

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 283

Eberhard Schockenhoff

Aus Mitleid töten?

Der Auftrag des
medizinischen Sterbebeistands
aus ethischer Sicht

J.P. BACHEM VERLAG

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ will der Information und Orientierung dienen. Sie behandelt aktuelle Fragen aus folgenden Bereichen:

Kirche, Politik und Gesellschaft

Staat, Recht und Demokratie

Wirtschaft und soziale Ordnung

Familie

Schöpfungsverantwortung und Ökologie

Europa und Dritte Welt

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 0 21 61 / 8 15 96 - 0 · Fax 0 21 61 / 8 15 96 - 21

Internet: <http://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Ein Prospekt der lieferbaren Titel sowie ein Registerheft (Hefte Nr. 1–250) können angefordert werden.

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

2001

© J. P. Bachem Verlag GmbH, Köln

ISBN 3-7616-1555-8

Wer das Denken der Menschen beeinflussen will, muß versuchen, Macht über ihre Sprache zu gewinnen. Die aktuelle Euthanasiedebatte liefert ein sprechendes Beispiel für die Richtigkeit dieses Grundsatzes. Die Befürworter einer Legalisierung ärztlicher Tötungshandlungen verfahren nach einer doppelten Devise, um die Akzeptanzchancen ihrer Position in der öffentlichen Meinung zu erhöhen: Zum einen unterlaufen sie die notwendigen Unterscheidungen von aktiver und passiver Euthanasie, von Sterbenlassen und Töten, um so unterschiedliche Handlungskonstellationen wie Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch, hoch dosierte Schmerztherapie unter Inkaufnahme einer möglichen lebensverkürzenden Wirkung, Beihilfe zum Suizid und einvernehmliche oder nicht-einvernehmliche Tötungshandlungen unterschiedslos der Sammelbezeichnung „Sterbehilfe“ zuzurechnen. Zum anderen versuchen sie emotional positiv besetzte Grundworte der moralischen Sprache wie Mitleid und Barmherzigkeit, Selbstbestimmung und Autonomie auf einen ihren Zielsetzungen entsprechenden Sprachgebrauch festzulegen.

Was heißt menschenwürdig sterben?

Im Rahmen einer solchen Strategie semantischer Politik kommt dem Begriff des „eigenen“ Todes zentrale Bedeutung zu. Dieses Wort weckt bei allen Menschen positive Assoziationen. Obwohl ihnen der eigene Tod von allen Ereignissen ihres Lebens am wenigsten vertraut ist, möchte niemand einen „fremden“ Tod sterben. Während man seit Rainer Maria Rilkes Protest gegen den anonymen Krankenhaustod unter dem „eigenen“ Tod das persönlich und bewußt angenommene Sterben verstand, soll dieser Begriff nun das Recht postulieren, Art, Zeitpunkt und Umstände des eigenen Todes selbst zu bestimmen und sich dazu der Mithilfe des ärztlichen Berufsstandes oder des medizinischen Pflegepersonals unserer Krankenhäuser zu bedienen.

Dagegen wird die Rede vom eigenen Tod in den folgenden Überlegungen im Sinn ihrer ursprünglichen Wortbedeutung gebraucht. Danach kann ein humaner Sterbebeistand allein dem Ziel dienen, dem Sterbenden Raum für seinen eigenen Tod im Sinne des von sich aus eintretenden Todes zu gewähren. Eine solche menschlich anspruchsvollere Sterbebegleitung beläßt dem Sterbenden das Recht auf seinen eigenen Tod – nicht nach der Art der manipulierten Selbsttötung, sondern im Sinn einer bewußten Annahme des Todes, die von seiten der Ärzte und der Angehörigen durch palliative Schmerzbekämpfung und menschliche Nähe unterstützt wird. Dieses integrale Verständnis einer medizinischen, menschlichen und geistlich-religiösen Sterbebegleitung beruht freilich

auf einer anthropologischen Voraussetzung: Das Sterben ist nicht einfach das Ende, sondern selbst ein Teil des Lebens. Im Tod geht es um die Vollendung des Lebens, die vom Menschen nicht nur passiv erlitten, sondern, soweit es die Umstände des eigenen Sterbens erlauben, bewußt angenommen werden soll. Wie ein Mensch stirbt und wie er diese letzte Aufgabe erfüllt, sagt etwas aus über die Art seines Lebens, so wie umgekehrt in sozial-ethischer Perspektive der Umgang unserer Gesellschaft mit den Sterbenden in ihrer Mitte etwas von ihrer humanen Qualität erkennen läßt.

