



Josef Schuster SJ

Behandlungsverzicht bzw. Behandlungsabbruch aus moraltheologischer Sicht

1. Vorbemerkung

Die schwierige Frage nach den Kriterien für den Verzicht auf eine therapeutische Maßnahme bzw. für die Entscheidung zu deren Abbruch ist im deutschen Sprachraum in der Vergangenheit vorwiegend aus der Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte diskutiert worden. Demgegenüber wird inzwischen nicht nur im angelsächsischen Sprachraum sondern auch hierzulande die Frage nach dem Stellenwert des Patientenwillens in diesem Kontext verstärkt behandelt. Wie auch immer der Streit zwischen Autonomie des Patienten und Paternalismus des Arztes zu entscheiden ist, die Frage nach den Entscheidungskriterien bleibt bestehen. Ich möchte das an einer verwandten Fragestellung verdeutlichen: Wer dafür plädiert, daß dem Gewissen des einzelnen die letzte Entscheidung in für ihn existentiell bedeutsamen Fragen zusteht, der plädiert für das Gewissen als Letztinstanz einer Entscheidung, der behauptet damit aber noch nicht, daß die Wahrheitsfrage mit der Frage nach der Entscheidungsinstanz bereits beantwortet wäre. Auch wer keinen Zweifel daran hegt, daß das Bundesverfassungsgericht rechtlich und moralisch legitim die letzte Instanz in allen rechtlichen Streitfragen von Verfassungsrang ist, kann sehr wohl und berechtigt Zweifel an der sachlichen Richtigkeit von Urteilen dieses Gerichtes anmelden. Wer also in der Frage nach Behandlungsverzicht bzw. -abbruch für einen Vorrang des Patientenwillens, falls sich ein solcher eruieren läßt, gegenüber der Garantenpflicht des Arztes argumentiert, behauptet damit noch nicht, daß der sachliche Gehalt des Patientenwillens unter ethischer Rücksicht richtig sei. M.a.W.: die Wahrheitsfrage ist damit noch nicht beantwortet. Zumindest einige Mißverständnisse könnten in unserer Frage vermieden werden, wenn man sich darüber im Klaren wäre, daß mit der Frage, wer gegebenenfalls das letzte Wort haben soll, noch nichts darüber gesagt ist, wie denn zu entscheiden ist.

2. Warum Vorrang des Patientenwillens?

2.1 Die Würde des Menschen - notwendiges Prinzip der Medizinethik

Prinzipiell gilt: Jedem Menschen kommt die uneingeschränkte Würde einfach dadurch zu, daß er ein Mensch ist. D.h. diese Würde und die aus ihr folgenden Schutzrechte sind weder abhängig von bestimmten Eigenschaften oder Leistungen, noch sind sie abhängig von dem Gesundheits- und dem Bewußtseinszustand. Dem Menschen als Menschen eignet *von der Natur her* das Vermögen, sich selber Zwecke setzen zu können und er ist das einzige Wesen auf dieser Erde, das für sein Tun und Lassen Verantwortung trägt.⁽¹⁾ Dabei ist nicht die aktuelle Fähigkeit, dieses Vermögen hier und jetzt gebrauchen zu können, entscheidend, sondern die "menschliche Natur". "Was unter dem Prädikat der Würde als unverletzlich geschützt wird, ist dieses Vermögen des Selbstseins. Doch ist es das *Lebewesen*, dem dieses Vermögen eigen ist und das in diachroner Identität beides ist: lebendiges Individuum und Subjekt, Natur und Person."⁽²⁾

Das Ich des Menschen gibt es nicht ohne seinen Leib. Und für andere ist das Ich des Menschen nur in seinem Leib da und erfahrbar, obwohl nicht einfach mit diesem identisch. Daraus ergibt sich: Aus "dem Anspruch auf Respektierung der dem Menschen zukommenden Würde [folgt] unmittelbar das Recht auf den Schutz der Integrität von Leib und Leben. Das Lebensrecht des Menschen ist etwas, was anerkannt, nicht aber zuerkannt wird."⁽³⁾

Auch der dauerhaft Bewußtlose z.B. besitzt seine volle Würde und sein uneingeschränktes Lebensrecht. Bestritten wird diese These von der Position her, die Mensch- und Personsein voneinander trennt und Würde wie Lebensrecht nur der Person zuerkennt, wie das bereits von John Locke vertreten wurde und zeitgenössisch u.a. von Peter Singer vertreten wird.⁽⁴⁾ Die Zuschreibung der Menschenwürde wird also von bestimmten Eigenschaften und Befähigungen außer der des Menschseins abhängig gemacht. Ist diese Position nicht haltbar, dann folgt z.B. für einen Patienten mit komplettem apallischem Syndrom (=PVS), daß er ein Recht auf Pflege und Fürsorge hat - und aufgrund seiner besonderen Lage auch in besonderer Weise.

