

Die Medizinethik und die aktuelle Debatte um Sterbebegleitung und Sterbehilfe

Gisela Bockenheimer-Lucius,

Die Sehnsucht nach dem „guten Tod“ begleitet die Menschen seit jeher. In besonders schöner Weise hat dies Rainer Maria Rilke im „Stundenbuch“ zum Ausdruck gebracht: „O Herr, gib jedem seinen eigenen Tod, das Sterben, das aus jenem Leben geht, darin er Liebe hatte, Sinn und Not...“. Rilke spricht damit eine Sehnsucht an, die für den Arzt die erste und dringlichste Herausforderung sein müsste, wenn er dem sterbenden Menschen begegnet: Lass für jeden Menschen den ihm eigenen Tod zu!

Die Aufgaben des Arztes als Begleiter des Sterbenden haben sich im Laufe der Jahrhunderte gewandelt. Die moderne Medizin hat ihm aber Möglichkeiten des Lebenserhalts an die Hand gegeben, die dem kranken Menschen das Sterben oftmals erschweren, sein Leiden verlängern und ihm das Gefühl geben, seinen eigenen Tod nicht haben zu dürfen. Dieses Empfinden oder Erleben eines Zuviel an Medizin löst Angst vor einem menschenunwürdigen Sterben aus. Mit dem Wunsch nach einem gelingenden Leben verbindet sich für die Betroffenen die Sehnsucht, auch das Sterben zu einem gelingenden Akt des eigenen Daseins zu machen. Das Bewusstsein des Ausgeliefertseins, der Abhängigkeit und das Erleben von Ohnmacht verstärken die Bemühungen der Betroffenen, gerade in dieser Phase des Lebens dem persönlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit Ausdruck verleihen zu können, und der Patient hat auch ein Recht darauf, dass der Arzt sich mit seiner Person

und seinen Lebensvorstellungen, mit seinen Werten und den darauf beruhenden Entscheidungen auseinandersetzt.

Was bedeutet dies in der aktuellen medizinethischen Diskussion um Sterbebegleitung und Sterbehilfe? Ich möchte aus der ganzen Fülle moralischer Fragen und ethischer Beurteilungen drei Fragen herausgreifen:

1. Kann der Arzt für den individuellen Patienten „das Gute“ bestimmen?
2. Wie kann der Mensch auch im Sterben seine Selbstbestimmtheit erhalten?
3. Wann tötet der Arzt, und soll der Arzt töten dürfen?

Kann der Arzt für den individuellen Patienten „das Gute“ bestimmen?

Die ärztliche Verpflichtung zum Lebensschutz ist verbunden mit den Fürsorgepflichten des Arztes und der Frage nach dem Ziel seiner therapeutischen Maßnahmen – Lebenserhalt und Lebensverlängerung oder Lindern des Leidens und Begleitung des Sterbeprozesses. Darüber muss der Arzt sich und seinem Patienten Rechenschaft ablegen.

Jeder sterbende Mensch hat ein Recht auf umfassende palliative ärztliche und pflegerische Betreuung und menschliche Begleitung, auch durch die Angehörigen und Seelsorger. Diese *Sterbebegleitung* gehört zu den elementaren Aufgaben im Umgang mit todkranken Menschen. In diesem Bereich sind die Einrichtung von Hospizen und ambulanten Diensten sowie die finanzielle und organisatorische Unterstützung von

Angehörigen von großer Bedeutung. Ebenso müssen eine deutliche Verbesserung der Schmerzbehandlung und die Befähigung von Ärzten und Pflegenden zum Gespräch mit dem Sterbenden, sowie Zeit und Raum für Zuwendung unabdingbar angemahnt werden.

In diesem Sinne versteht sich die Palliativmedizin als „die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist ...“. Auch der Deutsche Ärztetag hat im Jahre 2003 daran erinnert, dass unheilbar Kranke ihr Leben bis zuletzt als lebenswert empfinden können, „wenn sie professionell betreut werden, Zuwendung erfahren und nicht alleine gelassen werden.“ Dies ist es, was alle Betroffenen als würdevolles Sterben erleben.

Meine Eingangsfrage verschärft sich aber, wenn der Wille des Patienten den ärztlichen Ratschlägen und Angeboten nicht entspricht, oder wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist. Der Patient - und in besonderer Weise der Sterbende - hat ein Recht darauf, dass sein Wille respektiert wird, auch dann, wenn er unvernünftig erscheint. Um den Willen eines nicht mehr urteilsfähigen Menschen zu erfassen, ist es unverzichtbar, Voraussetzungen zu beachten, die ihm Nahestehenden und / oder einen Betreuer hinzuzuziehen. Entscheidungen zu einem Verzicht auf eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme können dennoch erhebliche Konflikte hervorrufen, weil das Erleben von „sinnlos“ oder „nutzlos“ individuell sehr verschieden und von subjektiven Einschätzungen wie kulturellen Einflüssen abhängig ist. Die ethische Not liegt im angemessenen Realisieren eines Willens, der im Falle des nicht mehr einwilligungsfähigen Menschen nur gemutmaßt werden kann.