Die Strategie der Euthanasiebefürworter zielt darauf ab, die öffentliche Akzeptanz ihrer Forderung nach einer Freigabe aktiver Tötungshandlungen durch den Arzt als eine in extremen Fällen unvermeidliche Maßnahme darzustellen, die den Sterbenden vor den inhumanen Auswirkungen der modernen Medizin schützen soll. Diese Argumentation verwischt dabei bewußt die Grenze zwischen einer notwendigen, ethisch unbedenklichen Hilfe *im* Sterben und einer gezielten Herbeiführung des Todes im Sinne der Hilfe *zum* Sterben, indem sie die unterschweligen Ängste der Bevölkerung vor einem langen quälenden Leidenmüssen vor dem eigenen Tod mobilisiert. Es ist eine intuitiv richtige Einschätzung, daß es im Verlauf des Sterbeprozesses extreme Leidenszustände geben kann, angesichts derer wir um des Sterbenden selbst willen hoffen müssen, daß er bald und in Ruhe sterben kann. Daraus wird jedoch fälschlicherweise die Schlußfolgerung abgeleitet, es mache keinen moralisch bedeutsamen Unterschied aus, *wie* der aus der Sicht des Patienten wünschenswerte Tod tatsächlich eintreten wird. Das Recht, in Ruhe sterben zu dürfen oder am eigenen Sterben nicht durch sinnlos gewordene medizinische Maßnahmen gehindert zu werden, verwandelt sich dann unter der Hand in den Gedanken einer gezielten Beschleunigung des Todes durch eine ärztliche Intervention, für die sich in den Niederlanden zur Vermeidung des Begriffes der ärztlichen Tötungshandlung bereits die euphemistisch-unpersönliche Bezeichnung „lebensbeendende medizinische Maßnahme“ eingebürgert hat.

Grundformen des medizinischen Sterbebestandes

Eine glaubwürdige argumentative Antwort auf die dargestellten Rechtfertigungsversuche der aktiven Euthanasie muß vor allem versuchen, den positiven Auftrag des ärztlichen und pflegerischen Sterbebestandes herauszustellen und seinen genauen Umfang im Schnittfeld des gewandelten medizinischen Behandlungszieles (vom *kurativen* = heilenden zum *palliativen* = lindernden Auftrag) zu ermitteln. Hinter der Rede vom

Wechsel des Behandlungszieles steht ein doppeltes Anliegen, das die auf den ersten Blick gegebene Scheinplausibilität der Ansicht erschüttert, im äußersten Notfall stelle der durch ärztliches Handeln herbeigeführte Tod die einzige Hilfe dar, die wir einem schwer leidenden Patienten noch geben könnten. Die Idee des palliativen Behandlungsauftrages unterstreicht, daß die Aufgabe des Arztes noch nicht erloschen ist, wenn er im Kampf mit einer tödlichen Krankheit keine Aussicht auf Heilung mehr sieht. Zugleich ist aber auch die Palette seiner medizinischen Hilfsmöglichkeiten nicht erschöpft, denn die moderne schmerzlindernde Medizin verfügt über wirksame Methoden der Schmerzbekämpfung, die den Sterbenden, wenn sie fachgerecht eingesetzt werden, die Annahme des eigenen Todes erleichtern können.

Hinter der Wiederentdeckung des palliativen Behandlungsauftrags verbirgt sich eine Paradigmenenerweiterung des medizinischen Denkens, die von weitreichender Bedeutung für die Euthanasiedebatte ist. Solange die Medizin es lediglich vermochte, innerhalb der natürlichen Grenzen von Geburt und Tod Krankheitsursachen (vor allem Infektionserreger) zu bekämpfen, während sie diese Grenzen selbst kaum verändern konnte, durfte sie in der Regel davon ausgehen, daß die Maxime, unter allen Umständen das biologische Leben zu erhalten, auch dem Wohl des Kranken entsprach. Die unbedingte Verpflichtung zum Schutz des Lebens war mit der Achtung vor dem Wohl des Patienten und dem Grundsatz des *nil nocere* weitgehend kongruent, so daß ein Arzt, der die Regeln der Heilkunde beachtete, eben dadurch am besten dem Wohl des ihm anvertrauten Patienten diente. Gemäß den Grundsätzen des hippokratischen Ethos fiel die Liebe zur Heilkunst (*philotechnia*) mit der Liebe zum kranken Menschen (*philanthropia*), solange es für diesen eine Heilungschance gab, praktisch in eins. Seitdem die medikamentösen und apparativen Heilverfahren es der Medizin jedoch erlauben, die ehemals naturgegebenen Grenzen des Todes zu manipulieren und das Sterben immer weiter hinauszuschieben, ohne den körperlichen Gesamtzustand in nennenswerter Weise zu verbessern, stellt sich hier ein neues und drängendes Problem. Wenn die bewährten Grundsätze der Heilkunde – der Schutz des Lebens und das Wohl des Patienten – nicht mehr übereinstimmen, weil das Leben nur um den Preis hoher Gesundheitseinbußen als Folge aggressiver Therapien zu verlängern ist, wird die Frage unabweisbar, an welche Richtlinien der Arzt sich im Konfliktfall halten soll.¹

Die Grundform des medizinischen Sterbebestandes, die ärztliche und pflegerische Hilfe im Sterben, ergibt sich von selbst aus dem Auftrag des Arztes, Leiden zu lindern, wenn eine Wiederherstellung der Ge-

sundheit nicht mehr möglich ist. Das Ziel aller ärztlichen Maßnahmen muß es sein, dem Sterbenden auch in seiner letzten Lebensphase ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und persönlicher Eigengestaltung (Abschluß des Lebens, Einstellung auf den Tod, Abschied von den Angehörigen, Regelung finanzieller Angelegenheiten) zu ermöglichen. Dazu ist vor allem eine wirksame Schmerzbekämpfung nötig, die den Kranken von andauernden, unerträglichen Schmerzen befreit. Die moderne Palliativtherapie ermöglicht heute in zahlreichen Fällen eine wohldosierte Medikamentengabe, die dem Kranken eine weitgehende Schmerzfreiheit gewährt, ohne ihn unter eine pharmakologische Dunstglocke zu setzen, die ihn auf andere Weise gegenüber seiner Umgebung isoliert.

