.

⁴⁰⁴ K. V. SIEBENTHAL UND R. BAUMANN-HÖLZLE (1999), 233-245.

zum „äußeren Kreis“. Auch die klinische Leitung muss sich beteiligen und hat ein Vetorecht. Die Eltern können bei Nicht-Zustimmung eine neue Ethiksitung verlangen. In Notfallsituationen entscheidet der Oberarzt gemäß der hausinternen üblichen Richtlinien und seiner eigenen Expertise. Regelmäßige Evaluationsrunden bewerten die Ergebnisse der Beratungen im Rückblick. Neben der erwünschten Partizipation fokussiert dieses Modell vor allem „einen Geborgenheitsraum für das Kind gegen Entscheidungswillkür sowohl auf Seiten der Ärzteschaft als auch auf Seiten der Eltern.“⁴⁰⁵

Die komplizierte Rollenverteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal kann hier nicht thematisiert werden. Es sollen auch nicht die ärztliche Entscheidungsrechte problematisiert werden. Aber es muss darauf hingewiesen werden, dass ein „Gehorsam ... ohne Dialog“⁴⁰⁶ in mehrfacher Hinsicht problematisch ist. Zum einen wird es dadurch Pflegenden schwer, die ärztlichen Entscheidungen mitzutragen und die „Durchführungsverantwortung“ in jeder Hinsicht zu bejahen. Zum anderen werden die spezifischen Kompetenzen der Pflegenden nicht einbezogen, wenn es um Entscheidungen geht, die das Lebensende eines Patienten betreffen. Dies kann jedoch einer differenzierten Entscheidung nur schaden. Die durchgängige Anwesenheit der Pflegenden (im Unterschied zu der kürzeren Präsenz der Ärzte), ihre zeitaufwendige und körpernahe Beschäftigung mit dem Patienten, die damit häufig gegebene emotionale Nähe und offene Kommunikation sind „Pfund“, die Pflegende in die Erörterung der Lage eines Patienten einbringen können. Im Bereich der Palliativmedizin hat sich gezeigt, dass die Qualität der Betreuung von Patienten erheblich verbessert werden kann, wenn Teams mit flachen Hierarchien oder gar dem Verzicht auf hierarchische Strukturen (unter Wahrung von Kompetenzen) zum Wohl des Patienten kooperieren, kommunizieren und ihre Dienste koordinieren. Dies belegt etwa eine Studie über die Arbeit des Johannes-Hospizes, einer klinischen Einrichtung für palliative Medizin in München.⁴⁰⁷

Ähnliches kann auch, wenn die Integration in die Station gegeben ist und ein gegenseitiger Respekt wachsen konnte, von anderen Berufsgruppen im therapeutischen Team gelten: von Physiotherapeuten und Krankenhausseelsorgern, Sozialarbeitern und Klinikpsychologen.

„Denn nur unter Einbeziehung aller Beteiligten, d.h. im Zusammenspiel von Arzt/Ärztin, Angehörigen, Pflegekräften, Ethikern und auch Seelsorgern, wird es möglich sein, den Sterbenden wirklich so zu ‚helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen‘.“⁴⁰⁸

Dieses Zusammenspiel vermag auch eine Hilfe für die zu sein, die immer wieder mit Krankheit und Tod konfrontiert werden. Es geht nicht nur um bessere Vorgehensweisen zum Wohl von Patienten und Angehörigen, sondern auch um mehr Hilfe für die Helfer – eine Kultur von Austausch und Gespräch, die bei der Verarbeitung des Erlebten helfen kann und dadurch ein allmähliches Ausbrennen zu verhindern mag.

⁴⁰⁵ A.a.O., 233.

⁴⁰⁶ I. HOFMANN (1999), B-2649.

⁴⁰⁷ G. AICHMÜLLER-LIETZMANN, CH. CLEMM UND TH. BINSACK (1999), 42-46.

⁴⁰⁸ M. UND R. ZIMMERMANN (1999), 95.

7. Die Konsequenzen: Was kann eine Landeskirche tun (Ratschläge an die PEK)

7.1 ... das Evangelium verkündigen

Wesentliche Teile der hier vertretenen ethischen Perspektive wurzeln unmittelbar im Evangelium, wie es in der Heiligen Schrift bezeugt wird. So sinnvoll (siehe 7.2) auch eine Werterziehung im Sinne der hier vertretenen ethischen Grundorientierung sein mag, so sehr muss es doch vornehmstes Anliegen sein, gerade in einer säkularisierten und pluralisierten Gesellschaft das Evangelium laut werden zu lassen. Das Evangelium von Jesus Christus ist dabei keine Größe „an sich“: es bezeugt Gottes Güte in Christus in Bezug auf die von Menschen gestaltete und erlittene Realität. Dass der Mensch sich der Güte Gottes verdankt, trotz seines Schuldigwerdens von Gott gewürdigt und geliebt bleibt, zu einem Leben im Glauben an Gott und in der Liebe zum Nächsten berufen ist, bis Gott sein Leben in der Ewigkeit vollendet, ist die gute Nachricht, die zu bezeugen ist. Sie führt gleichsam die ethische Orientierung mit sich, von der wir in diesem Gutachten ausgehen: das Ja zur unverdienten und unverlierbaren Würde jedes Menschen, die Bestimmung des Menschen zur Gestaltung seines Lebens, aber auch zum Mitsein und Fürsein, zum liebenden Umgang mit anderen, aber auch zum dankbaren Empfang von Liebe. Den stärksten Einfluss auf das Verhalten der Menschen in unserer Gesellschaft (vom einzelnen bis hin zu den politischen Entscheidungsträgern) hat die Kirche in der **Verkündigung des Evangeliums, mit der sie die Glaubenden vergewissert und über Gottes Gebot aufklärt, die Kirchendistanzierten und Konfessionslosen aber zum Glauben einlädt, der allererst den Zugang eröffnet zum Verstehen des Willens Gottes im Blick auf Sterben und Tod des Menschen.**

7.2 ... die Werterziehung fördern

Gleichwohl „gehören die Gebote auf das Rathaus“ (MARTIN LUTHER). Sie beschreiben, was jedermann gut tut. Darum kann die Kirche auch nicht warten, bis alle für das Evangelium gewonnen sind. Vielmehr wird sie versuchen, in der Erziehung von Kindern und Jugendlichen und in der Erwachsenenbildung, in der medialen Präsenz, durch öffentliche Veranstaltungen und durch Publikationen ihren **Beitrag zur Bildung** der Menschen in unserem Land zu leisten. **Dem Religionsunterricht kommt dabei besondere Bedeutung zu**, da er als ordentliches Lehrfach an der öffentlichen Schule eine hervorgehobene Rolle in der Werterziehung junger Menschen spielt. Die Fragen nach des Menschen Würde, auch in Krankheit und Behinderung, sowie nach Sterben und Tod gehören zu den wichtigsten Themen, die im Religionsunterricht aus der Perspektive des Evangeliums Jesu Christi und der Gebote Gottes beleuchtet werden müssen.

7.3 ... sich in die politische Debatte einmischen (politisches Wächteramt)

Dabei kann sie sich auf das Memorandum des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familienangelegenheiten der Parlamentarischen Versammlung des Europarates (Februar 1999) berufen, das zum „Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde von terminal Kranken und von Sterbenden“ aufruft. Auffällig ist an diesem Dokument, dass neben das Grundrecht auf Selbstbestimmung gleichrangig das Recht auf Schutz vor Tötung gestellt wird. Vorsätzli-

che Lebensbeendigung durch Dritte, auch auf Wunsch des Betroffenen, wird von diesem Ausschuss ebenso als unethisch abgelehnt wie der ärztlich assistierte Suizid.⁴⁰⁹

Im politischen Diskurs, im persönlichen Kontakt mit Politikern und bei offiziellen Begegnungen mit Parteien, Fraktionen und Regierung kann die Evangelische Kirche sich gemeinsam mit anderen (etwa den anderen Kirchen, Ärzte- und Pflegeverbänden, Hospizbewegung) **für diese Sicht der Dinge stark machen und aufzuweisen versuchen, dass eine christliche Orientierung der Entwicklung einer humanen und zukunftsfähigen Gesellschaft nicht im Wege steht, sondern diese entscheidend zu fördern vermag.** Sie sollte versuchen, durch ihren Beitrag auch auf medizinethische Standesordnungen und Gesetzestexte Einfluss zu nehmen, um des Lebensschutzes derer willen, die sich selbst nicht mehr äußern können. Nicht nur im Rückgriff auf die christlichen Wurzeln unseres politischen und rechtlichen Systems kann dies plausibel gemacht werden. Vielmehr ist auch aufzuzeigen, dass die Vorstellung einer transzendent verankerte Menschenwürde auch in den gegenwärtigen ethischen Fragen Antworten vermittelt, die gerade die Schwächsten in der Gesellschaft schützen und plausible Lösungen für die medizinethischen Konflikte bereitstellen können.

Zum politischen Beitrag der Kirche gehört es aber auch, sich Tendenzen in den Weg zu stellen, die Betreuung alter, kranker und sterbender Menschen vorwiegend unter Kostengesichtspunkten zu betrachten und als reine ökonomische Belastung anzusehen, um deren Minimierung man sich mühen muss. Die „Grundsätze“ schließen wirtschaftliche Gründe aus, wenn es um den Verzicht auf therapeutische Maßnahmen geht. Kirchlicher Widerspruch ist in dem Moment notwendig, in dem dieser Grundsatz von den Trägern des Gesundheitswesens in Frage gestellt würde. Die gewiss nicht preiswerte Begleitung von Menschen bis an ihr natürliches Ende ist kein Luxusgut, sondern Ausdruck des Respekts vor der Würde des Menschen. Darum kann sie auch nicht zur Disposition stehen, wenn es ökonomisch gerade ratsam oder sogar zwingend erscheint. Am Umgang mit ihren Schwächsten erweist sich nämlich die Humanität einer Gesellschaft. Allerdings müsste auch deutlich gemacht werden, dass durch eine Unterstützung der Hospizarbeit trotz ihrer Personalintensität letztlich auch Kosten gesenkt werden können, indem Menschen sehr viel länger im häuslichen Umfeld bleiben können. Diese Kostensenkung wäre ohne einen Verlust an Sicherheit für alte, kranke und sterbende Menschen zu erreichen.

7.4 ... in den eigenen Häusern Geborgenheit und Sicherheit gewährleisten

Die Einrichtungen der **Diakonie** stellen einen **besonderen Gestaltungsraum** im Bereich der evangelischen Kirche dar. Dabei ist gerade angesichts der Verhältnisse nach 1989 zuerst in der **Aus-, Fort- und Weiterbildung der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** die hier vertretene ethische Orientierung zu vermitteln und der seelsorgliche Umgang mit Patienten und Angehörigen einzuüben. Dann aber können sich die evangelischen Einrichtungen **auf dem „Gesundheitsmarkt“ profiliert darstellen** mit einem spezifischen Angebot: die Überzeugung der von Gott gewährten und gesicherten Würde jedes Menschen muss sich dann auch auswirken **in einer besonderen Weise des Umgangs mit Patienten und Angehörigen:** eines Umgangs, der Menschen vergewissert, dass sie bzw. ihre Angehörigen auf der letzten Wegstrecke ihres Lebens in ihrer Würde geachtet, vor Übergriffen geschützt und liebevoll umsorgt werden. Dabei soll ihnen der Grund dieser besonderen Weise des Umgangs nicht verschwiegen werden. Vielmehr soll ihnen das Evangelium unaufdringlich, aber nachdrück-

⁴⁰⁹ Zitiert nach M. WUNDER (1999), 62.

lich bezeugt werden, so dass sie selbst sich im Leben und im Sterben an den einzigen Trost halten können: nämlich Eigentum Jesu Christi zu werden und zu bleiben.