In theologischer Perspektive gründet die Würde des Menschen in seiner Gottesebenbildlichkeit (Gen 1, 26f; Gen 2). Was also philosophisch Menschenwürde heißt, findet theologisch seine sachliche Entsprechung in der Gottesebenbildlichkeit des Menschen. Falsch wäre es - wie das häufig geschieht -, für die Begründung der Menschenwürde exklusiv auf theologischen Gründen zu bestehen. Damit erweist sich auch die Moraltheologie einen Bärendienst: In dem verständlichen Bestreben, die unentbehrliche Relevanz des Glaubens in diesen Fragen zu demonstrieren, beansprucht man argumentative Exklusivrechte, die dann von anderen, die den Glauben nicht teilen, als religiöse Sondermeinung abgetan werden.⁽⁵⁾ Allerdings ist es richtig: Christlicher Glaube läßt es nicht zu, daß dem Menschen erst nachträglich von Menschen und ihren Institutionen die Menschenwürde zuerkannt wird. Sie ist vielmehr vorgängig zu jeder Setzung anzuerkennen, weil von Gott, dem Schöpfer, seinem Bild und Gleichnis gewährt und eingeschaffen.

2.2 Das physische Leben als fundamentalstes Gut

In diesem Kontext möchte ich einige Hinweise zur Unterscheidung von Leib und Körper geben:

Das Ich steht in Kommunikation mit anderen und ist in vermittelter Unmittelbarkeit zugleich Leib des Menschen und hat seinen Körper, der damit auch der Diagnose und Therapie zugänglich ist. Bloßes Leben und noch radikaler Überleben ist eine notwendige Bedingung der Möglichkeit gelingenden Lebens, doch ist es keineswegs mit letzterem identisch.

Daraus ergibt sich die Frage, wie sich das Gut des physischen Lebens zu jenen Gütern verhält, die ein erfülltes Leben des Menschen ausmachen. Das Leben ist ein inhärentes Gut des Menschen und besitzt als notwendige Bedingung aller anderen menschlichen Vollzüge *fundamentalen Wert*. Für sich betrachtet ist es aber keineswegs das höchste aller Güter. "Diese Fundamentalität läßt die Integrität von Leib und Leben aus dem Schutz der Würde hervorgehen und zum Grund eines Rechts werden, nicht getötet zu werden. Doch führt sie zu einem Lebensrecht, das das Recht des Betroffenen auf den natürlichen Tod nicht ausschließt. Da niemand das Recht hat, über das Leben eines anderen zu verfügen, bedarf die Verfügung, die in der Intervention des Arztes geschieht, prinzipiell der Zustimmung durch den Patienten; doch impliziert dies auch das Recht des Patienten, dieser Intervention von sich aus eine Grenze zu setzen."⁽⁶⁾

Die Entscheidung aber, was ein erfülltes bzw. gelingendes Leben ist, trifft jeder für sich. Kein Dritter hat das Recht, darüber in bezug auf einen anderen zu entscheiden. Insofern steht auch niemanden ein Urteil über die Lebensqualität eines anderen zu. Angewandt etwa auf den Fall des Apallikers bedeutet das: Der Arzt hat nur dann das Recht, bestimmte Maßnahmen zu unterlassen, wenn er dem zuvor ausdrücklich geäußerten Wunsch oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten folgt.