Die Grundform der medizinischen Sterbehilfe ist fast immer mit einer Entscheidung zum Verzicht auf weitere lebensverlängernde Maßnahmen oder zum Abbruch einer bestehenden Therapie verbunden. Sterbehilfe nimmt dann die Form des Sterbenlassens an, indem der Arzt den Wunsch des Patienten respektiert, in Ruhe sterben zu dürfen. Wenn es der Auftrag der ärztlichen Kunst ist, ein Mindestmaß der körperlichen und seelischen Voraussetzungen menschlichen Lebens zu erhalten, dann gehört dazu auch die Verpflichtung, nach bestem Wissen zu entscheiden, ab welchem Zeitpunkt dies nicht mehr möglich ist. Wo eine ansatzweise Wiederherstellung der Gesundheit, die dem Patienten ein Leben in Autonomie und Kommunikation mit seiner Umgebung ermöglicht, nicht mehr erhofft werden kann, da bedarf jede weitere lebensverlängernde Maßnahme einer besonderen ethischen Rechtfertigung.

Der Therapieverzicht kann nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten sein, vor allem dann, wenn die zu erwartende Lebensverlängerung in keinem vernünftigen Verhältnis zu den körperlichen und seelischen Belastungen mehr steht, die eine Weiterführung der Behandlung mit sich bringt. Dies gilt vor allem bei chirurgischen Eingriffen in das Gehirn, die häufig schwerste Lähmungserscheinungen oder den Ausfall des Sprachvermögens zur Folge haben, aber ebenso für jede andere Behandlungstechnik, die nicht mehr der zeitweiligen Wiederherstellung der Gesundheit oder der Linderung schwerster Krankheitssymptome, sondern nur noch der Aufrechterhaltung partieller Körperfunktionen dient. Die Aufklärungspflicht des Arztes beinhaltet dabei auch die Information über mögliche Risiken und Gefahren, die den Patienten in die Lage versetzt, eigenverantwortlich zu entscheiden, welches Maß an körperlicher Beeinträchtigung und an seelischem Leiden er auf sich nehmen will, um sein Leben für eine begrenzte Zeit zu verlängern.

Therapiebegrenzung und Behandlungsabbruch

Die Entscheidung für einen Behandlungsverzicht folgt dabei keinem anderen ethischen Prinzip als der Grundnorm ärztlichen Handelns, die auf die Wiederherstellung der Gesundheit oder wenigstens auf die ansatzweise Erhaltung der körperlichen Voraussetzungen gerichtet ist, die dem Patienten eine sinnvolle Lebensgestaltung ermöglichen. Nach Auffassung der christlichen Ethik gibt es keine Verpflichtung des Menschen zur Lebensverlängerung um jeden Preis und auch kein ethisches Gebot, die therapeutischen Möglichkeiten der Medizin auf ihrem jeweils neuesten Stand bis zum Letzten auszuschöpfen. Schon Papst Pius XII. hat diesen aus der Anerkennung der Endlichkeit und kreatürlichen Begrenztheit des menschlichen Lebens folgenden Grundsatz in den letzten Jahren vor seinem Tod immer wieder herausgestellt. Auch wenn seine Unterscheidung zwischen „ordentlichen“ und „außerordentlichen“ Maßnahmen angesichts der rasanten Entwicklung der medizinischen Behandlungstechnik weitgehend an Bedeutung verloren hat, so bleibt seine prinzipielle Mahnung jedoch aktueller denn je: „Der Mensch kann keine medizinischen – seien es psychische, seien es somatische – Maßnahmen bei sich treffen oder an sich vornehmen lassen, die zwar eine Behebung schwerer physischer oder psychischer Beschwerden oder Hemmungen bewirken, gleichzeitig aber die dauernde Auslöschung oder eine dauernde enorme Herabminderung der freien Selbstbestimmung, d. h. der menschlichen Persönlichkeit in ihrer typischen und charakteristischen Funktion bewirken; die den Menschen also zu einem dressierten bloßen Sinneswesen oder zu einem lebenden Automaten degradieren“.²

Ausdrücklich billigt es der Papst auch, wenn Angehörige eines „virtuell bereits toten Patienten“ den Arzt dazu drängen, ein künstliches Beatmungsgerät abzuschalten, um den Kranken in Frieden sterben zu lassen.³ Dies erscheint zunächst überraschend, weil das Abschalten des Beatmungsgerätes ein aktives Handeln erfordert, das unmittelbar den Tod zur Folge hat. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, daß die eigentliche Todesursache nicht das Abschalten des Respirators, sondern die unheilbare Krankheit ist, deren Verlauf ohne die künstlichen Maßnahmen zur Lebensverlängerung bereits zum sicheren Tod geführt hätte. In ethischer Hinsicht ist die Einstellung der künstlichen Beatmung trotz ihres „aktiven“ Anscheins deshalb nicht als Tötungshandlung, sondern als Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme zu bewerten, die ihr therapeutisches Ziel nicht mehr erreichen kann.