7.5 ... die Seelsorge fördern⁴¹⁰

Seelsorge ist **systemisch** zu verstehen: sie gilt den Patienten in den Krankenhäusern oder aber den Alten, Kranken und Sterbenden zu Hause ebenso wie den Angehörigen und denen, die sich als Helfer um sie mühen. Auch die Mitarbeiter in den Kliniken und bei den Pflegediensten, auch Ärzte erwarten Hilfe und Betreuung nicht nur für Patienten und Angehörige, sondern auch für sich selbst – vom Chefarzt bis zur Krankenpflegeschülerin angesichts der Gefühle der Überforderung und Ohnmacht, eigener Angst vor dem Sterben und Trauer nach dem Sterben von Patienten, angesichts der Hilflosigkeit und der Schuldgefühle, unter dem Druck der Arbeit, zuweilen auch unter dem Druck durch Patienten und Angehörige, dieses zu tun oder jenes unbedingt zu lassen.⁴¹¹

Dabei hat sich die Entwicklung der Seelsorge in den letzten 25 Jahren besonders auf die Förderung der **Gesprächs- und Begleitungskompetenz** konzentriert. Das ist gut und notwendig:

- Das Wahrnehmen der spezifischen, oft metaphorischen Sprache der Sterbenden will erlernt sein. Bilder und Gleichnisse, Metaphern und sensuelle Wahrnehmungen dienen dem Sterbenden, das Unaussprechliche doch auszudrücken: er redet von der großen Reise, klagt über das Geld, das ihm ausgeht, freut sich auf die Mutter, die gleich kommt, empfindet große Kälte usw. Auf dieser Ebene zu antworten mag das Gespräch über die Wahrheit fortsetzen, die der Sterbende längst zu begreifen begonnen hat.
- Dazu gehört auch die Fähigkeit, die schwierige Sterbesituation auszuhalten, und das heißt, unter Umständen über eine längere Zeit schweigend da zu sein, allenfalls dem Sterbenden äußere Zeichen der Nähe zu geben (wie etwa das Benetzen der Lippen, das sachte Auflegen einer segnenden Hand, das vorsichtige, zeitweilige Halten der Hand usw.), jedenfalls nicht immerzu reden zu müssen, ja zeitweilig schweigen zu sollen. Dabei erfahren Seelsorger immer mehr, dass sie im Trösten keine „Profis“ werden. Jede einzelne Situation ist neu und anders, herausfordernd und wahrhaft anstrengend.
- Zum Anstrengenden gehört auch die Unberechenbarkeit von Stimmungen im Sterbezimmer: diese können in ein und demselben Zimmer von gelassener Heiterkeit über tiefe Traurigkeit bis hin zu heftiger Aggression schwanken. Die Einzigartigkeit des Sterbens zu respektieren, gehört zu den Grundaufgaben der Seelsorge. Keiner stirbt wie der andere. „Die Art und Weise, wie Menschen sich auf die Grenze ihres Lebens zubewegen, ist so unterschiedlich, dass ich schon lange aufgehört habe, darin spezifi-

⁴¹⁰ B. SCHÖNE-SEIFERT UND C. EICKHOFF (1996), 214.

⁴¹¹ Vgl. z.B. H.-CHR. RÖGLIN (1998), 245.

sche ‚Phasen‘ eines vorprogrammierten Ablaufs entdecken zu wollen,“ sagt der evangelische Theologe HANS-CHRISTOF PIPER.⁴¹²

Wir halten es jedoch gerade im Blick auf die Sterbebegleitung für essentiell, die **Kompetenz im „Geleit aus Glauben und zum Glauben“ zu fördern**. Dazu gehört das Angebot von Beichte und Abendmahl für den Sterbenden (und seine Angehörigen) wie die Fähigkeit, an der richtigen Stelle und auf angemessene Weise mit dem Sterbenden (und seinen Angehörigen) zu beten und ihnen den Zuspruch des Evangeliums nicht zu versagen. Diese Kompetenz wird in der professionalisierten Krankenhaus-Seelsorge nicht mit der gleichen Intensität gefördert wie die Kompetenz zu Gespräch und Begleitung. Hier ist gerade angesichts der in diesem Gutachten angesprochenen Fragen eine Kurskorrektur vonnöten. Es ist unser Auftrag und wird zutiefst von den uns anbefohlenen Menschen erwartet, zu allererst als Seelsorger Zeugen des Glaubens zu sein.

Solche Seelsorge ist in den Kliniken unseres Landes dringend nötig. Dazu bedarf es sicher **hauptamtlicher Krankenhauseelsorger**. Bislang sind sie im Bereich der Pommerschen Evangelischen Kirche zu schwach vertreten bzw. für kaum zumutbare Patientenzahlen verantwortlich. Hier können wir nur empfehlen, ein verstärktes Engagement zu wagen, dabei aber darauf zu achten, dass Seelsorger gewonnen werden, die gesprächs- und begleitungs-kompetent sind, zugleich aber auch kompetent im Bezeugen des Evangeliums. Eine Aufgabe dieser hauptamtlichen Krankenhaus-Seelsorger müsste dann aber der Aufbau von Mitarbeiterkreisen sein, in denen ehrenamtliche Besucherinnen und Besucher für die Krankenhaus-seelsorge zugerüstet werden.

7.6 ... Hospize und Palliativstationen fördern

Die Bedeutung der Hospizbewegung und der Palliativstationen ist in den entsprechenden Abschnitten dieses Gutachtens herausgearbeitet worden. Nun ist es Sache der Pommerschen Evangelischen Kirche, die Bemühungen der Krebschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern und der verschiedenen Hospizdienste zu unterstützen und zu fördern.

Der diakonische Auftrag der Kirche schließt ein, die Orte besonderer Not aufzusuchen, und dabei gerade die zu berücksichtigen, die sonst übersehen werden. Je mehr Menschen auf eine letzte Lebensstrecke ohne familiäre Unterstützung zugehen, desto mehr wird die Arbeit von Hospizdiensten im Sinne dieses Auftrags der Kirche zu fördern sein.

Dabei sollte wiederum (ähnlich wie in der Seelsorge) einem allmählichen Verstummen der evangelischen Kirche in Glaubensdingen gewehrt werden. Die Begleitung von Sterbenden und ihrer Angehörigen kann sich aus unserer Sicht nicht erschöpfen in der bloßen Bestätigung ihrer Weltsicht und Glaubenshaltung. Sie wird vielmehr den Trost und die Kraft des Evangeliums freundlich und werbend zu Gehör bringen, wo immer Gott selbst Türen zum Gespräch über letzte Dinge öffnet. So kann sie ihrem Zeugenauftrag (Apg. 1,8) folgen, ohne die Lage von leidenden und trauernden Menschen auszunutzen.

Nach dem Maß ihrer geistlichen und wirtschaftlichen Kraft ambulante Hospizdienste zu fördern und vielleicht sogar ein stationäres Hospiz zu ermöglichen, wäre jedenfalls aus unserer Sicht eine wirksame Hilfe für schwerstkranke und sterbende Menschen in unse-

⁴¹² H.-C. PIPER (1994), 146f.

rem Land. Es wäre auch eine wirksame Prophylaxe gegen die Versuchung, auch in Deutschland wieder der Euthanasie Raum zu geben.

ANHANG

1. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11. September 1998

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten) Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von dem Ziel der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u.a.: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen.

Die Hilfe besteht neben palliativer Behandlung in Beistand und Sorge für Basisbetreuung.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern, und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkür-

zung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige oder nahestehende Personen informieren, es sei denn, der Wille des Patienten steht dagegen. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungszieles nur dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist, und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muss dem Willen des Patienten entsprechen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktion ersetzt, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung von Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapie künstlich in die Länge gezogen werden.

Alle diesbezüglichen Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

III. Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung

Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben wie alle Patienten ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich - ggfs. künstlicher - Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, "sog. Wachkoma").

Bei fortgeschrittener Krankheit kann aber auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapieziels und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen. So kann der unwiderrufliche Ausfall weiterer vitaler Organfunktionen die Entscheidung rechtfertigen, auf den Einsatz substituierender technischer Hilfsmittel zu verzichten. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf dabei nicht alleiniges Kriterium sein.

Alle Entscheidungen müssen dem Willen des Patienten entsprechen. Bei bewusstlosen Patienten wird in der Regel zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens die Bestellung eines Be-

treuers erforderlich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken. Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z.B. der Eltern oder des Betreuers, oder des Bevollmächtigten maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Bei Verdacht auf Missbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden.

Liegen weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten Erklärungen vor oder können diese nicht rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahestehende Personen einbezogen werden.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.

V. Patientenverfügung, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Patientenverfügungen, auch Patiententestamente genannt, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes. Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, dass solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden, und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst. Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat untergeordnete Bedeutung. Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber in der Regel schriftlich abgefasst sein.

Im Wege der Vorsorgevollmacht kann ein Bevollmächtigter auch für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, deren Unterlassung oder Beendigung bestellt werden. Bei Behandlung mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit bedarf diese Einwilligung der Schriftform (§ 1904 BGB) und muss sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen. Die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine "das Leben gefährdende Behandlung" bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts (Paragraph 1904 BGB).

Nach der Rechtsprechung (OLG Frankfurt a.M. vom 15.07.1998 - Az: 20 W 224/98) ist davon auszugehen, dass dieses auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase gilt.

Betreuungsverfügungen können Empfehlungen und Wünsche zur Wahl des Betreuers und zur Ausführung der Betreuung enthalten.

2. Christliche Patientenverfügung (Handreichung und Formular)

der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland

Herausgegeben vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Herrenhäuser Straße 12, 30419 Hannover und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstraße 163, 53113 Bonn

Die Publikation wird bei der Deutschen Bischofskonferenz und dem Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland als Nr. 15 in der Reihe „Gemeinsame Texte“ geführt.

Vorwort

Der medizinische Fortschritt hat in den letzten Jahrzehnten zu einer schwierigen Situation geführt: Einerseits können mit Hilfe moderner medizinischer Möglichkeiten Krankheiten geheilt werden, die noch vor wenigen Jahren als unheilbar galten — andererseits kann der Einsatz aller medizinisch-technischen Mittel der Intensivmedizin auch das Leiden und Sterben von Menschen verlängern. Ein würdevolles Leben bis zuletzt kann also sowohl die Anwendung als auch den Verzicht auf die Anwendung intensiver Medizin bedeuten. Eine letzte Entscheidung muss aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen heraus und von seinen Wünschen und Bedürfnissen her getroffen werden.

Seit Ende der 70er Jahre gewinnt auch in Deutschland die Patientenverfügung immer mehr an Bedeutung. Eine Patientenverfügung dokumentiert den Willen eines Menschen für den Fall, dass er sich nicht mehr äußern und sein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten nicht mehr wirksam ausüben kann. Mittlerweile ist eine große Anzahl verschiedener Formulare im Umlauf, die sich in Form, Inhalt und Ausführlichkeit erheblich unterscheiden. Von vielen Seiten wurde in den letzten Jahren an die Kirchen die Bitte herangetragen, eine Patientenverfügung zu entwickeln, die sich in besonderer Weise dem christlichen Glauben verpflichtet weiß. Da es sinnvoll erschien, eine solche gemeinsam zu erarbeiten, wurde eine ökumenische Arbeitsgruppe eingesetzt. Wir danken den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, Dr. Dr. AKO HAARBECK, Bonn, Dr. ANNEGRET KLAIBER, Frankfurt/Main, Priv.-Doz. Dr. Dr. ECKHARD NAGEL, Hannover, Professor Dr. HEINRICH POMPEY, Freiburg i.Br., HEINZ-THEO RAUSCHEN, Bonn, Professor Dr. JOHANNES REITER, Mainz, DIRK VELTRUP, Hannover, den Geschäftsführerinnen Dr. URSULA BEYKIRCH, Bonn und OKR'in Dr. RENATE KNÜPPEL, Hannover, die ihren medizinischen, juristischen und theologischen Sachverstand in die Erarbeitung der Handreichung einbrachten.