3. Einige Kriterien für den Behandlungsverzicht bzw. Behandlungsabbruch

Wie aber ist zu entscheiden, wenn weder der tatsächliche noch der mutmaßlich Wille des Patienten eruiert werden kann bzw. wenn wir von einem schwerkranken Patienten um Rat gefragt werden? Ärztliches Handeln ist auf das Ziel der Heilung oder, wenn Heilung nicht mehr möglich ist, zumindest auf das Ziel der Schmerzlinderung ausgerichtet.⁽⁷⁾ Heilung bedeutet im Gefälle unserer bisherigen Erwägungen Erhaltung und Wiederherstellung der Bedingungen gelingenden Lebens. Aber das Ziel der Therapie ist nicht mit dem gelingenden Leben identisch, allerdings auch nicht ohne Bezug dazu zu denken. In Fällen, in denen eine Therapie dem Patienten nicht mehr dazu verhelfen kann, die Ziele und Zwecke des menschlichen Lebens zu verfolgen, hat sie prinzipiell ihre Grenze erreicht und ärztliches Handeln muß sich auf angemessene Pflege und Schmerzbekämpfung beschränken. Befindet sich der Kranke am Beginn des Sterbens, ist Sterbebegleitung geboten, nicht aber intensivmedizinischer Aktivismus. Der evangelische Theologe Helmut Thielicke formulierte einmal provokativ: "Bei extremem Einsatz der medizinischen Technik kann der Heilauftrag des Arztes in einen Terror der Humanität, in den Frevel des Inhumanen umschlagen."⁽⁸⁾

(1) Im neuen *Lexikon der Bioethik* heißt es: "Ein Behandlungsverzicht oder ein

Behandlungsabbruch ist dann indiziert, wenn durch einen Behandlungsversuch zweifelsfrei keine Verbesserung der Prognose der Erkrankung erzielt werden könnte, der entscheidungsfähige Patient nach eingehender Aufklärung keine Behandlung wünscht oder bei nicht entscheidungsfähigem Patienten angenommen werden muss, dass er eine Behandlung ablehnt." (9) Letzteres wird man aber nur dann eruieren können, wenn sich der Patient zu einem früherem Zeitpunkt zu vergleichbaren oder ähnlichen Fällen in Sinne des Verzichts auf Behandlung geäußert hat. Zu den Schwierigkeiten, die sich in diesem Zusammenhang einstellen können, unten mehr. In der Regel können die behandelnden Ärzte davon ausgehen, daß Schmerzlinderung und eine gute Pflege gewünscht werden.

(2) Die Frage des Behandlungsverzichts bzw. -abbruchs wird in den Fällen schwierig, in denen es sich um *nicht akut gefährdende Erkrankungen* handelt, die erst nach Jahren die Lebensqualität erheblich einschränken oder ernsthaft lebensbedrohend werden und deren derzeitige Behandlung oft mit hohen Kosten, starken Nebenwirkungen und unsicherem Behandlungserfolg verbunden ist. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, daß den verbesserten therapeutischen Möglichkeiten vielfach eine zunehmende Belastung der Patienten durch langwierige und komplizierte Therapievorgänge entspricht. Außerdem stellt sich die Frage, ob die Verbesserung in einem Teilbereich die Gesamtbefindlichkeit des Patienten nicht u.U. erheblich verschlechtert. Bei den behandelnden Ärzten wird zuweilen keine Einigkeit über Prognose und Notwendigkeit der Therapie zu erzielen sein. Das erschwert die Sachlage. Wenn der Patient eine Behandlung bzw. deren Fortsetzung wünscht, besteht ethisch kein Problem. Die Behandlung hat zu erfolgen. Bei Unsicherheit auf Seiten des Patienten wie der behandelnden Ärzte wird man die Behandlung einleiten bzw. fortsetzen - jedenfalls bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine gesicherte Prognose möglich ist.

(3) Zum Behandlungsabbruch heißt es im gleichen Artikel des *Lexikons der Bioethik*: "Eine einmal begonnene Therapie muss abgebrochen werden, wenn der Krankheitsverlauf oder weiterführende diagnostische Maßnahmen zeigen, dass keine Therapienotwendigkeit oder Therapiemöglichkeit besteht, oder der Patient den Therapieabbruch wünscht." (10) Unter psychologischer Rücksicht betrachtet wiegt ein Therapieabbruch schwerer als dessen Verzicht, denn mit jeder begonnenen Therapie wird in der Regel doch eine Hoffnung - zumindest auf Linderung und Besserung - geweckt. Prinzipiell aber gilt: Alle Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch.