Wenn das Absetzen der künstlichen Beatmung in den Fällen, in denen ein natürlicher Verlauf des Sterbeprozesses längst zum Tod geführt hät-

te, nicht als aktive Tötungshandlung bewertet werden muß, dann gilt dies prinzipiell für jede Behandlungseinstellung. Grundsätzlich darf eine Therapie dann abgebrochen werden, wenn sie ihr ursprüngliches Behandlungsziel nicht mehr erreichen kann. Eine Pflicht zur Weiterführung einer aussichtslos gewordenen Behandlung, wie sie früher gelegentlich vertreten wurde, läßt sich auf dem Boden der christlichen Ethik nicht begründen. Weil das Absetzen einer Behandlung nur das Ende der künstlichen Verhinderung des Todes, nicht aber dessen eigentliche Ursache ist, kann es nicht als eigenmächtige Verfügung über fremdes Leben betrachtet werden, die unter das Tötungsverbot fällt. Die Einstellung einer Behandlung, die nur noch einer aussichtslosen Verlängerung der biologischen Lebenskurve dient, bedeutet vielmehr den Verzicht darauf, über den bereits verfükten Tod noch weiter verfügen zu wollen, weil eine solche Manipulation nur unnötige Leiden verursacht.⁴

Die Annahme des eigenen Todes

Die Forderung, nach der ein humaner Beistand allein dem Ziel dienen kann, dem Sterbenden Raum für seinen eigenen Tod (im Sinne des nicht von anderen verfükten Todes) zu gewähren, zeigt auch, warum die Unterscheidung von aktiver Euthanasie und Sterbenlassen von eminenter moralischer Bedeutung ist. Sie beläßt dem Sterbenden das Recht auf seinen eigenen Tod, nicht im Sinn der manipulierten Selbsttötung, sondern im Sinn einer bewußten Annahme des Todes, die von seiten der Ärzte und der Angehörigen durch palliative Schmerzbekämpfung und menschlichen Sterbebeistand unterstützt wird. Der amerikanische Theologe *Paul Ramsey* hat in seinem Buch „Der Patient als Person“ bereits vor 30 Jahren auf diesen wichtigen Unterschied hingewiesen: „Beim Unterlassen verursacht kein menschlicher Akteur den Tod des Patienten, weder direkt noch indirekt. Er stirbt seinen eigenen Tod an Ursachen, deren Bekämpfung mit möglichen medizinischen Eingriffen nicht mehr barmherzig oder sinnvoll ist. Wir stehen dem Kranken bei und begleiten ihn bei diesem seinem ureigensten Sterben, wobei wir es so schmerzfrei und würdevoll wie möglich machen.“⁵

Die aktive Euthanasie verfehlt dagegen den eigenen Tod des Menschen, indem sie ihm vorgreift und ihn in ein gezielt herbeigeführtes, bewußt geplantes Ereignis verwandelt. Wenn die Wiederbelebung der Euthanasieidee in unseren Tagen auch aus dem Protest gegen die therapeutischen Exzesse der modernen Intensivmedizin hervorgeht, so bleibt sie in diesem Protest doch insgeheim noch immer dem gleichen Denkmodell einer technischen Bewerkstelligung des Todes verhaftet. Die künstliche

Verlängerung des Lebens um jeden Preis und die bewußte Beschleunigung des Todes entspringen in vielfacher Hinsicht – sowohl aus der Perspektive des Arztes als auch aus der des Patienten – gegensätzlichen Absichten, aber sie stimmen darin überein, daß sie der Annahme des eigenen Todes ausweichen. Zwischen dem Versuch einer äußersten Lebensverlängerung mit Hilfe der apparativen Medizin und der Tötung auf Verlangen besteht deshalb eine enge Verwandtschaft im Blick auf das beiden zugrundeliegende Paradigma ärztlichen Handelns: „Es gibt zwei Möglichkeiten, den Augenblick des Todes zu umgehen. Die erste besteht darin, diesen Augenblick bewußt so weit wie möglich hinauszuzögern, die andere darin, sich zu fügen und diesem Augenblick vorzugreifen; therapeutischer Übereifer und Euthanasie sind die beiden symmetrischen Versuche, der Begegnung mit dem Tod auszuweichen“.⁶

Selbstbestimmung und Hilfsbedürftigkeit

Neben diesen medizinteoretischen Erwägungen, die den Euthanasiegedanken einem in anderen Zusammenhängen überwundenen Paradigma ärztlichen Handelns zuordnen, muß eine ethische Bewertung unterschiedlicher Formen der Sterbehilfe auch die Auswirkungen bedenken, die diese für die Grundgestalt der anzustrebenden Arzt-Patient-Beziehung haben. Liberale Rechtfertigungsversuche der aktiven Euthanasie begehen häufig einen argumentativen Kurzschluß, indem sie die geforderte Bereitschaft zu einvernehmlichen Tötungshandlungen mit einem partnerschaftlichen Modell des gegenseitigen Respekts zwischen Arzt und Patient gleichsetzen, während eine ärztliche Haltung, die sich der Alternative des Tötens verweigert, als paternalistische Entmündigung des Patienten dargestellt wird. In Wirklichkeit verhalten sich die idealtypischen Erwartungen, die angesichts der Begrenztheit ärztlichen Handelns in einer Situation therapeutischer Ohnmacht an das Arzt-Patient-Verhältnis zu stellen sind, aber viel komplexer zueinander – und zwar gerade dann, wenn beide Seiten sich bemühen, die andere in ihrer unverletzlichen Situation und Verantwortung anzuerkennen.