Die Handreichung greift auf einige Texte zum Thema „Sterben und Tod“ zurück, die in den letzten Jahren von den Kirchen gemeinsam veröffentlicht wurden. Bei der Patientenverfügung, die wir hier vorlegen, handelt es sich um die überarbeitete Fassung eines Textes, der von der Synode der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern im November 1995 mit dem Titel „Sie sind dabei — Wenn andere für Sie entscheiden müssen. Christliche Patientenverfügung“ beschlossen und dessen Verwendung vom Landeskirchenamt im Februar 1998 dankenswerterweise gestattet wurde. Die hier vorliegende Christliche Patientenverfügung hat zwar den Titel und den Aufbau der bayerischen Fassung übernommen, stellt aber unter Be-

rücksichtigung der Verbesserungsvorschläge, Einwände und Entwicklungen der letzten Jahre eine zum Teil erhebliche Fortschreibung dar.

Als Ergebnis liegt nunmehr nicht nur die Patientenverfügung vor, sondern eine Handreichung, in die das Formular eingebettet ist. Dahinter steht die Absicht, in verständlicher Sprache den christlichen Hintergrund zu beleuchten und einzelne Aspekte, die sich beim Ausfüllen eines solchen Formulars aufdrängen, zu benennen. Die drei Teile der Handreichung, Einführung — Formular — Erläuterungen, sind inhaltlich aufeinander abgestimmt. Alle wichtigen im Formular der Patientenverfügung verwendeten Begriffe werden in den Erläuterungen beschrieben, die als eine Art Glossar benutzt werden können. Zum Schluss bietet die Handreichung darüber hinaus jeder und jedem Gelegenheit, sich anhand von Fragen und Zitaten mit dem Thema Sterben und Tod und dem eigenen Sterben zu beschäftigen.

„Christliche Patientenverfügung“ bedeutet nicht, dass sie nur von Christen benutzt werden kann, wohl aber, dass sie christliches Gedankengut zum Thema Sterbebegleitung enthält, so beispielsweise eine deutliche Ablehnung aktiver Sterbehilfe. Christliche Hoffnung für das Leben gründet sich auf die Auferstehung Jesu Christi von den Toten. Der christliche Glaube schenkt uns die Gewissheit, dass es ein Leben nach dem Tode gibt. Als Christen bezeugen wir, was in der Heiligen Schrift gesagt ist: „Gott wird in ihrer Mitte wohnen, und sie werden sein Volk sein; und er, Gott, wird bei ihnen sein. Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal. Denn was früher war, ist vergangen. Er, der auf dem Thron saß, sprach: Seht, ich mache alles neu.“ (Offb 21,3-5). Die Zuversicht auf die Gegenwart Jesu Christi gibt Menschen den Mut, auch in den schwierigsten Situationen ihres Lebens Zeichen des kommenden Reiches Gottes wahrzunehmen und weiterzugeben. So finden sie die Kraft, Menschen auf der letzten Wegstrecke ihres Lebens, dem Sterben, zu begleiten. Solches Begleiten macht die in unserem Leben verborgene, aber dennoch wirksame Kraft des Heiligen Geistes erfahrbar und zeigt: Auch im Sterben sind wir von Jesus Christus und seiner Gnade umfungen.

Bonn/Hannover, im Juli 1999

Bischof Karl Lehmann (Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz)

Präses Manfred Kock (Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland)

Einführung

Viele Menschen machen sich Sorgen über die letzte Phase ihres Lebens. Sie fragen sich: Wie wird es mit mir zu Ende gehen? Werde ich einmal zu Hause sterben können oder wird man mich ins Krankenhaus bringen? Werden dann Menschen bei mir sein, mir beistehen und Kraft geben? Werde ich unerträgliche Schmerzen haben? Oder nur noch ohne Bewusstsein vor mich hindämmern? So schwer solche Fragen sind, es ist gut, ihnen nicht auszuweichen. Denn zum verantwortlichen Leben gehört auch das Bedenken des Todes und das Annehmen der eigenen Sterblichkeit. Der christliche Glaube, dessen Mittelpunkt Sterben, Tod und Auferstehung Jesu Christi ist, gibt Freiheit, auch über das eigene Sterben nachzudenken und angemessene Vorsorge zu treffen.

In den letzten Jahrzehnten ist das Sterben zu Hause im Kreis der Familie, der Angehörigen und Nachbarn selten geworden. Die weitaus meisten Menschen sterben in Alten- oder Pflegeheimen und Krankenhäusern. Dort wird ihnen eine fachkundige medizinisch-pflegerische Betreuung zuteil, wie sie in früheren Jahrhunderten unbekannt war. Der wachsende Fortschritt der medizinischen Möglichkeiten wirft aber auch Fragen auf, die sich früher so nicht gestellt haben. Viele Menschen fragen, ob die Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Medizin am Ende wirklich zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt oder ob sie nur einen belastenden Sterbeprozess verlängert. Ist es vielleicht besser, in der vertrauten Umgebung zu sterben, auch wenn fehlende technisch-medizinische Möglichkeiten die letzte Lebensphase verkürzen können, oder ist es besser, auf der Intensivstation, von technischen Geräten umgeben, solange wie möglich zu leben?

Solche Fragen lassen sich nicht generell beantworten. Um menschenwürdig bis zuletzt leben zu können, kann sowohl eine intensive medizinische Behandlung erforderlich sein als auch der Verzicht auf ihre Anwendung. Letztlich muss die Entscheidung aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen heraus und von seinen Bedürfnissen her getroffen werden.

Aber wer entscheidet? Wer entscheidet, wenn Betroffene selbst sich nicht mehr äußern können? Wer entscheidet, wenn Sie selbst nicht mehr sagen können, was Ihr eigener Wunsch ist? Auch wenn Sie Ihre Vorstellungen und Wünsche nicht schriftlich dokumentiert haben, werden Sie — Ihrer Situation angemessen — behandelt und versorgt werden. Ärzte, Ärztinnen und Pflegende haben sich verpflichtet, die Würde und den Wert jedes menschlichen Lebens bis zuletzt zu achten. Dennoch setzt jede medizinisch-technische Behandlung Ihr Einverständnis voraus.

Mit Hilfe einer Patientenverfügung können Sie schon jetzt die Anwendung medizinischer Verfahren und damit die Qualität Ihrer letzten Lebensphase mitbestimmen. Sie können schon jetzt etwas dafür tun, dass Sie in dieser Phase des Lebens Ihrer Vorstellung und Ihrem Wunsch gemäß menschenwürdig und körperlich erträglich durch medizinische Behandlung und qualifizierte Pflege betreut werden. Falls Sie in eine Situation geraten, in der Sie nicht mehr in der Lage sind, selbst über medizinische Maßnahmen zu entscheiden, ist die von Ihnen verfasste Patientenverfügung von dem Arzt oder der Ärztin als wichtige Entscheidungshilfe zu berücksichtigen.

Wir nennen das hier angebotene Formular eine Christliche Patientenverfügung, weil sie dem christlichen Glauben verpflichtet ist. Dieser achtet das Leben und die einzigartige Würde des Menschen als Gottes unantastbare Gabe, die auch im Sterben zu respektieren ist, und weiß sich von der Auferstehungshoffnung getragen.

Folgende Überlegungen liegen dem Vorschlag zugrunde, rechtzeitig eine solche Patientenverfügung zu unterschreiben:

Das Leben ist uns geschenkt, damit wir es — trotz Leid und Tod — annehmen und gestalten können. Gott ist ein Freund des Lebens. Er will, dass uns ein erfülltes Leben gelingt. Dazu wünscht er unser Mittun und Mitgehen. Er befähigt uns dazu, dass wir unser Leben verantwortlich gestalten, auch in der letzten Phase.

Bis zuletzt soll ein Leben als lebenswert und sinnvoll erfahren werden können. Dazu gehört auch, Informationen zu erhalten, entscheiden zu dürfen, in Verbindung mit lieben Menschen

bleiben zu können, Zeit zum Durchdenken und Klären von Fragen und zum Abschiednehmen und Annehmen des eigenen Todes zu haben. Dieses ist häufig ein schwieriger Prozess. Das Bereitwerden zum Sterben kann durch schwere Schmerzen und quälende körperliche Symptome und ebenso durch massive medikamentöse Dämpfung behindert werden. Schmerztherapie, Palliativmedizin, pflegerische Maßnahmen, mitmenschliche und geistliche Begleitung sollen es möglich machen, mit Gespür und Achtung für den sterbenden Menschen die Balance zu finden, die auch die letzte Lebensstrecke menschenwürdig und sinnvoll durchleben lässt.

Wir machen die Erfahrung, dass wir unser Leben nicht in der Hand haben. Das Leben ist ein Geschenk Gottes. Wir vertrauen auf seine Begleitung und Hilfe auch für die letzte Phase unseres Lebens. In diesem Vertrauen nutzen wir die Möglichkeit einer Patientenverfügung. Sie erleichtert es den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden, uns mit unseren Wünschen zu achten, ganz gleich, in welcher Bewusstseinslage wir uns befinden.

Jedes menschliche Leben hat ein Ende. Für jeden Menschen kommt die Zeit des Sterbens. Manchmal stellt sich dann die Frage, ob das Lebensende noch für eine kurze Zeit hinausgezögert werden kann und soll. Mit der Patientenverfügung kann der persönliche Wunsch formuliert werden, auf umfangreiche medizinisch-technische Behandlung zu verzichten. Damit soll auch für den Fall, dass Sie selbst sich nicht mehr äußern können, gewährleistet werden, dass Ihre persönliche Einstellung zum Ende des Lebens für alle behandelnden Ärzte und Ärztinnen bekannt ist und respektiert wird. Dies bedeutet nicht, dass auf die Möglichkeiten moderner Medizin verzichtet werden soll, wenn davon eine nachhaltige Hilfe zu erwarten ist.

Es ist zu respektieren, wenn Patienten oder Patientinnen sich dafür entscheiden, den Weg durch Krankheit und Leid, durch das Ertragen von Schmerzen und belastenden Behandlungen als Prozess des inneren Wachstums anzunehmen. Manche Christen machen durch ihr Leiden die Erfahrung einer tiefen Solidarität mit Christus, der uns durch sein Leiden erlöst.

Das Leben ist uns nicht frei verfügbar. Genauso wenig haben wir ein Recht, über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu befinden. Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. Jeder Mensch ist ungleich mehr und anders, als er von sich selbst weiß. Kein Mensch lebt nur für sich und kann genau wissen, was er für andere bedeutet. Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt. Im Glauben an den Gott des Lebens wissen wir, dass jeder Mensch mit seinem Leben — wie immer es beschaffen ist — unentbehrlich ist. Ohne solche Anerkennung der Würde und des Lebensrechtes jedes Menschen wäre kein Zusammenleben der Menschen möglich. Es gäbe kein Recht und keine Liebe. Würde z.B. ein Arzt oder eine Ärztin, die stets Anwalt des Lebens zu sein haben, einer Bitte von Angehörigen folgen und einen qualvoll leidenden Patienten töten, so würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient grundlegend zerstört. Darum muss eindeutig und klar gesagt werden: Das Töten eines Menschen kann niemals eine Tat der Liebe oder des Mitleids sein, denn es vernichtet die Basis der Liebe und des Vertrauens. Weil wir nicht selbst frei über unser Leben und schon gar nicht über das Leben anderer verfügen, lehnen wir jede aktive Beendigung des Lebens ab.