(4) Bei vitaler Bedrohung des Patienten wird die Entscheidung über Therapieverzicht/-abbruch sehr schwierig. Erlaubt der Zustand des Patienten überhaupt eine intensivmedizinische Behandlung? Läßt sich sein Zustand durch eine Therapie verbessern? Ist der Patient nicht in der Lage, sich in irgendeiner Weise zu äußern, wird man u.U. auch die nächsten Angehörigen bzw. einen Betreuer fragen müssen. Angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin und gerade der Intensivmedizin schwanken die Angehörigen häufig zwischen einer unrealistischen Maximalmedizin und dem Wunsch nach rascher Beendigung des Leidens.

Die Entscheidung über die Fortführung einer Intensivtherapie sollte zwischen dem betreuenden

Behandlungsteam, den nächsten Angehörigen, Bezugspersonen oder Betreuer erfolgen. Dabei ist der Grundsatz des *nil nocere* stets zu beachten. Unwirksame Therapien, die häufig die Patienten auch noch zusätzlich erheblich belasten, sind abubrechen. Allerdings sind diagnostische und therapeutische Maßnahmen dann zu ergreifen, wenn sie dem Patienten voraussichtlich nutzen können.

(5) "Patienten, die ohne Chance sind, sich so weit zu erholen, dass sie eine vernünftige Lebensqualität erlangen, sollten nicht auf einer Intensivstation behandelt werden."⁽¹¹⁾

Bei zweifelhafter Prognose im Falle von Hochrisikopatienten sollte auf eine intensivmedizinische Behandlung verzichtet werden, um statt dessen durch eine Symptombehandlung Zeit für ein noch bewußtes und kommunikationsfähiges Leben zu gewinnen. Der natürliche Tod ist in solchen Fällen ein Gut. Die Intensivmedizin "darf keinesfalls das Mögliche sinnlos einsetzen, wodurch der Vorwurf der Öffentlichkeit, sie verlängere mit ihren Möglichkeiten das Sterben, eine Rechtfertigung erlangen könnte."⁽¹²⁾

(6) Bei Patienten mit apallischem Syndrom (PVS) sollte in der Regel auf eine intensivmedizinische Behandlung verzichtet werden. Man sollte sich auf Pflege und Ernährung beschränken.

4. Der Patientenwille

Daß ich im Kontext der Fragestellung unseres Symposiums die Bedeutung des Patientenwillens so herausstelle, könnte gerade bei Intensivmedizinern einige Verwunderung hervorrufen. Sie werden mir vorhalten können, daß sie es vielleicht sogar in den meisten Fällen mit Patienten zu tun haben, die nicht mehr in der Lage sind, über so weitreichende Fragen wie Behandlungsverzicht oder -abbruch zu entscheiden. Bevor ich auf diese Frage näher eingehe, möchte ich zuvor einige Begriffe klären, um nicht unnötig Mißverständnisse zu provozieren.

4.1 Unterscheidungen

Soll der Patientenwille den Ausschlag für oder gegen eine Behandlung bzw. deren Verzicht oder Abbruch geben, werden zuweilen recht idealtypische Anforderungen an eine solche Willensbekundung gestellt:

- Sie soll ernsthaft sein.
- Sie soll eindeutig sein.
- Der Patient soll urteilsfähig sein.

Solche Bedingungen werden in der Situation des Krankenhauses bei schwer erkrankten Patienten kaum jemals vollständig erfüllt. Also - so könnte man folgern - hat in solchen Fällen der behandelnde Arzt bzw. das Ärzteteam das letzte Wort.

Von einer eindeutigen Willensbekundung, die vorstehende Bedingungen erfüllt, ist die Eruierung des "vermeintlichen Interesses" des Patienten in solchen Fällen zu unterscheiden, in denen dieser

nicht mehr seinen Willen bekunden kann. Häufig werden beide Kriterien miteinander kombiniert, obwohl sie auf ganz unterschiedlichen Ebenen anzusiedeln sind. Denn es gilt: Einer Willensbekundung eines Patienten ist nicht deshalb Folge zu leisten, weil sie sein vermeintliches Interesse beinhaltet, sondern weil sie als seine authentische Willensäußerung zu gelten hat. Der mutmaßliche Wille dagegen wird auf anderen Wegen eruiert und ist wohl eng verwandt mit dem vermeintlichen Willen.