Im Blick auf den Patienten wird die Herausforderung einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung vor allem in der Schwierigkeit greifbar, seine Willensäußerungen richtig zu deuten. Eine schriftliche Verfügung aus gesunden Tagen muß dem wirklichen Wunsch des Kranken im Angesicht des nahen Todes nicht unbedingt entsprechen und seine aktuelle Entscheidungsfähigkeit ist häufig durch körperliches Leiden und psychische Niedergeschlagenheit beeinträchtigt. Die in den philosophischen Rechtfertigungsversuchen für die Euthanasieforderung

unterstellte Autonomie der Person, die sich in der Fähigkeit äußern soll, über den Wert des eigenen Lebens frei von Fremdeinflüssen, allein aus der Binnenperspektive der eigenen Existenz zu urteilen, beruht auf einer abstrakten Konstruktion, die der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins nicht gerecht wird. Eine solche unabhängige Lebensrechnung mag philosophisch als letzter Akt autonomer Selbstbestimmung qualifiziert werden, sie kommt jedoch im wirklichen Leben kaum vor, am wenigsten in der letzten Phase des Sterbens, in der die mögliche Erfahrung des eigenen Lebenssinnes nur dann gelingt, wenn sie von der Solidarität und Nähe anderer Menschen mitgetragen wird.

Die Beurteilung des eigenen Lebenswertes stellt immer eine Reaktion auf die Wertschätzung dar, die sterbende Menschen in ihrer Umgebung noch erfahren. Deshalb läßt sich auch die klare gedankliche Unterscheidungslinie, die gesellschaftliche Nützlichkeitsabwägungen und die Rücksicht auf Fremdinteressen aus der autonomen Beurteilung des verbleibenden Lebensinteresses ausschließen soll, in der realen Welt nicht durchhalten. Eine Argumentation, die ihren Ausgangspunkt allein beim Gedanken der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen nimmt, ist zudem nur scheinbar frei von anthropologischen Voraussetzungen. Sie enthält in Wahrheit eine dezidierte anthropologische Prämisse – Autonomie im Sinne der Autarkie und Selbstgenügsamkeit –, die am gesunden, leistungsbewußten und keiner Hilfe bedürftigen Individuum abgelesen ist und auf die Situation des Sterbens übertragen wird.

Angesichts der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins, die am Lebensende und in der terminalen Sterbephase in besonderer Intensität hervortritt, erfordert ein menschenwürdiges Sterben mehr als bloßen Respekt vor einer angeblich unbeeinflußten Selbstbestimmung des Sterbenden. Menschenwürdiges Sterben ist, wenn der Begriff nicht nur als eine rhetorische Legitimationsformel dienen soll, hinter der sich die Verweigerung wirklicher Hilfe verbirgt, überhaupt nur unter der Bedingung möglich, daß personale Beziehungen und das Angebot menschlicher Nähe aufrechterhalten werden. Unsere moralischen Pflichten gegenüber Sterbenden, so zeigt sich in dieser umfassenderen Perspektive, lassen sich nicht auf den formalen Respekt vor ihrer Autonomie und Selbstbestimmung reduzieren. Wirkliche Anerkennung, die der Herausforderung des Sterbens nicht ausweicht, erfordert in Situationen extremer Belastung immer auch die Bereitschaft zum Dabeibleiben, zum geduldigen Ausharren und zuletzt: zum gemeinsamen Warten auf den Tod.

Sterbewünsche als Ausdruck rationaler Selbstbestimmung?

Auch unterliegt der Kranke in den einzelnen Sterbephasen wechselnden Stimmungen, so daß der in einem depressiven Stadium geäußerte Wunsch nach einer künstlichen Verursachung des Todes von einem neuen Lebensschub abgelöst werden kann, der dem Kranken eine bewußte Annahme des Todesschicksals ermöglicht. Vor allem aber bleibt der Todeswunsch selbst ein zweideutiges Signal, dessen Bedeutung schwer zu entschlüsseln ist. Ebenso wie die verzweifelte Geste der versuchten Selbsttötung sind auch sprachlich geäußerte Sterbewünsche im letzten Krankheitsstadium häufig verhüllte Mitteilungen, die auf einer tieferen Beziehungsebene etwas anderes meinen, als sie äußerlich ausdrücken. Oftmals sind sie ein Appell, den Sterbenden in seiner letzten Lebensphase nicht allein zu lassen, also der Wunsch nach wirksamer Hilfe im Sterben. Hinter der Bitte „wenn ich doch sterben könnte“ verbirgt sich dann der Ruf nach menschlicher Nähe und nach solidarischem Beistand, der durch eine wörtliche Erfüllung des Sterbewunsches gerade enttäuscht würde. Auch wenn man die Möglichkeit eines selbstbestimmten Todeswillens als Ergebnis einer rationalen Lebensbilanz grundsätzlich nicht ausschließen kann, bleibt damit zu rechnen, daß die Euthanasiebitte in der Einsamkeit und Hilflosigkeit der letzten Sterbephase nur eine Seite der Stimmungslage des Kranken zum Ausdruck bringt und daß diese auch auf dem Hintergrund einer Patientenverfügung aus gesunden Tagen kein eindeutiges Signal darstellt.⁷