„Aktive Sterbehilfe“ und „passive Sterbehilfe“ müssen deutlich voneinander unterschieden werden. „Aktive“ Sterbehilfe meint die gezielte Tötung eines Menschen, z.B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (z.B. Tablette, Spritze, Infusion). Sie ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt, und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgt. „Aktive

Sterbehilfe“ ist mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar. Demgegenüber zielt „passive“ Sterbehilfe auf ein menschenwürdiges Sterbenlassen ab durch den Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung bei einem unheilbar kranken Menschen, der sich im Sterben befindet. „Passive Sterbehilfe“ setzt das Einverständnis des sterbenden Menschen voraus und ist rechtlich und ethisch zulässig.

Die Christliche Patientenverfügung möchte einen Weg zwischen unzumutbarer Lebensverlängerung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung aufzeigen. Sie soll als Entscheidungshilfe dienen — sowohl für Ihre eigene Urteilsbildung als auch für alle, die möglicherweise einmal an Ihrer Stelle entscheiden müssen. Zusätzlich können Sie mit der Vorsorgevollmacht eine Vertrauensperson benennen, die in Ihrem Sinne tätig werden soll.

Ihre Kirchen bieten Ihnen, Ihren Angehörigen und allen, die im Gesundheitswesen tätig sind, seelsorgerliche Begleitung an. Das gilt in besonderer Weise für schwierige Entscheidungen am Lebensende. Es soll nichts unversucht bleiben, um Menschen ein Leben in Frieden, Würde und Selbstbestimmung bis zum Tode zu ermöglichen.

Aus Gottes Hand empfang ich mein Leben, unter Gottes Hand gestalte ich mein Leben, in Gottes Hand gebe ich es zurück (AUGUSTINUS).

Erläuterungen

Was ist eine Patientenverfügung?

Eine „Patientenverfügung“ ist eine vorsorgliche schriftliche Erklärung, durch die ein einwilligungsfähiger Mensch zum Ausdruck bringt, dass er in bestimmten Krankheitssituationen keine Behandlung mehr wünscht, wenn diese letztlich nur dazu dient, sein ohnehin bald zu Ende gehendes Leben künstlich zu verlängern.

Im angloamerikanischen Sprachraum ist hierfür der Begriff „living will“ geprägt worden. Im deutschen Sprachraum setzt sich langsam die Bezeichnung „Patientenverfügung“ durch. Als irreführend hat sich der Begriff „Patiententestament“ erwiesen, der manchmal noch anzutreffen ist. Ein Testament enthält seiner Definition nach nur Bestimmungen für den Zeitpunkt nach Todeseintritt, nicht jedoch für die letzte Phase des Lebens. Außerdem hat ein Testament eine andere rechtliche Qualität.

Wann wird die Patientenverfügung angewendet?

Ihre Patientenverfügung wird berücksichtigt, wenn folgende drei Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Sie sind nicht mehr einwilligungsfähig,
- b) Ihre lebensbedrohende Erkrankung wird in absehbarer Zeit zum Tode führen und
- c) es stellt sich die Frage, ob auf eine mögliche Behandlung verzichtet oder eine begonnene Behandlung beendet werden soll.

In einer solchen Situation sollte — wenn möglich — keine Unklarheit darüber bestehen, welche Wünsche und Werte Sie respektiert wissen wollen. Für den Arzt oder die Ärztin ist die Patientenverfügung ein wichtiges Indiz für Ihren mutmaßlichen Willen, den außer acht zu lassen rechtswidrig sein kann. Die Verantwortung für die medizinischen Maßnahmen trägt freilich der Arzt oder die Ärztin.

Wann und wie lange gilt die Patientenverfügung?

Die Ablehnung einer ärztlichen Behandlung können Sie grundsätzlich immer auch mündlich äußern. Für den Fall, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, empfiehlt sich jedoch die schriftliche Niederlegung Ihres Willens. Anders als beim handschriftlich abgefassten Testament kann die Patientenverfügung auch als Formular ausgefüllt werden. Wichtig sind das Datum sowie die handschriftliche Unterzeichnung mit Vor- und Familienname. Wir empfehlen, Ihre Verfügung etwa alle ein bis zwei Jahre durch eine weitere Unterschrift zu bestätigen, damit nicht Zweifel daran aufkommen, ob Sie noch derselben Meinung sind.

Der in der Patientenverfügung bekundete Wille kann von Ihnen jederzeit, auch formlos wieder rückgängig gemacht werden. Der Widerruf muss nicht schriftlich oder sprachlich ausgedrückt werden. Es kann auch genügen, sich mit Zeichen verständlich zu machen, oder die Patientenverfügung zu zerreißen.

Wie verbindlich ist die Patientenverfügung?

Die rechtsverbindliche Wirkung einer Patientenverfügung wird vielfach mit der Begründung in Frage gestellt, der Patient oder die Patientin könne zum Zeitpunkt der Abfassung keine sichere Prognose über die eigenen Behandlungswünsche im Verlauf einer tödlichen Erkrankung stellen. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, die Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen etwa alle ein bis zwei Jahre erneut zu unterschreiben.

Im September 1998 hat die Bundesärztekammer „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ verabschiedet. Darin hat sie sich ausdrücklich für eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten ausgesprochen und betont, dass Patientenverfügungen eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes oder der Ärztin sind. Ausdrücklich legen die Grundsätze fest, dass Patientenverfügungen „verbindlich“ sind, „sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde“. Durch Inkrafttreten dieser Grundsätze hat die Patientenverfügung an rechtlicher Bedeutung gewonnen.

Was wird geregelt?

Mit einer Patientenverfügung können grundsätzlich sowohl Maßnahmen der sog. „passiven“ als auch der sog. „indirekten Sterbehilfe“ (s. nächsten Abschnitt) gefordert werden. Sie können also verlangen, dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden sollen oder schmerzlindernde Medikamente verabreicht werden, selbst wenn diese sich möglicherweise lebensverkürzend auswirken könnten.

Der inhaltlichen Gestaltung der Patientenverfügung sind allerdings aus christlicher Verantwortung und durch die Rechtsordnung Grenzen gesetzt. So können Sie z.B. nicht wirksam verfügen, dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin Sie für den Fall einer unheilbaren Erkrankung und großer Schmerzen tötet (sog. „aktive Sterbehilfe“).

Wenn Sie sich aufgrund einer bestehenden Erkrankung mit den absehbaren Folgen des weiteren Krankheitsverlaufs auseinandersetzen, empfehlen wir Ihnen ein gesondertes ausführliches Gespräch mit einer Person Ihres Vertrauens und auch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Es besteht die Möglichkeit, die Patientenverfügung durch eine auf die zu erwartende Situation bezogene Bekundung Ihres Willens zu ergänzen. Diese Ergänzung sollte mit Ort, Datum und Unterschrift versehen sein.

Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe

Es hat sich durchgesetzt, unter dem Begriff „Sterbehilfe“ die Erleichterung des Sterbens eines unheilbar schwerkranken Menschen zu verstehen. Wenn es dabei um mitmenschliche oder seelsorgerliche Hilfe im oder beim Sterben geht, sollte der Begriff „Sterbebegleitung“ verwendet werden.

Mit der Forderung eines „menschenwürdigen Sterbens“ verbindet sich jedoch oft auch die Forderung, selbst über die Dauer der eigenen Lebenszeit und den Zeitpunkt des eigenen Todes bestimmen zu können. „Sterbehilfe“ wird so nicht mehr als Hilfe im oder beim Sterben, sondern als Hilfe zum Sterben (im Sinne der sog. „aktiven Sterbehilfe“) verstanden.

Da der Begriff „Sterbehilfe“ in seiner Vieldeutigkeit immer wieder Anlass zu solchen Missverständnissen gibt, müssen die verschiedenen Formen der Sterbehilfe unterschieden werden:

„Passive Sterbehilfe“ zielt auf ein menschenwürdiges Sterbenlassen ab durch den Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung bei einem unheilbar kranken Menschen, der sich im Sterben befindet. Sie setzt sein Einverständnis voraus und ist rechtlich und ethisch zulässig.

„Indirekte Sterbehilfe“ wird geleistet, wenn tödlich Kranken ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können. Solche indirekte Sterbehilfe wird in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht — Leben erhalten und Schmerzen lindern - für rechtlich und ethisch zulässig gehalten.

„Aktive (oder direkte) Sterbehilfe“ meint die gezielte Tötung eines Menschen, z.B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (z.B. Tablette, Spritze, Infusion). Sie ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgt. Sie ist mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar.

Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Zum Patientenrecht (z.B. freie Arztwahl, Aufklärung, angemessene medizinische Behandlung) gehört auch das Recht auf Selbstbestimmung: Für die Durchführung oder Unterlassung einer Behandlung ist entscheidend, dass der einwilligungsfähige Mensch nach einer angemessenen Aufklärung seinen ausdrücklichen Willen dazu geäußert hat, selbst wenn der Arzt oder

die Ärztin andere Diagnose- und Therapiemaßnahmen empfiehlt. Neben der Möglichkeit, jederzeit einen Behandlungsbeginn oder -abbruch zu bestimmen, umfasst das Selbstbestimmungsrecht des Patienten oder der Patientin auch die Möglichkeit, Verfügungen über zukünftige Situationen zu treffen. Dies gilt insbesondere für Lebenslagen, in denen Patienten ihre Rechte nicht mehr selbst ausüben, d.h. ihre Einwilligung nicht geben können, weil sie einwilligungsunfähig, z.B. zu schwach, verwirrt oder bewusstlos sind. Dann ist der mutmaßliche Wille des Patienten oder der Patientin ein wichtiger Orientierungspunkt für die Entscheidungen der Ärzte und Ärztinnen, der Pflegenden, Angehörigen oder Betreuenden. Bei der Ermittlung dieses mutmaßlichen Willens spielt die Patientenverfügung eine wichtige Rolle.

Zum Verhältnis von Arzt und Patient

Ein Arzt oder eine Ärztin ist grundsätzlich verpflichtet, einem kranken oder leidenden Menschen Hilfe zu leisten. Jede ärztliche Behandlungsmaßnahme muss sich an dem Kriterium der Hilfe für den kranken Menschen orientieren. Dies gilt auch für den Fall einer tödlichen Erkrankung. Nicht immer ist Fortführung oder Intensivierung einer bestimmten Therapieform eine Hilfe für den Patienten oder die Patientin. In manchen Situationen kann Therapiebegrenzung mehr dem Gebot der ärztlichen Hilfe entsprechen und im Sinne des kranken Menschen sein.

Dabei ist zu beachten, dass der Wille des Patienten die Grundlage jeder Behandlung ist. Der Arzt ist somit verpflichtet, den Willen bzw. den mutmaßlichen Willen des Patienten für die gegebene Situation herauszufinden. Liegt eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit des Patienten vor oder ist diese Fähigkeit z.B. im Rahmen einer Bewusstlosigkeit gar nicht mehr gegeben, können frühere Gespräche, Hinweise der Angehörigen oder aber eine Patientenverfügung dazu beitragen, dass der Arzt den Willen des Patienten berücksichtigen kann. Niemand darf gegen seinen Willen zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gezwungen werden, und seien sie noch so aussichtsreich.

Es ist für eine sorgsame und angemessene medizinische Betreuung wichtig, ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufzubauen. Angesichts schwerer Erkrankungen sollte dabei immer auch offen darüber gesprochen werden, welche Wünsche und Vorstellungen der kranke Mensch hat. Ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient schafft nicht nur Sicherheit für den Patienten, sondern besonders auch für den Arzt in seiner Verpflichtung zur Hilfe.