Nach Laufs (Arztrecht) hat als "mutmaßlicher Wille" das zu gelten, was "der Patient bei objektiver Beurteilung aller Umstände geäußert hätte, wenn er sich hätte entschließen und mitteilen können."

(13)

Unklar in der Verwendung ist auch das Kriterium der "Zumutbarkeit", weil dabei sowohl subjektiv/individuelle Gesichtspunkte und wie auch eine Beurteilung der Situation von außen miteinander kombiniert werden. Subjektive und objektiv erwartbare Zumutbarkeit sind aber nicht einfach deckungsgleich.

4.2 Willensbekundung in der Intensivmedizin - ihre Probleme

Obwohl gerade in der Intensivmedizin der Stand der Medizintechnik eingesetzt wird, um Menschenleben zu retten, verlangt die Situation von den Medizinern keinen Rückzug, sondern im Gegenteil großes Engagement, denn die Ärzte sind in dieser Situation in besonderer Weise vor das Grundproblem der medizinischen Ethik gestellt, die freie Selbstbestimmung des Patienten, sofern er überhaupt von seinem Zustand her dazu in der Lage ist, mit der eigenen besonderen Verantwortung und Handlungskompetenz in Einklang zu bringen. Auch Schwerstkranke sind nicht einfach Objekte der Behandlung, sondern bleiben Subjekte, eigenverantwortliche Partner, die als solche auch anerkannt sein wollen. Wer schwer erkrankt ist, ist auf fremde Hilfe angewiesen. Damit liefert er sich aber auch in gewisser Weise an andere aus. Erfährt er in dieser Lage keine menschliche Zuwendung, wird das Gefühl des Ausgeliefertseins nur noch verstärkt. Aus Gesprächen mit Intensivmedizinern ist mir bekannt, daß sie sehr wohl darum wissen, aber oft nicht die Zeit finden, um mit ihren Patienten in aller Ruhe zu sprechen - und zwar so, daß diese dabei nicht nur einseitig vom Arzt informiert oder belehrt werden, sondern daß sie selber auch zu Wort kommen können und sich ausdrücken dürfen. Ist ein Patient entscheidungsfähig und kommt er zu dem Entschluß, in seinem Falle sei auf eine intensivmedizinische Maßnahme zu verzichten, hat der Arzt diesen Entscheid zu respektieren. Seine *Garantenstellung* verpflichtet ihn zwar dazu, den Patienten u.U. von der Sinnhaftigkeit einer Therapie zu überzeugen, wenn dieser offensichtlich aus Unkenntnis einen falschen Entschluß fällt, aber er kann den Willen des Patienten nicht einfach beiseiteschieben.

In diesem Zusammenhang möchte ich um der Gerechtigkeit willen auf ein Dilemma zu sprechen kommen, in das die Notfall- wie auch die Intensivmedizin geraten können: Oft müssen erst intensivmedizinische Maßnahmen eingeleitet werden, um die Grenzen der Behandlungsfähigkeit des Patienten zu erproben. Erst dann kann man zu der Erkenntnis gelangen, eigentlich hätten wir mit der Behandlung gar nicht erst beginnen sollen. Bei der großen Unsicherheit des

Behandlungserfolgs bleibt dem Arzt im Einzelfall oft keine andere Wahl, als in der genannten Weise vorzugehen.⁽¹⁴⁾

In der Öffentlichkeit wird zuweilen der Eindruck erweckt, als würden sich Mediziner zu Herren über Leben und Tod aufspielen, wenn sie sich dazu entschließen, eine aussichtslose Behandlung abubrechen. Weil man sich diesem Vorwurf nicht aussetzen will, weil auch nahe Angehörige nicht in den Verdacht kommen wollen, doch nur möglichst rasch ans Erbe heranzukommen, deshalb wird häufig nur der Prozeß des Sterbens verlängert, ohne dem Leben damit zu dienen. Ich darf in diesem Zusammenhang Paul Sporken zitieren: "Nicht das Leben schlechthin, sondern das wahrhaft Menschliche bildet die Grundnorm ärztlichen Handelns."⁽¹⁵⁾ Das Humanum aber geht nicht in der physiologischen Dimension des Menschen auf, so wichtig auch das "Funktionieren" des Körpers ist. Beim Menschen schließt die Ehrfurcht vor dem Leben stets den Respekt vor seiner Freiheit und Würde ein. Natürlich ist es nicht einfach, Grenzlinien zu markieren, jenseits derer der Mensch in seiner Würde verletzt wird. In jedem Falle aber gilt, daß Technik menschliche Nähe nicht ersetzen kann.