Die Erfahrung der Hospizbewegung zeigt zudem, daß ein ernsthafter Wunsch nach aktiver Euthanasie noch seltener geäußert wird, wenn unheilbar kranke Menschen wissen, daß sie auch in der letzten Sterbephase mit einer wirksamen Schmerzbekämpfung und menschlichem Beistand rechnen können. Dieser in der ärztlichen Erfahrung vielfach bestätigte Umstand verweist auf der theoretischen Begründungsebene auf eine innere Widersprüchlichkeit der Euthanasieidee, die von ihren Vertretern meist umgangen wird: Ärztliche Tötungshandlungen sollen nur als *ultima ratio* in Frage kommen, also nur unter der Voraussetzung moralisch zulässig sein, daß sie die letzte noch verbleibende Möglichkeit darstellen, einem sterbenden oder schwerkranken Menschen wirksam zu helfen. Der Eintritt dieser Bedingungen läßt sich aber kaum noch mit der geforderten Sorgfalt feststellen, wenn der Rückgriff auf einvernehmliche oder, wenn die Äußerung selbstbestimmter Wünsche nicht mehr erfolgen kann, auch auf nicht-freiwillige Tötungshandlungen erst einmal Eingang in den klinischen Alltag gefunden hat. Die Befürchtung, daß die Tötung auf Verlangen die Suche nach pflegerischen und palliativen Al-

ternativen auch verdrängen kann und als der schnellere, aufwandslosere und kostengünstigere Weg zum Ziel eines ruhigen Todes oder der Befreiung von schweren Leidenszuständen angesehen wird, ist nicht aus der Luft gegriffen. Die Gefahr einer unkontrollierbaren Ausweitung erscheint sehr wohl real, zumal die Euthanasieforderung langfristigen gesellschaftlichen Entwicklungen wie der zunehmenden Vereinzelung der Menschen, dem demographischen Trend zur Überalterung und der ökonomischen Kostenexplosion im Gesundheitswesen auf ihre Weise durchaus entgegenkommt. Die von einem liberalen Selbstbestimmungspathos genährte Erwartung, daß die Möglichkeit der aktiven Euthanasie die Freiheit der Sterbenden stärkt und ihre Chancen zur Einflußnahme auf die konkreten Umstände ihres Sterbens gleichsam automatisch erhöht, bleibt für dieses Dilemma blind. Es ignoriert die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die subtilen Mechanismen, die das Leben der Sterbenden der Willkür ihrer Umgebung ausliefern können.

Die Bedeutung des Autonomieprinzips

Über diese allgemeinen medizinethischen Überlegungen hinaus sprechen gewichtige Argumente der spezifisch ärztlichen Ethik gegen die vorgetragenen Rechtfertigungsversuche der aktiven Euthanasie. Diese kritischen Gegenfragen richten sich zunächst an den primären Legitimationstypus, der das vermeintliche Recht auf einen selbstbestimmten Tod und die dazu erforderliche Inanspruchnahme ärztlicher Tötungshandlungen aus dem fundamentalen Autonomieprinzip der neuzeitlichen Ethik herleiten möchte. Sie betreffen jedoch ebenso die häufig herangezogene Begleitargumentation, die aus dem Humanitätsgebot eine allgemeine, vom Arzt einzulösende Beistandspflicht ableiten möchte, die in Extremsituationen das Tötungsverbot außer Kraft setzen soll.⁸

Auf dem Hintergrund ihrer Bedeutungsentwicklung in der philosophischen Ethik seit Kant meint moralische Selbstbestimmung keine ungebundene Autonomie, sondern eine Bestimmung des individuellen Willens, die zugleich als Gegenstand eines allgemeinen Willens gedacht werden kann.⁹ Aus diesem Postulat vernünftiger Allgemeinheit, das die Bestimmbarkeit des individuellen Willens einem im Gedanken der sittlichen Autonomie selbst angelegten Prüfungsverfahren unterwirft, folgt für die Arzt-Patient-Beziehung, daß auch ein sterbender Patient zur Rücksichtnahme auf den gesellschaftlichen Auftrag und die berufsethische Selbstdefinition des Arztes verpflichtet ist. Während der Patient, der mit einem Sterbewunsch an seine Umgebung herantritt, im ärztlichen Partner gewissermaßen den natürlichen Adressaten seiner Willens-

äußerung sieht, beruht eine solche Rollenzuweisung aus der Sicht des ärztlichen Berufsethos auf einer psychologisch verständlichen, in der Sache jedoch unzulässigen Schlußfolgerung. Der subjektive Wunsch des Patienten, den eigenen Todeszeitpunkt sowie die Umstände seiner Herbeiführung selbst zu bestimmen, impliziert nämlich noch keinesfalls das moralische Recht, dazu die Mitwirkung anderer in Anspruch zu nehmen oder gar auf eine professionelle Verpflichtung des ärztlichen Berufsstandes zu solcher Mitwirkung zurückgreifen zu können.