Behandlung und Pflege

Für den Fall, dass die Einschränkung therapeutischer Maßnahmen beschlossen wird, kommt der Behandlung und Pflege des kranken Menschen eine besondere Bedeutung zu. Therapiebegrenzung kann keinesfalls allein, sondern nur als ein Teil der jeweils erforderlichen Hilfe für den Patienten oder die Patientin angesehen werden. Die Therapiebegrenzung selbst ist ein Bestandteil einer umfassenden ärztlichen und pflegerischen Sterbebegleitung. Diese beinhaltet sowohl die im Vordergrund stehende menschliche Zuwendung zum kranken Menschen, die Linderung von Schmerzen und Beschwerden als auch die Durchführung spezifischer Behandlungsmaßnahmen, damit die Grundbedürfnisse der menschlichen Existenz geschützt bleiben. In diesem Zusammenhang ist es selbstverständlich, dass die Betreuung eine menschenwürdige Unterbringung, eine umfassende Körperpflege sowie das Stillen von Hunger und Durst umfasst.

Ausfall lebenswichtiger Funktionen

In der vorliegenden Patientenverfügung werden zwei Situationen angegeben, bei deren Eintritt auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden soll:

- im unmittelbaren Sterbeprozess oder
- bei nicht behebbarem Ausfall lebenswichtiger Funktionen des Körpers.

Zu den lebenswichtigen Funktionen des Körpers gehören das Zentralnervensystem, die Atmung, die Herztätigkeit und der Kreislauf oder die Funktion der inneren Organe, wie z.B. Leber und Niere. Für einige dieser Funktionen ist heute ein zeitlich begrenzter Ersatz möglich. Es muss jede Situation individuell beurteilt werden, um festzustellen, wann dem Ausfall der lebenswichtigen Funktionen des Körpers nicht mehr sinnvoll begegnet werden kann. Folgende Situationen, bei denen eine Therapiebegrenzung in Betracht kommt, lassen sich unterscheiden:

a) Patienten oder Patientinnen im Sterbeprozess; z.B. beim „natürlichen Sterben“ im Alter, im Endstadium eines bösartigen Tumorleidens oder einer anderen, die Lebenskräfte verbrauchenden Erkrankung.

b) Absehbares Versagen der Intensivtherapie; z.B. bei ständig zunehmendem Ausfall mehrerer Organsysteme.

c) Schwere Komplikationen im Rahmen einer Therapie bei einer Grunderkrankung, die nach aller Erwartung tödlich endet; z.B. eine schwere Komplikation nach einer Tumoroperation, die nicht heilsam sein konnte.

d) Akute Erkrankung (Unfall) mit besonders ungünstiger Prognose; z.B. schwere Verbrennungsgrade, schwere Mehrfachverletzung, Blutungen im Gehirn.

e) Erhebliche Belastungen bei Fortsetzung einer vermutlich erfolglosen Behandlung; z.B. wiederholte, bisher erfolglose Organtransplantation.

f) Patienten und Patientinnen im anhaltenden Koma nach Herz-Kreislauf-Stillstand.

Seelsorgerlicher Beistand

In Deutschland gewährleistet das Grundgesetz den Patienten und Patientinnen in öffentlichen Krankenhäusern das Recht auf seelsorgerliche Betreuung. Der Wunsch nach seelsorgerlichem Beistand meint, dass der kranke Mensch den Besuch eines Seelsorgers oder einer Seelsorgerin — möglichst der eigenen Konfession — erbittet. Dieser Beistand soll Gespräch, Gebet, Zuspruch und das Angebot der Nähe Gottes in den Sakramenten ermöglichen.

Weitere Formen der Willensäußerung

Das deutsche Recht kennt neben der Patientenverfügung noch weitere Formen der Willensäußerung. Für den Krankheitsfall sind insbesondere wichtig:

Vorsorgevollmacht

Sie finden in der vorliegenden Handreichung auch eine Vorsorgevollmacht abgedruckt, die Sie unabhängig von der Patientenverfügung ausstellen können.

Eine Vorsorgevollmacht bietet die Möglichkeit, eine Person Ihres besonderen Vertrauens zu benennen, die die Aufgaben eines oder einer Bevollmächtigten übernehmen kann, falls das nötig wird. Die Patientenverfügung ist aber unabhängig davon gültig. Um wirksam zu sein, muss die Vorsorgevollmacht gesondert unterschrieben werden. Eine bevollmächtigte Person hat die Aufgabe, Ihre Interessen für den in der Vorsorgevollmacht bezeichneten Fall zu vertreten. Sie sollten deshalb mit ihr über Ihre Vorstellungen reden, die Sie in der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht zum Ausdruck bringen wollen. Die Vertrauensperson sollte auch das Zweitexemplar der Patientenverfügung erhalten.

Bei der Auswahl Ihrer Vertrauensperson kommen selbstverständlich Angehörige (Ehepartner, Kinder, Geschwister) in Betracht. Aber auch langjährige oder enge Freunde und Freundinnen oder vertraute Bekannte können Sie bevollmächtigen. Sicherlich wird bei der Auswahl eine Rolle spielen, mit wem Sie Ihre Vorstellungen am besten besprechen können und wer voraussichtlich auch emotional mit der eventuell später eintretenden Situation umgehen kann.

Betreuungsverfügung

Von einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht unterschieden ist eine sog. Betreuungsverfügung, die dieser Handreichung nicht beigelegt ist. Durch eine Betreuungsverfügung können Sie eine bestimmte Vertrauensperson benennen, die für den Fall, dass Sie unfähig sind, sich mitzuteilen, ermächtigt werden soll, über bestimmte persönliche Angelegenheiten (finanzielle Fragen, Aufenthaltsbestimmung u.a.) Entscheidungen zu treffen. Falls Sie dieses tun möchten, empfiehlt es sich, eine solche Vollmacht schriftlich oder vor einem Notar zu erteilen. Damit nutzen Sie die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, wer vom Vormundschaftsgericht bestellt wird, um Ihre Angelegenheiten als rechtlicher Betreuer oder rechtliche Betreuerin zu regeln. Dieses wird man also nicht schon dadurch, dass Sie ihn oder sie dazu bestimmen, sondern erst mit der Bestellung durch das Vormundschaftsgericht.

Eine Patientenverfügung entfaltet nur insoweit betreuungsrechtliche Wirkungen, als sie für den vom Vormundschaftsgericht bestellten rechtlichen Betreuer bzw. die rechtliche Betreuerin die Möglichkeit bietet, den mutmaßlichen Willen der betreuten Person zu ermitteln und danach zu handeln.

Verfügung über Organspende

Seit dem 1. Dezember 1997 gilt in der Bundesrepublik Deutschland ein Transplantationsgesetz, das die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen bei Menschen regelt. Wenn Sie sich für eine Organspende nach Ihrem Tode entscheiden möchten, empfehlen wir Ihnen, einen gesonderten Organspenderausweis auszufüllen und bei Ihren Ausweispapieren mit sich zu tragen. Sie erhalten einen Ausweis und Informationen bei den Sozialministerien der Bun-

desländer, dem Arbeitskreis Organspende (Postfach 1562, 63235 Neu-Isenburg), in Apotheken, Stadt- und Gemeindeverwaltungen und Arztpraxen.

Bitte beachten Sie!

Im Falle von Krankheit und Alter können Sie über die hier genannten Formen der Willensäußerung hinaus noch anderes regeln. Dies geschieht durch Vollmachten für private, geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten und durch die Erstellung des Testamentes. Bitte machen Sie sich an anderer Stelle kundig.

Fragen über Fragen

Fragen über Fragen – was das Sterben betrifft. Wir müssen ihnen nicht ausweichen, sondern können ehrliche Antworten suchen und zu praktischen Schritten finden.

- Wodurch ist mir die Frage nach den Grenzen meines Lebens gerade jetzt wichtig geworden?
- Welche Erfahrungen habe ich bisher mit Verlust, Schmerz, Abhängigkeit oder auch Einsamkeit gemacht?
- Was empfinde ich als hilfreich, wenn ich mich schwerer Krankheit, Leiden oder Hilflosigkeit bei mir oder bei anderen ausgesetzt sehe?
- Was hat das mit meinem Glauben zu tun?
- Wen hätte ich gern in meiner Nähe, wenn es mit meinem Leben zu Ende geht?
- Wie zeige ich dann, was mir wichtig ist und was ich erwarte?
- Wie wichtig ist mir die Frage, was nach meinem Tod kommt?
- Wovon fiele mir der Abschied besonders schwer?
- Worauf würde ich mich freuen?
- Welche Vorkehrungen für den Todesfall habe ich getroffen?
- Mit wem würde ich gern über solche Fragen sprechen?

Seelsorger und Seelsorgerinnen der christlichen Kirchen stehen Ihnen bei der Auseinandersetzung mit diesen Fragen gern zur Seite.

Anstöße zum Nachdenken

- Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Ob wir leben oder ob wir sterben, wir gehören dem Herrn (Römer 14,8 Einheitsübersetzung).
- Jeder, der geht, belehrt uns ein wenig über uns selbst. Kostbarster Unterricht an den Sterbebetten (HILDE DOMIN).
- Wenn ich einmal soll scheiden, so scheid nicht von mir, wenn ich den Tod soll leiden, so tritt du dann herfür; wenn mir am allerbängsten wird um das Herze sein, so rei mich aus den Ängsten kraft deiner Angst und Pein (PAUL GERHARDT).
- Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden (Psalm 90,12 Lutherübersetzung).
- Wenn die Vollendung kommt, werden wir überrascht sein, wie ganz anders alles sein wird, als wir es uns vorgestellt haben (KARL RAHNER).
- Und ob ich schon wanderte im finstern Tal, fürchte ich kein Unglück; denn du bist bei mir, dein Stecken und Stab trösten mich (Psalm 23,4 Lutherübersetzung).
- Geburt - das Kommen aus der Liebe. Tod - das Zurückgehen in die Liebe. Der Zwischenraum - unser Leben ein Geschenk, um diese Liebe in unseren Seelen zu entfalten (URSA PAUL).
- Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal. Denn was früher war, ist vergangen (Offenbarung 21,4 Einheitsübersetzung).

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, verfüge ich:

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.

Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde

und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahestehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.

Ich bitte um seelsorgerlichen Beistand.

Maßnahmen aktiver Sterbehilfe lehne ich ab.

Ich unterschreibe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille erkennbar zum Ausdruck kommt.

Name:

geb. am:

Anschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Diese Patientenverfügung wird von mir erneut bestätigt:

Ort, Datum: Unterschrift:

Ort, Datum: Unterschrift:

Ort, Datum: Unterschrift:

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

Frau/Herrn:

geb. am:

Anschrift:

und erteile ihr hiermit Vollmacht, an meiner Stelle mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen.

Die Vertrauensperson soll meinen Willen einbringen und in meinem Namen Einwendungen vortragen, die die Ärztin oder der Arzt berücksichtigen soll. Sie darf auch die Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen.

Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen und deren nicht-ärztliche Mitarbeitende gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Diese Vorsorgevollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerruflich.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Leben bis zuletzt: Sterben als Teil meines Lebens

In Würde bis zuletzt leben zu können, Gemeinschaft mit lieben Menschen zu haben, gut versorgt zu werden und seelsorgerlichen Beistand zu haben, das wünschen sich viele Menschen für den letzten Lebensabschnitt.

Mit den Möglichkeiten der modernen Medizin kann der herannahende Tod eines Menschen aufgeschoben werden. Doch kommen ärztliche Maßnahmen irgendwann an eine Grenze. Aus dem Bemühen um Lebensverlängerung kann Leidensverlängerung werden.

Auch Sterbende haben das Recht auf Information und auf eigene Entscheidung. Wo das in der entsprechenden Situation nicht mehr möglich ist, will die Christliche Patientenverfügung eine Wegweisung sein.