5. Plädoyer für eine Kultur der Endlichkeit des Menschen

Die Fortschritte in der Medizin im allgemeinen und besonders im Bereich der Intensivmedizin ermöglichen es nicht nur, mehr Krankheiten als bisher zu heilen, sondern sie verlängern u. U. auch den Prozeß des Sterbens, ohne daß begründete Aussicht auf Heilung besteht. Nach Papst Pius XII. sollen bei schwerer Krankheit Ärzte "gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend den Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) üblichen Mittel, d. h. der Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder andere mit sich bringen"⁽¹⁶⁾, verpflichtet sein. Denn eine "strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu schwer und würde die Erlangung wichtigerer Güter zu sehr erschweren. Leben, Gesundheit und jede irdische Aktivität sind in der Tat geistigen Zielen untergeordnet"⁽¹⁷⁾. Zur Erhaltung des Lebens um jeden Preis ist also niemand moralisch verpflichtet. Diese Lehre findet in der *Erklärung* der römischen Glaubenskongregation zur Euthanasie Bestätigung und Präzisierung.⁽¹⁸⁾ Die *Erklärung* weiß um die Trennschärfe der Ausdrücke "gewöhnliche" und "außergewöhnliche Mittel" angesichts des Fortschritts in der modernen Medizin. Ob man statt dessen zwischen "verhältnismäßigen" und "unverhältnismäßigen" Mitteln unterscheiden sollte, läßt die *Erklärung* offen. Prinzipiell sollte gelten: "Auf jeden Fall kann die richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann" (454). Medizinische Maßnahmen, die das Leben verlängern, aber die freie Selbstbestimmung des Menschen auslöschen, ihn gar "zu einem dressierten bloßen Sinnenwesen oder zu einem lebenden Automaten degradieren"⁽¹⁹⁾, sind moralisch unerlaubt. Die Enzyklika "Evangelium vitae" Johannes Pauls II. (25.3.1995) bestätigt diese Position ausdrücklich (vgl. Nr. 65) und insistiert auf der moralischen Relevanz der Unterscheidung zwischen aktiver Tötung und

Sterbenlassen, wobei zur Tötung auch eine Unterlassung zählt, "die ihrer Natur nach und aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden" (Nr. 65).

In diesem Zusammenhang möchte ich in der gebotenen Kürze auf die Unterscheidung zwischen aktiver Tötung und passivem Sterbenlassen eingehen, weil gerade Befürworter der aktiven Sterbehilfe die moralische Relevanz dieser Unterscheidung leugnen. Auch wer eine Behandlung unterlasse oder sie abbreche, intendiere den Tod des Patienten. Dieter Birnbacher u.a. nennen als legitimen Grund für aktive Sterbehilfe auf Verlangen wie für passives Sterbenlassen "die Minderung des Leidens eines anderen"⁽²⁰⁾. Doch wer tötet, der mindert das Leiden nicht, sondern beendet es. Und wer aus Mitleid tötet, dessen Mitleiden mit dem Leidenden endet durch dessen Tod. Wer aber auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet oder bereits eingeleitete abbricht, weil sie das Leiden nur verlängern und therapeutisch sinnlos sind, der beendet das Leiden nicht, sondern nimmt die Verkürzung des Sterbeprozesses in Kauf. Zumal die Behandlung mit schmerzstillenden Mitteln fortgeführt werden kann. In diesem Kontext ist der Einwand, in beiden Fällen sei das Ergebnis - der Eintritt des Todes - dasselbe, kein Gegenargument, denn Menschen sind sterbliche Wesen und der Tod ist für jeden das sichere Ende. Es ist absurd, uns für den Tod von Menschen generell oder in Situationen verantwortlich zu machen, in denen der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat oder therapeutische Maßnahmen chancenlos sind. In der Regel liegt der Tod eines Menschen nicht im Bereich unserer Verantwortung. Angesichts der Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin, physiologische Körperfunktionen selbst nach Eintritt des Hirntodes noch aufrechtzuerhalten, ist die Unterscheidung zwischen medizinischen Maßnahmen, die eine gewisse Aussicht auf Heilung oder zumindest Linderung des Leidens haben, und solchen Maßnahmen, die therapeutisch nutzlos sind, das Leiden lediglich verlängern und häufig noch intensivieren, besonders dringlich geworden. Um dem Patienten einen guten Tod zu ermöglichen, wird man deshalb u.U. gehalten sein, sich auf Schmerzlinderung und Grundpflege zu beschränken. Es handelt sich dann um Sterbebegleitung, nicht um die Tötung eines Menschen. Nur wenn die Unterlassung oder der Abbruch gegen eine moralische Behandlungspflicht verstoßen würde, handelte es sich um den Tatbestand unterlassener Hilfeleistung.