Die Bedeutung des Humanitätsgebots

Auch im Blick auf den zweiten Begründungstypus verhält sich die in der gegenwärtigen Diskussion meist ganz selbstverständlich und unreflektiert unterstellte Prämisse, wonach allein der Arzt die Tötungshandlung auf Wunsch des Sterbenden auszuführen befugt sei, kontraintuitiv zur versuchten Legitimation der aktiven Euthanasie. Wenn diese als Pflicht zur menschlichen Hilfeleistung aufgrund des Humanitätsgebotes oder der mitmenschlichen Solidarität überhaupt gerechtfertigt werden soll, dann müßten als die primären Adressaten einer solchen allgemeinen Beistandspflicht eigentlich eher die Angehörigen oder die persönlichen Freunde des Sterbenden gelten, die sich einem solchen Ansinnen durch die Delegation der Ausführung der gewünschten Tötungshandlung an die professionelle „Kunst“ des Arztes aber gerade zu entziehen trachten.

Die Stellung des Arztes gegenüber dem Kranken, aber auch gegenüber seiner Familie, wandelt sich von Grund auf, wenn er in die Rolle dessen gedrängt wird, der darüber zu befinden hat, ob einem früher geäußerten Euthanasiewunsch des Sterbenden entsprochen werden und ab wann dies geschehen soll. Hält er sich bei einer solchen Entscheidung ausschließlich an das freie Selbstbestimmungsrecht des Patienten, wird er in vielen Fällen, in denen dieses starker Einschränkung unterliegt oder nach Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit völlig aufgehoben ist, selbst handlungsunfähig. Soll er dagegen objektive, im tatsächlichen Zustand des Kranken liegende Kriterien berücksichtigen und eine stellvertretende Entscheidung fällen, übernimmt er die Verantwortung zur Bewertung eines anderen Lebens, die er nicht tragen kann. Im einen Fall bleibt die ärztliche Verantwortung ausgeklammert, im anderen wird sie überfordert. Dagegen dient die Unterscheidung von aktivem und passivem Tun, Töten und Sterbenlassen gerade dazu, in den Grenzbereichen zwischen Leben und Tod den Spielraum gegenseitiger Verantwortung zu begrenzen, den Menschen ausfüllen können. Die Befugnis, die objektive Wertlosigkeit bestimmter Lebenszustände festzustellen oder die Sinnlo-

sigkeit der Weiterpflege von schwerstkranken Patienten zum gesellschaftlichen Leitbild zu erheben, fällt dagegen nicht unter den ärztlichen Auftrag. Eine solche Entscheidungsvollmacht wäre im übrigen weder mit einem freiheitlichen Menschenbild noch mit dem Bestreben vereinbar, menschliche Würde in Extremsituationen zu schützen.

Töten und Sterbenlassen

Das Begriffspaar von „aktiv“ und „passiv“, von Töten und Sterbenlassen bleibt für den Arzt eine entscheidende Orientierungshilfe im Schnittfeld zwischen Lebensschutz und Tötungsverbot, die ihm hilft, die Reichweite und Grenze seines ärztlichen Auftrages zu erkennen. Der theoretische Vergleich beider Handlungstypen führt sowohl hinsichtlich der Intentionalität des Handelnden als auch der Kausalität in der Herbeiführung des Todes zu wichtigen Differenzierungen, die in einer ethischen Beurteilung nicht unterlaufen werden dürfen. Direktes Handlungsziel der „passiven“ Euthanasie sind die größtmögliche Freiheit des Sterbenden von Angst- und Schmerzzuständen, der Abbruch einer das Leiden verlängernden Behandlung sowie der Verzicht auf weitere medizinische Interventionen, die nicht mehr durch das nunmehr palliative Behandlungsziel indiziert sind, wohingegen durch die „aktive“ Euthanasie der Tod direkt und unmittelbar herbeigeführt wird. Entsprechend stellt der Abbruch kurativer Behandlungsformen im ersten Fall zwar eine notwendige, doch nicht hinreichende Bedingung für den Eintritt des Todes dar, während im zweiten Fall der Tod im Sinne zureichender vorangehender Bedingungen durch den Arzt herbeigeführt wird.¹⁰

Auch wenn die Tragweite und die präzise begriffliche Abgrenzung dieser Unterscheidung innerhalb der wissenschaftlichen Ethik umstritten bleiben, kommt ihr in dem Interaktionsgefüge zwischen Arzt und Patient auf der einen sowie Arzt und Angehörigen auf der anderen Seite hohe Bedeutung zu. Ein unheilbar Kranker, der nach einem künstlichen Reanimationsversuch den Wunsch äußert, diesen bei einem weiteren Herzstillstand nicht zu wiederholen, bittet darum, daß der Arzt ihn sterben läßt, wenn seine Zeit gekommen ist. Er bittet, die ihm gesetzte Grenze zu achten, aber er will nicht, daß der Arzt diese Grenze von sich aus setzt und ihn tötet. Der Arzt, der umgekehrt einen unheilbaren Patienten sterben läßt und eine aussichtslos gewordene Behandlung abbricht, tut dies seinerseits in dem Wissen, daß seine medizinische Kunst nicht der Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern dem Wohl eines konkreten Menschen dient, der seiner ärztlichen Fürsorge auch in der letalen Phase des Sterbeprozesses bedarf. Er achtet den ihm anvertrauten Patienten in

der Verletzlichkeit und Hilfsbedürftigkeit seines leiblichen Seins, indem er sein Sterben zu erleichtern sucht, aber dabei die letzte Grenze des Todes respektiert, die allen Beteiligten – dem Sterbenden, seiner Umgebung, dem staatlichen Gesundheitssystem und auch dem Arzt – gezogen sind.