Sie will Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden helfen, mit ihren Entscheidungen dem Glauben, der Freiheit und der Würde des sterbenden Menschen gerecht zu werden und ihm bis zum Tod mit Achtung zu begegnen und ihn zu begleiten.

Nach christlichem Verständnis bestimmt nicht der Mensch den Zeitpunkt des Sterbens, sondern Gott. Wenn wir über unser Sterben nachdenken, kann uns das helfen, uns zu Gott hin zu öffnen, der unser Leben und Sterben in seinen Händen hält.

Was ist zu tun?

1. Bitte lesen Sie vor dem Ausfüllen die Handreichung zur Christlichen Patientenverfügung, in der Sie wichtige Informationen finden.
2. Versehen Sie die Patientenverfügung mit Ihrem eigenen Namen, Ihrer Anschrift, Ihrem Geburtsdatum sowie mit Ort, Datum und Unterschrift.
3. Für den Fall, dass Sie auch eine Vorsorgevollmacht ausstellen möchten, suchen Sie rechtzeitig und in guten Tagen einen Menschen, zu dem Sie Vertrauen haben, und besprechen Sie sich mit ihm. Versehen Sie die Vorsorgevollmacht mit Name, Geburtsdatum und Anschrift Ihrer Vertrauensperson sowie mit Ort, Datum und Ihrer eigenen Unterschrift.

4. Trennen Sie die herausnehmbare Faltkarte aus dem Formular, füllen Sie sie aus und nehmen Sie diese zu Ihren Ausweispapieren.

5. Für den Fall, dass Sie eine Vertrauensperson benannt haben, füllen Sie das Zweitexemplar für die Vertrauensperson aus und geben Sie es ihr zur Aufbewahrung.

6. Legen Sie das Formular der Christlichen Patientenverfügung zu Ihren persönlichen Unterlagen. Wir empfehlen, die Patientenverfügung etwa alle ein bis zwei Jahre durch Ihre Unterschrift erneut zu bestätigen.

7. Tritt die in der Patientenverfügung beschriebene Situation ein, gibt die Faltkarte einen Hinweis auf Ihre Patientenverfügung und gegebenenfalls auf Ihre Vertrauensperson. Vertrauensperson und behandelnder Arzt oder behandelnde Ärztin setzen sich miteinander in Verbindung und beraten — in Ihrem Sinne — über die zu veranlassenden Maßnahmen.

3. Literaturliste

AGICH, GEORGE J.: Consent in children and at the end of life. In: Current opinion in Psychiatry 7 (1994), 426-429.

AGICH, GEORGE J.: Can the patient make treatment decisions? Evaluating decisional capacity. In: Cleveland Clinic Journal of Medicine 64 (1997), 461-464.

AGICH, GEORGE J. UND ARROLIGA, ALEJANDRO C.: Appropriate use of DNR orders: A practical approach. In: Cleveland Clinic Journal of Medicine 67 (2000), 392-400.

AICHMÜLLER-LIETZMANN, G., CLEMM. CH. UND BINSACK, TH.: Alltagspraxis einer Palliativstation. Ganzheitlichkeit und Interdisziplinarität. In: Münch. med. Wschr. 141 (1999), 42-46.

AKADEMIE FÜR ETHIK IN DER MEDIZIN U.A. (HG.): Einbecker Empfehlungen. Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen. Revidierte Fassung. In: Ethik Med 4 (1992), 105-108.

ALEXANDER, LEO: Medical science under dictatorship. N Engl J Med 241 (1949), 39-47.

AMLING, TORSTEN: Interview mit Philip Stoepker, in: „Kirchenzeitung“, Nr. 4, 24.1.1999, 7.

ARNOLD, SILKE: Sterben in Selbstverantwortung und mit Würde. Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben. In: Die Schwester/Der Pfleger 32 (1993), 231-235.

AULBERT, EBERHARD, KLASCHIK, EBERHARD UND PICHLMAIER, HEINZ (HGG.): Palliativmedizin – Die Alternative zur Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland. Stuttgart und New York 1998 (Beiträge zur Palliativmedizin, Bd.2).

BACKBIER, JOHN UND MOURITS, JOEP: Ist der Deich gebrochen? Die neue Euthanasiegesetzgebung in den Niederlanden. In: Herder-Korrespondenz 49 (1994), H.3, 125-129.

BARTH, KARL: Die Kirchliche Dogmatik. Band III/4, Zürich 1951.

BEAUCHAMPS, TOM L. UND CHILDRESS, JAMES F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford⁴1994.

BELEITES, EGGERT: Wegweiser für ärztliches Handeln. In: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), Heft 39, 29.9.1998, B-1851 und A 2365f.

BENZENHÖFER, UDO: Verurteilt: Jack Kevorkian alias „Dr. Death“. In: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 25, 25.6.1999, B-1357f.

BEUTEL, HELMUTH UND TAUSCH-FLAMMER, DORA (HGG.): Sterben – eine Zeit des Lebens. Hospiz-Handbuch. Stuttgart⁴1996.

BINDING, KARL UND HOCHÉ, ALFRED: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. 1920.

BIRNBACHER, DIETER: Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland – eine vergleichende Bewertung. In: Forum Deutsche Krebsgesellschaft 13 (1998), 294-296.

BLAESER-KIEL, GABRIELE: Opioidphobie verhindert adäquate Analgesie. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), B-21.

BOBBERT, MONIKA UND WERNER, MICHA H.: „Keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte“? Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. In: EthikMed 9 (1997), 209-219.

BONHOEFFER, DIETRICH: Ethik. München 1975.

BORCHERDT, H.H. UND MERZ, GEORG (HGG.): MARTIN LUTHER – Ausgewählte Werke, Bd. 1: Aus der Frühzeit der Reformation. München 1963, 356-369.

BORMUTH, MATTHIAS UND MATTHIES, SWANTJE: Ethische Konflikte in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Ärzteblatt Baden-Württemberg Heft 3 (2000), 93-99.

BROCKMANN, HILKE: Wer will schon im Krankenhaus sterben? Die Sterbekostendebatte anders gesehen. In: **M. ARNOLD UND D. PAFFRATH (HGG.):** Krankenhaus-Report '98. Stuttgart, Jena, Lübeck und Ulm 1998, 195-209.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Charta der Patientenrechte (Entwurf) vom 30.9.1999. In: www.bundesaerztekammer.de.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Richtlinien für die Sterbehilfe. In: Deutsches Ärzteblatt 76 (1979) 957-961.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), A2404-2406.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. In: Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), A- 1342-1344.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), A-2365-2367.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. In: Deutsches Ärzteblatt 96, 29.10.1999, B-2195f.

DER BUNDESMINISTER FÜR GESUNDHEIT (HG.): Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998. Bd. 109 der Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden 1998.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (HG.): Palliativeinheiten im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker. Bd. 95 der Schriftenreihe des BMG. Baden Baden 1997.

CSEF, HERBERT UND HEINDL, BERNHARD: Einstellungen zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten. Eine repräsentative Befragung im ärztlichen Kreisverband Würzburg. In: Dtsch. Med. Wschr. 123 (1998), 1501-1506.

DAHL, GÜNTHER: Darf ich sterben, wann ich will? In: DIE ZEIT, Nr., 50, 4.12.1992, 89.

DANIS, MARION: The promise of proactive ethics consultation. In: Crit Care Med 26 (1998), 203f.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE: Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie vom 14. September 1996. Berlin 1996.

DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE E.V. (DBfK): „Die Würde von Menschen im Wachkoma und von Menschen mit vergleichbaren Hirnschädigungen“ (DBfK-Standpunkt), Eschborn 1996.

DEUTSCHER EVANGELISCHER VERBAND FÜR ALTENARBEIT E.V.: Stellungnahme zu den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.9.1998, Stuttgart 1999.

DIEMER, WOLF: Der Mensch und sein Sterben: Palliativmedizin und Hospizbewegung. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Der Mensch und sein Tod“ an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im WS 1999/2000, Masch. Man. Greifswald 2000.

DIEMER, WOLF, THEURER, THOMAS, WENDLANDT, HEIKE UND WENDT, MICHAEL: Impediments of Pain Therapy – Lessons from the Cancer Pain Initiative Mecklenburg-Vorpommern. Abstracts of the 9th World Congress on Pain, 1999, Vienna, Austria. LASP-Press, Seattle 1999, 231.

EIBACH, ULRICH: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht. Neukirchen-Vluyn 2000.

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

EID, VOLKER (HG.): Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten? Mainz ²1985.

EIDELMAN, L.A. U.A.: Forgoing life-sustaining treatment in an Israeli ICU. In: Intensive Care Med 24 (1998), 162-166.

EINBECKER EMPFEHLUNG. Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen. Revidierte Fassung. In: EthikMed 4 (1992), 103-104.

EINBECKER EMPFEHLUNG. In: MedR 4 (1986), 281f.

EMMRICH, MICHAEL: Patientenverfügungen. Interview mit der Medizinethikerin **STELLA REITER-THEIL**. In: *Mabuse* 119 (Mai/Juni 1999), 50-53.

ESER, ALBIN: Freiraum für aktive Sterbehilfe durch den Arzt? In: *Süddeutsche Zeitung*, 5./6.5.1984.

EVANGELISCHE KIRCHE IN DEUTSCHLAND (EKD) UND DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (DBK): Christliche Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland. Bonn und Hannover 1999.

FASSETT, GERT: Sterbebeistand/Sterbebegleitung. In: **W. KORFF (HG.)**, *Lexikon der Bioethik*, Bd. 3, Gütersloh 1998, 440-444.

FISCHER, JOHANNES: Fremdnützige Forschung und Sterbehilfe bei nichteinwilligungsfähigen Personen. In: *ZEE* 43 (1999), 98-122.

FISCHER, JOHANNES: Aktive und passive Sterbehilfe. In: *ZEE* 40 (1996), 110-127.

FINZEN, ASMUS: Die Anmaßung einer neuen Euthanasie. In: *FAZ*, Nr. 61, 13.3.2000, 52.

FLINTROP, JENS: Transparenz schaffen, Ärzte absichern. In: *Deutsches Ärzteblatt (Ausgabe B)* 97, Heft 3, 21.1.2000, 83f.

Interview mit **HEINZ FRAHM:** Patiententestament – nein danke! In: *Münch.med.Wschr.* 140 (1998), 44f.

FREY, REIMUND: Eine Stätte der Begegnung. Kinderhospiz. In: *Deutsches Ärzteblatt* 96 (1999), B-26.

FUCHS, THOMAS: Was heißt „töten“? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie. In: *EthikMed* 9 (1997), 78-90.

GAFGA, HEDWIG: Das letzte Stück Leben. In: *DS* Nr. 47, 19.11.1999, 20f.

GALLMEIER, WALTER: Selbstbestimmung der Kranken und die Grenzen der Therapie: Spielt die schriftliche Patientenverfügung eine Rolle in der Onkologie? In: *Forum DKG* 13 (1998), 276-278.

GALLMEIER, WALTER und **KAPPAUF, HERBERT:** Wissen, Macht und Ohnmacht... an der Jahrtausendwende. Medizinischer Fortschritt und seine Grenzen. In: *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 290, 15.12.1999, M20.

GANZINI, LINDA U.A.: Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act. In: *The New England Journal of Medicine* 342, Heft 8, 24.2.2000, 557-563.

GIBBS, NANCY: Lieben und sterben lassen. Zehntausend Patienten warten auf das Urteil im Fall Nancy Cruzan. In: DIE ZEIT, Nr. 17, 20.4.1990, 13-16.

GODZIK, PETER: Die Hospizbewegung in der Bundesrepublik Deutschland. Hannover ⁴1996. (Texte aus der VELKD 47/1992).