M.E. ist für alle Beteiligten, Patienten, Angehörige wie Ärzte und Pflegepersonal eine Grundhaltung dienlich: die Anerkennung der Endlichkeit menschlichen Lebens und damit auch der Begrenztheit therapeutischer Maßnahmen. Es gilt in der Tat, den Tod als Ende anzunehmen. Hierzu gehört allerdings auch die Bereitschaft, dieses Ende nicht an den eigenen Lebens- oder Todeswillen zu binden, sondern dieses Ende in seiner Unverfügbarkeit anzuerkennen. Dieser letzte Gedanke wird u.U. für Menschen, die nicht daran glauben können, daß sie im Leben und Sterben von Gott, ihrem Schöpfer und Erlöser gehalten sind, nicht nachvollziehbar sein. Hier bleibt das Zeugnis gelebter Solidarität gerade mit den Sterbenden, damit sie auf ihrem letzten Gang nicht alleingelassen sind, wenn sie ihr Leben loslassen müssen.

1. Vgl. Friedo Ricken, Ist die Person oder der Mensch Zweck an sich selbst?, in: Mechthild Dreyer/ Kurt Fleischhauer (Hg.), Natur und Person im ethischen Disput, 147-168.

2. Ludger Honnefelder, Lebensrecht und Menschenwürde. Zu Bedeutung und Grenzen der Behandlungspflicht bei Patienten mit komplettem apallischen Syndrom, in: Ethik Med 8 (1996) 1-5, 2.
3. Ebd.
4. Vgl. John Locke, An Essay Concerning Human Understanding, ed. P. H. Nidditch, Oxford 1975, book III, chap. 6 §§ 1-4; Peter Singer, Praktische Ethik, Stuttgart 1984 (Original: Pratical Ethics, Cambridge 1979).
5. Dieser Strategie bedient sich u.a. Norbert Hoerster. Exemplarisch sei auf *Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218, Frankfurt 1991, 114-127*, verwiesen.
6. Honnefelder, Lebensrecht und Menschenwürde 2f.
7. In der *Präambel* der *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung (11.09.1998)* heißt es: "Aufgabe des Arztes ist, 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."
8. Helmut Thielicke, Wer darf leben? Der Arzt als Richter, Tübingen 1968, 42.
9. Art. Behandlungsverzicht/Behandlungsabbruch , in: Lexikon der Bioethik 1, 312-320, 312.
10. Ebd.
11. Executive Committee of the European Society oft Intensive Care Medicine.
12. Lexikon der Bioethik 1, 305/1.
13. Adolf Laufs, Arztrecht, München 1988, RZ 144.
14. Vgl. hierzu die Beiträge in: Michael Mohr/Dietrich Kettler (Hg.), Ethik in der Notfallmedizin. Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung, Berlin-Heidelberg 1997.
15. Paul Sporken, Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik, Düsseldorf 1977, 52.
16. Ansprache vom 24.9.1957 an Ärzte, in: Herder Korrespondenz 12, 228-230, 229.
17. Ebd.
18. 5.5.1980, in: Herder Korrespondenz 34, 451-454.
19. Pius XII (14.9.1952), in: Herder Korrespondenz 7, 71-76, 73.
20. Dieter Birnbacher, Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995, 338.