Im Ertragen dieser gemeinsamen Ohnmacht zeigt sich eine tiefere menschliche Solidarität und eine entschiedener Achtung vor der Würde des sterbenden Menschen als in dem Ausweg einer absichtlichen Herbeiführung des Todes. Der Gedanke an die aktive Euthanasie setzt unerschwellig eine dualistische Sichtweise voraus, in der die Achtung vor der sittlichen Selbstbestimmung des Menschen und die Achtung vor seiner konkreten Leiblichkeit, in der sich diese vollzieht, radikal auseinandertreten. Die durch den Arzt erfolgte Tötung soll das physische Leben des Patienten vernichten, um auf diese Weise den Respekt vor seiner Selbstbestimmung als Person zum Ausdruck zu bringen. Erst aufgrund dieses latenten Dualismus und einer Entpersonalisierung der ärztlichen Tötungshandlung als einer angeblich medizinisch indizierten Maßnahme läßt sich die Fiktion nachvollziehen, die personale Beziehung zu dem Sterbenden werde durch seine Tötung nicht abgebrochen, sondern aufrechterhalten. Nur wenn man einen leidenden und sterbenden Menschen gänzlich auf seine physische Existenz reduziert, wird der ansonsten widersprüchliche Gedanke überhaupt denkbar, daß wir ihn von seinem unerträglichen Leiden befreien, indem wir ihn zugleich von seinem Leben befreien.¹¹

Schlußbemerkung

Auch in einer Gesellschaft, zu deren sozialen Spielregeln die moralische Akzeptanz der aktiven Euthanasie gehört, werden nur wenige Menschen die Alternative zur Annahme des ihnen verfügbaren Todes als ein heiteres Sterben zur rechten Zeit erfahren. Die Regel wird eher ein im Einklang mit den medizinischen, materiellen und menschlichen Ressourcen dieser Gesellschaft geplanter Tod sein, dem die Sterbenden unter der Fahne von Humanität und Menschenwürde ausgeliefert sind. Dagegen wahren das Tötungsverbot und seine unbedingte Respektierung im ärztlichen Handeln sowohl die Würde des Arztes als auch die seines Patienten. Die Bereitschaft, die in Geburt und Tod verfügbaren Grenzen hinzunehmen, führt zu keiner Entfremdung des Menschen, über die er sich in der Kraft seiner moralischen Selbstbestimmung erheben müßte. Es gehört vielmehr zu seiner Würde als endlichem Wesen, daß er nicht gegen alle Grenzen rebellieren muß, sondern auch unter extremen Belastungen in

ihnen leben und sterben darf. Die Verfügtheiten des Daseins, allem voran die Last der Krankheit und das Schicksal des Todes, einmal ganz aufheben zu können, bleibt ein vergeblicher Traum. Es kann deshalb kein sinnvolles Ziel ärztlichen Handelns sein, Leid unbedingt und um jeden Preis zu vermeiden. Wohl aber gehört es zum ärztlichen Auftrag, dem leidenden Menschen bis zum Schluß zur Seite zu stehen. Wenn man darüber nicht im Ungewissen bleiben muß und sich auf die Zusage wirksamer Hilfe im Sterben verlassen kann, läßt sich auch die Angst vor dem künftigen Leiden leichter ertragen. Die Hoffnung unheilbar kranker und sterbender Menschen richtet sich dann darauf, *an* der Hand eines Menschen zu sterben, nicht *durch* die Hand des Arztes getötet zu werden.

Anmerkungen

- 1 Vgl. zu diesem Dilemma *Th. von Uexküll/W. Wesiack*, Theorie der Humanmedizin, München u.a. 1998, 605–615.
- 2 Herder-Korrespondenz 7 (1952/53) 73.
- 3 Herder-Korrespondenz 12 (1957/58) 228.
- 4 *U. Eibach*, Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen?, Wuppertal 1983, 159.
- 5 *P. Ramsey*, The Patient as Person, New Haven 1970, 151.
- 6 *J.-F. Malherbe*, Medizinische Ethik, Würzburg 1990, 183.
- 7 *M. von Lutterotti*, Menschenwürdiges Sterben, Freiburg 1985, 108–109.
- 8 *U. Wolf*, Philosophie und Öffentlichkeit – Anmerkungen zur Euthanasiedebatte. In: *R. Hegselmann/R. Merkel* (Hg.), Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen, Frankfurt 1991, 181–196, bes. 196.
- 9 Vgl. die Grundform des kategorischen Imperativs: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde“. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 52; zit. nach: Theorie-Werkausgabe (Ed. Weischedel), Bd. VII, 51; vgl. auch Kritik der praktischen Vernunft, A 54; aaO., 140.
- 10 *F. Ricken*, Handeln und Unterlassen. In: Lexikon der Bioethik (hg. von *W. Korff* u.a.), Gütersloh 1998, 200.
- 11 *J. Fischer*, Aktive und passive Sterbehilfe. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 40 (1996), 110–127, bes. 118 f.

Zur Person des Verfassers

Dr. theol. Eberhard Schockenhoff, Professor für den Arbeitsbereich Moralthologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.