GÖBEL, H. U.A. : Notstand für Schmerzpatienten. In: Münch. Med. Wschr. 140 (1998), 18-23.

GORDIJN, BERT: Euthanasie: strafbar und doch zugestanden? Die niederländische Duldungspolitik in Sachen Euthanasie. In: EthikMed 10 (1998), 12-25.

GRAUPNER, HEIDRUN: In Würde sterben. In: Süddeutsche Zeitung; Nr. 166, 22.7.1998, 4.

GROENEWOUD, JOHANNA H. U.A.: Clinical Problems With the Performance Of Euthanasia And Physician Assisted Suicide In The Netherlands. In; The New England Journal Of Medicine 342, Heft 8, 24.2.2000, 551-556.

HAAF, GÜNTER: Keine Angst vor Opium. In: DIE ZEIT, Nr. 15, 2.4.1998, 49.

HAASNOOT, KRIJN J.P: Ehrfurcht vor dem Leben. Interview mit der Zeitschrift „Zeit-Fragen“ Nr. 30, 1.9.1996, 1.

HARDMEIER, CHRISTOF: „Stark wie der Tod ist die Liebe“ Der Mensch und sein Tod in den Schriften des Alten Testaments. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Der Mensch und sein Tod“ an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im WS 1999/2000, Masch. Man. Greifswald 1999.

HAUBOLD, ERHARD: „Ich will in Würde sterben“. In: FAZ, Nr. 64, 17.3.1999, 13.

HEFTY, GEORG PAUL: Schlüsselwort Sterbehilfe. In: FAZ, Nr. 167, 22.7.1998, 12.

HEGSELMANN, R. UND MERKEL, REINHARD (HGG.): Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt 1991.

HEMPELMANN, HEINZPETER: „Wir haben den Horizont weggewischt“ (F. Nietzsche), in: ThBeitr 30 (1999), 32-49.

HERBST, MICHAEL: „Möglichst alles tun! Noch alles tun?“ Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Der Mensch und sein Tod“ an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im WS 1999/2000, Masch. Man. Greifswald 1999.

HILDEBRANDT, BERND: „Recht auf Sterben – Pflicht zum Leben“. Referat vor dem interdisziplinären Ausschuss der Theologischen Fakultät Greifswald. Masch. Man. Greifswald 1999.

HILDEBRANDT, BERND: „Was dürfen wir hoffen?“ Der Mensch und seine Zukunft. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Der Mensch und sein Tod“ an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im WS 1999/2000, Masch. Man. Greifswald 2000.

HOERSTER, NORBERT: Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt 1998.

HOFMANN, IRMGARD: Partnerschaftlicher Dialog ist gefordert. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), B-2647-2650.

HONNEFELDER, LUDGER: Lebensrecht und Menschenwürde. Zu Bedeutung und Grenzen der Behandlungspflicht bei Patienten mit komplettem apallischem Syndrom. In: EthikMed 8 (1996), 1-5.

HUFF, MARTIN W.: Frankfurter Beschluss zur Sterbebegleitung stößt auf Zustimmung. In: FAZ, Nr. 167, 22.7.1998, 10.

HUG, BERNHARD: Sterbehilfe zwischen Freundschaftsdienst und lukrativem Geschäft. In: NZZ, Nr. 12, 15./16.1.2000, 55.

HUMPHRY, D. UND WICKETT, A.: The Right To Die. Understanding Euthanasia. New York 1986.

JANSSENS, RIEN M.J.P.A. UND GORDIJN, BERT: Palliativmedizin in den Niederlanden. In: Dtsch. med. Wschr. 123 (1998), 432-435.

JEUTNER, THOMAS: Interview mit Erdmute Staak, in: Kirchenzeitung, Nr. 43, 25.10.1998.

JOECKS, WOLFGANG: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus rechtlicher Sicht. Referat vor dem interdisziplinären Ausschuss der Theologischen Fakultät Greifswald. Masch. Man. Greifswald 1999.

JOECKS, WOLFGANG: Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Angesicht des Todes. Zur Zulässigkeit invasiver ärztlicher Maßnahmen an Sterbenden. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Der Mensch und sein Tod“ an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im WS 1999/2000, Masch. Man. Greifswald 2000.

JÜNGEL, EBERHARD: Meine Zeit steht in deinen Händen. Heidelberger Universitätsreden, Bd. 13. Heidelberg 1997.

KAATSCH, HANS-JÜRGEN: Sterbehilfe in der Rechtsordnung. In: **DERS. UND H. KREB (HGG.):** Der Umgang mit Krankheit und Sterben in der heutigen Gesellschaft. Eine Ringvorlesung zu Themen medizinischer Ethik 15.4.-10.6.1997. Kiel 1997, 27-40.

KANT, IMMANUEL: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. in: **KGL. PREUBISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN (HG.)** durch **PAUL MELZER (HG.):** Kants gesammelte Schriften. Erste Abteilung (Werke), Bd. IV, Berlin 1903, 385-463.

KASSELER DOKUMENT. Grundsatzaussagen zur Bioethik von sechs Verbänden der Behindertenhilfe und Selbsthilfe vom 26.-28.3.1998. In: Aktion Sorgenkind – Das Magazin 2 (1998), 50f.

KELLER, MARTINA: Sterbe, wer will? In: DIE ZEIT, Nr. 39, 20.9.1996, 11-14.

KELLER, MARTINA: Die Last der helfenden Hand. In: DIE ZEIT, Nr. 5, 22.1.1998, 33.

KEOWN, JOHN: Courting Euthanasia? Tony Bland and the Law Lords. In: Ethics & Medicine 9 (1993), Heft 3, 34-37.

KEMPCKE, HELGA: Schicksal spielen am Krankenbett. In: DS, Nr. 18, 2.5. 1997, 1.

KESSLER, HELGA: Gesinnungsterror. In: DIE ZEIT, Nr. 3, 14.1.1999, 46.

KESSLER, HELGA: Zum Leben erwacht. Eine frühe Rehabilitation kann helfen, Patienten aus dem Koma zurückzuholen. In: DIE ZEIT, Nr. 38, 10.9.1998, 39f.

KLASCHIK, EBERHARD: Drei Jahre Palliativstation im Malteser-Krankenhaus Bonn. In: E. KLASCHIK UND F. NAUCK (HGG.): Palliativmedizin heute. Berlin 1994, 117-126.

KLINKHAMMER, GISELA: Grundsätze stoßen auf unterschiedliches Echo. In: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), 9.10.1998, B-1973.

KLINKHAMMER, GISELA: Sterbehilfe für Demente. Euthanasie in den Niederlanden. In: Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), 10.11.2000, C 2233.

KLINKHAMMER, GISELA und **KORZILIUS, HEIKE:** Ethik-Tagung entfacht Euthanasie-Diskussion. Behandlung und Versorgung von Patienten mit PVS. In: Deutsches Ärzteblatt 93 (1996), B-20+21.

KÜHNERT, HANNO: ... handelt nicht rechtswidrig. In: DIE ZEIT, Nr. 21, 15.5.1987, 73.

KÜHNERT, HANNO: Der Sterbende wird nicht gefragt. In: DIE ZEIT, Nr. 20, 11.5.1984, 69f.

KÜNG, HANS UND JENS, WALTER: Menschenwürdig sterben. München und Zürich 1995.

KUTZER, KLAUS: Das Recht auf den eigenen Tod. In: J.C. STUDENT (HG.): Das Recht auf den eigenen Tod. Düsseldorf 1993, 44-65.

LACHWITZ, KLAUS: Schwerstgeschädigte Neugeborene im Grenzbereich zwischen Lebensschutz und Behandlungsabbruch. In: BtPrax 6/98, 208-210.

LAERUM, SABINE: Der lange Weg zurück ins Leben. In: DS, Nr. 30, 24.7.1998, 18.

LAUFS, ADOLF: Zivilrichter über Leben und Tod? In: NJW, Heft 46 (1998), 3399-3401.

LEICHT, ROBERT: Der Tabubruch. In: DIE ZEIT, Nr. 50, 7.12.2000, 14.

LEICHT, ROBERT: Wenn der Tod gewollt ist. In: DIE ZEIT, Nr. 32, 30.7.1998, 3.

LOCKE, JOHN: Versuch über den menschlichen Verstand. Bd. 1. Buch I und II, Hamburg
41981. Hier: Zweites Buch, Kap. XXVII, Abschn. 9, 419f.

LUTTEROTTI, MARKUS VON: Sterben/Sterblichkeit, in: **W. KORFF (HG.)**, Lexikon der Bioethik, Bd. 3, Gütersloh 1998, 454-456.

MAAS, PAUL J. VAN DER U.A.: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. In: The Lancet 338 (1991), 669-674.

MAAS, PAUL J. VAN DER WAL, GERRIT VAN DER U.A.: Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. In: The New England Journal of Medicine 335 (1996), 1699-1705.

MAISCH, HERBERT: Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. München 1997.

MATUSSEK, NORBERT: Den Becher gelassen leeren. Der selbstbestimmte Tod – Ein Plädoyer für ärztliche Sterbehilfe und Konfliktberatungsstellen für Todkranke. In: Süddeutsche Zeitung, Nr. 71, 25./26.3.2000, VI.

MERKEL, REINHARD: Der Streit um Leben und Tod. In: DIE ZEIT Nr. 26, 23.6.1989, 13-16.

MERKEL, REINHARD: „... gib jedem seinen eignen Tod.“ Vor dem Problem der Sterbehilfe versagt das deutsche Strafrecht. In: DIE ZEIT, Nr. 17, 20.4.1990, 14.

NAGER, FRANK: Der Arzt angesichts von Sterben und Tod. In: Ethik Med 10 (1998), 14-25.

NIETZSCHE, FRIEDRICH: Die fröhliche Wissenschaft (1882), Aphorismus 125. In: **G. COLLI UND M. MONTINARI (HGG.)**: Friedrich Nietzsche, Sämtliche Werke (KSA), Bd. 3. Berlin, New York und München 1980, 480f.

NOGRADI-HÄCKER, A.: Die Personwerdung des Menschen. Zur Ethik P. Singers (Studien zur interdisziplinären Thanatologie, Bd.2), Münster 1994.

OPDERBECKE, H.W. UND WEISSAUER, WALTHER: Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin 40 (1999), 94-96.

PICHLMAIER, HEINZ: Palliativmedizin. In: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), B-1603f.

PICHLMAIER, HEINZ: Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), B-416f.

PIPER, HANS-CHRISTOPH: Im Trösten kann ich kein Profi werden. Vom Umgang mit dem Tod. In: Krankenpflege-Journal 32 (1994), 146f.

PRANTL, HERIBERT: Eine Analogie, die zum Tode führt. Wie ein Oberlandesgericht dazu kam, dass Richter die aktive Sterbehilfe genehmigen dürfen. In: SZ, Nr. 168, 24.7.1998.

QUANTE, MICHAEL: Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen? In: EthikMed 10 (1998), 206-226.

RACHELS, JAMES: The End of Life, London 1986.

RADEMACHER, HORST: Ein Fanatiker für die Sterbehilfe. In: FAZ, Nr. 278, 30.11.1998.

RANDOW, THOMAS VON: Werben mit Sterben? Hackethal und das Recht auf den eigenen Tod. In: DIE ZEIT, Nr. 19, 4.5.1984, 1.

REITER-THEIL, STELLA: Ethische Aspekte der Patientenverfügung – Chance zur Gestaltung des Sterbens. In: Forum DKG 13 (1998), 262-268.

REITER-THEIL, STELLA: Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils. In: EthikMed 11 (1999), 222-232.

REITER-THEIL, STELLA: Therapiebegrenzung und Sterben im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Ein integratives Modell für ein vernachlässigtes Problem. In: EthikMed 10 (1998), 74-90.

REST, FRANCO: Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Stuttgart, Berlin, Köln³1994.

REST, FRANCO: Das kontrollierte Töten. Lebensethik gegen Euthanasie und Eugenik. Gütersloh 1992.

RICHTLINIE ZUR STERBEHILFE. In: Deutsches Ärzteblatt 76 (1979), H.14, 957-961.

RITZEL, GÜNTHER (HG.): Beihilfe zum Suizid. Ein Weg im Streit um Sterbehilfe? Regensburg 1998.

RÖGLIN, HANS-CHRISTOPH: Menschenwürdiger Umgang mit dem Sterben aus Sicht praktizierender Onkologen. Eine Untersuchung im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. In: Forum DKG 13 (1998), 244-252.

ROESSLER, DIETRICH: Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns – ethische Aspekte. In: EthikMed 8 (1996), 59-67.

ROSE, CHRISTIAN: Die künstliche Lebensverlängerung und die Tötung auf Verlangen. Erwägungen aus theologischer Sicht. In: ThBeitr 31 (2000), 256-269.

ROXIN, CLAUD: Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. In: criminnet@ugr.es = Revista Electronica de Ciencia Penal y Criminologia = RECPC 01-10 V.O. (1999).

SABATOWSKI, RAINER, RADBRUCH, LUKAS UND LOICK, GEORG: Palliativmedizin 2000. BAG Hospiz, Düren, DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes), Köln, DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin), Bonn, und Mundipharma, Limburg 1999.

SAHM, STEPHAN: Selbstbestimmung am Ende des Lebens. In: FAZ, Nr. 65, 18.3.1998, N1.

SAHM, STEPHAN: Sterbehilfe oder Hilfe zur Selbsttötung? In: FAZ, Nr. 185, 12.8.1998, N2.

SASS, HANS-MARTIN: Selbstbestimmung und Selbstentwurf in der Nähe des Todes? Zur Differentialethik medizinischer Betreuungsverfügungen. In: ZEE 41 (1997), 179-185.

SASS, HANS-MARTIN: Beistand im Sterben oder Hilfe zum Sterben. Zur Differentialethik medizinischer Betreuungsverfügungen II. In: ZEE 42 (1998), 47-60.

SASS, HANS-MARTIN UND KIELSTEIN, RITA: Leben und Sterben in Gottes Hand. Wünsche und Forderungen für medizinische Betreuung an Bevollmächtigte, Ärzte, Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit. In: ZEE 42 (1998), 61-65.

SAUL, BURKHARD: Kritiker befürchten „aktive Sterbehilfe“. In: Kirchenzeitung, Nr. 39, 27.9.1998.

SCHLAUDRAFF, UDO: Urteil im Trend. Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme. In: Die Zeichen der Zeit, Heft 9 (1998), 34f.

SCHMITZ, CHRISTIAN: Am seidenen Faden. Der Streit um Wachkoma-Patienten. In: Aktion Sorgenkind. Das Magazin. Heft 2 (1998), 36-41.

SCHMOLL, HEIKE: Die Tabus fallen. Sterbehilfe wird in den Niederlanden zur Normalität. In: FAZ, Nr. 45, 23.2.1999, 14.

SCHÖNE-SEIFERT, BETTINA UND EICKHOFF, CLEMENS: Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignettenstudie. In: Ethik-Med 8 (1996), 183-216.

SCHREIBER, HANS-LUDWIG: „Diebstahl von Leben“. In: DER SPIEGEL, Heft 31 (1998), 178ff.

SCHREIBER-HANS-LUDWIG: Typen der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. In: Forum DKG 13 (1998), 274f.

SCHUH, HANS: Lässt sich Euthanasie ethisch begründen? In: DIE ZEIT, Nr. 25, 16.6.1989, 77.

SCHUH, HANS: Das letzte Löschen. In: DIE ZEIT, Nr. 23, 31.5.1996, 29.

SCHUMACHER, ANDREA, VOLKENANDT, MATTHIAS UND KOCH, OLAF M.: Zur ärztlichen Aufklärung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen. In: Dtsch. Med. Wschr. 123 (1998), 573-576.

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE WISSENSCHAFTEN (HG.): Medizin-ethische Richtlinie für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. In: Schweizerische Ärztezeitung 76 (1995), 1223-1225.

SEEGER, WERNER: Sterben und Tod im Zeitalter der Hochleistungsmedizin. Pro und Kontra Hochleistungsmedizin am Lebensende. In: smd-transparent Nr. 3 (Oktober 1997).

SEITZ, MANFRED: Sensationelle Beihilfe zur Selbsttötung „ethisch bedenklich“. In: epd-Landesdienst Bayern, 27.4.1984, 6/433.

SIEBENTHAL, KURT VON UND BAUMANN-HÖLZLE, RUTH: Ein interdisziplinäres Modell zur Urteilsbildung für medizinisch-ethische Fragestellungen in der neonatalen Intensivmedizin. In: EthikMed 11 (1999), 233-245.

SIEGRIST, JOHANNES: Seelsorge im Krankenhaus – aus der Sicht der Krankenhaussoziologie. In: M. KLESSMANN (HG.): Handbuch der Krankenhauseelsorge. Göttingen 1996, 28-39.

SINGER, PETER: Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik. Erlangen 1998.

SINGER, PETER: Praktische Ethik. Stuttgart²1994.

SPAEMANN, ROBERT: Sind alle Menschen Personen? IN: M. FRANK, M. SCHMIDT UND M. SCHMIDT (HGG.): Euthanasie. Sind alle Menschen Personen? Schaffhausen 1992, 91-105.

SPAEMANN, ROBERT UND FUCHS, THOMAS: Töten oder sterben lassen. Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg u.a. 1997.

SPIEWAK, MARTIN: Im Gespräch: Karsten Vilmar. „Dann ist die Uhr abgelaufen“. In: DS, Nr. 4, 23.1.1998, 11.

SPRUNG, CHARLES L.: Changing Attitudes and Practices in Forgoing Life-Sustaining Treatments. In: JAMA 263 (1990), 2211-2215.

SPRUNG, CHARLES L. UND OPPENHEIM, ARIEH: End-of-life decisions in critical care medicine – Where are we headed? In: Crit Care Med 26 (1998), 200-202.

SPRUNG, CHARLES L. UND EIDELMAN, L.A.: Worldwide similarities and differences in the forgoing of life-sustaining treatments. In: Intensive Care Med 22 (1996), 1003-1005.

STEIN, ROSEMARIE: Todkrank und von der Medizin im Stich gelassen. In: FAZ, Nr. 278, 29.11.2000, N3.

STUDENT, JOHANN-CHRISTOPH: Hospiz versus Sterbeklinik. In: WzM 37 (1985), 260-269.

STUDENT, JOHANN-CHRISTOPH: Kritikwürdig bis makaber. Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. In: Mabuse 108 (Juli/August 1997), 45f.

STUDENT, JOHANN-CHRISTOPH: Richterliches Ja zur aktiven Sterbehilfe. Kommentar zur Entscheidung des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main. In: Mabuse 115 (September/Okttober 1999), 59f.

THIELICKE, HELMUT: Mensch sein – Mensch werden. Entwurf einer christlichen Anthropologie. München 1976.

THIELICKE, HELMUT: Theologische Ethik, Bd. 1, Prinzipienlehre. Tübingen ²1958.

TOCHA, WIGBERT: Hoffen auf ein erstes Lächeln. In: SZ, 8. 1.1999, 8.

TOLMEIN, OLIVER: Tödliches Mitleid. Sterbehilfe und Rechtsprechung in der Bundesrepublik. In: Mabuse 119 (Mai/Juni 1999), 63-66.

Vier Fragen an **ROBERT SPAEMANN UND NORBERT HOERSTER.** In: Psychologie heute, Februar 1999, 45-49.

VILMAR, KARSTEN: Dann ist die Uhr ab gelaufen. In: DS, Nr. 4, 23.1.1998, 11.

VINCENT, JEAN-LOUIS: Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. In: Intensive Care Med 24 (1999), 1251-1256.

VISSER, J.J.F.: Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Forum Deutsche Krebsgesellschaft 13 (1998), 284f.

VOLLMANN, J.: Ärztliche Lebensbeendigung und Patientenselbstbestimmung. In: Dtsch. Med. Wschr. 123 (1998), 93-96.

WALTER, M.: Palliation statt Radikalität. In: Münch. Med. Wschr. 141 (1999), 40f.

WEDLER, HANS-LUDWIG, JANZEN, RUDOLF W.C. UND BIRNBACHER, DIETER: Behandlungsverzicht nach Suizidversuch. In: Ethik Med 8 (1996), 217-221.

WEHKAMP, KARL-HEINZ: „Wer soll das auf sein Gewissen nehmen?“ Entscheidungen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. In: Mabuse 119 (Mai/Juni 1999), 47-49.

WEHRMANN, ELISABETH: Der nicht spontane Tod. In: DIE ZEIT, Nr. 21, 16.5.1997, 69.

- WEIZÄCKER, VIKTOR VON:** Euthanasie und Menschenversuche. Heidelberg 1947.
- WELLERSHOFF, MARIANNE:** In tödlicher Mission. In: Der Spiegel, 9.11.1998, 136-138.
- WESTERMANN, CLAUS:** Art. „kabod“, in: E. Jenni und C. Westermann (Hg.): Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament, Bd. 1, München und Zürich ³1978, 794-812.
- WIEGEL, MICHAELA:** Debatte über Sterbehilfe in Frankreich. In: FAZ, Nr. 231, 6.10.1998, 7.
- WIELAND, LEO:** Bis ich eines Nachts Nancy niesen hörte und Edmund sagte Gesundheit. In: FAZ Nr. 225, 28.9.1999, 3.
- Wildfeuer, Armin G.: Person. In: W. Korff u.a. (Hgg.): Lexikon der Bioethik. Bd. 3, Gütersloh 1998, 5-9.
- WILLINGER, HELGA:** Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht.. Diss. Wien 1994. Frankfurt 1994.
- WILLMANN, URS:** Gehilfen des Todes. In: DIE ZEIT, Nr. 10, 4.3.1999, 27f.
- WOLFSLAST, GABRIELE:** Behandlungsgrenzen, Behandlungsverzicht und Sterbehilfe: Rechtliche Grundlagen. In: Forum Deutsche Krebsgesellschaft 13 (1998), 286-288.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO):** Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804. Genf 1990.
- WUERMELING, HANS-BERNHARD:** Der Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer zu ärztlicher Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. In: EthikMed 9 (1997), 91-99.
- WUERMELING, HANS-BERNHARD:** Gebotenes Sterbenlassen. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), B-1788-1791.
- WUNDER, MICHAEL:** Zwischen Selbstbestimmung und Wert des Lebens. Die neue internationale Euthanasie-Debatte. In: Mabuse 119 (Mai/Juni 1999), 62.
- WUNDER, MICHAEL:** Sterbebegleitung für Nicht-Sterbende. Die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer. In: Mabuse 116 (1998), 26-28.
- ZENZ, MICHAEL:** Schmerz muss nicht sein. Interview mit PROF. DR. MICHAEL ZENZ über Schmerztherapie und Todeswunsch. In: DIE ZEIT, Nr. 39, 20.9.1996, 12.
- ZENZ, MICHAEL UND WILLWEBER-STRUMPF, ANNE:** Opiophobia and cancer pain in Europe. In: Lancet 341 (1993), 1075-76.

ZIMMERMANN, MIRJAM UND RUBEN: Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Eine ethische Stellungnahme. In: ZEE 43 (1999), 86 – 97.

ZIMMERMANN, MIRJAM UND RUBEN, LOEWENICH, VOLKER VON: Die Behandlungspraxis bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen an deutschen Kliniken. Konzeption, Ergebnisse und ethische Implikationen einer empirischen Untersuchung. In: EthikMed 9 (1997), 56-77.