Das Urteil über Sinn oder Sinnlosigkeit einer medizinischen Behandlung ist **nämlich** im konkreten und immer individuellen Fall *nie wertneutral*. Die zumeist unproblematische *medizinische* Indikation erweist sich bei Entscheidungen angesichts eines nichteinwilligungsfähigen Patienten oftmals als erhebliches ethisches Problem. Wesentliche Elemente wie Nutzen und Schaden einer Maßnahme oder Prognose und Handlungsziel unterliegen sowohl normativen Wertentscheidungen (Was bedeuten z.B. Menschenwürde und Autonomie mit Blick auf das Sterben?) als auch persönlichen Wertebildern des Arztes und der Pflegenden im Umgang mit Leid und Schmerz. In den Entscheidungsprozess fließt mehr ein als eine „rein medizinische“ Einschätzung, und so ist es geradezu unvermeidbar, dass die moralische Verpflichtung zum Lebenserhalt und ihren Grenzen auch unter Ärzten nicht im Konsens beantwortet wird.

Hinzukommt, dass Patientenverfügungen in der Regel die Begrenzung von Behandlungsmaßnahmen gerade und ausdrücklich für den Fall einer infausten Prognose festhalten. Die Schwierigkeit der Prognose ist es aber, die ganz wesentliche Abwägungsprobleme bei der Indikationsstellung mit sich bringt. Sie ist mit besonderer Unsicherheit belastet und in vieler Hinsicht nur eine Wahrscheinlichkeitsaussage.

Für den individuellen Patienten wird es bei der Frage nach Behandlungsmaßnahmen nicht nur um seine Lebenszeit, sondern eben auch um die ihm verbleibende Lebensqualität gehen. Die Frage nach den Möglichkeiten der Wiederherstellung einer Lebenssituation, die der individuellen Belastbarkeit des Erkrankten gerecht wird, tritt in den Vordergrund. Wird es z.B. bei einem möglicherweise nur vorübergehend bewusstlosen Patienten zu einem Verlust der zuvor noch vorhandenen

Selbständigkeit, einem erheblichen oder völligen Verlust der Kommunikationsfähigkeit kommen? Wird er schwerstpflegebedürftig werden? Das Kriterium des „Wohls“ muss zweifellos handlungsleitend sein für alle Entscheidungen Dritter. Diese Entscheidungen Dritter müssen aber gerade am Lebensende eines Patienten in besonderer Weise dessen mutmaßlichen individuellen Willen respektieren.

Wann soll oder muss also auf eine Maximaltherapie und damit auch von vorne herein auf eine für die Therapieplanung notwendige *Diagnostik* verzichtet werden? Welche Bedeutung hat bei einem Therapieversuch ein hohes Alter? Welche Folgen eines Therapieversuchs wäre ein Patient zu tragen bereit? Was wäre für ihn ein „positives Ergebnis“?

Kann der Arzt nun im Einzelfall für den Patienten „das Gute“ bestimmen?

Viele Ärzte, aber auch Medizinethiker stellen die ärztliche Fürsorgepflicht der Patientenautonomie voran und weisen dem Arzt die Rolle dessen zu, der aufgrund seines Auftrags und Ethos dieses Wissen um „das Gute“ für den kranken Menschen besitzt. Der medizinische Experte aber hat im Falle von Nutzen/Risiko-Abwägung auch nur ein begrenztes Wissen und kann immer nur Aussagen über die Wahrscheinlichkeit der Prognose und die relative Nutzen-Risiko-Einschätzung machen. Zudem setzen die angeführten individuellen, religiösen und kulturellen Bindungen dem medizinischen Eingreifen Grenzen. Über den Lebensentwurf seines Patienten, über dessen Werte kann **der Arzt** nicht entscheiden. Das mit der ärztlichen Fürsorge angestrebte Wohl ist **kein medizinisch objektiver, sondern ein patientenorientierter individueller Begriff.**

Ärztliches Handeln steht gerade am Lebensende eines Patienten nicht unter dem Diktat einer klaren, eindeutigen Handlungsanweisung, sondern unter der Abwägung von Müssen, Sollen, Dürfen, Können oder Wollen. Dies macht jedoch die Komplexität der Problematik und die unvermeidbare Wertorientiertheit der Entscheidungen endgültig augenfällig.

Die medizinische Indikation hat zweifellos einen wichtigen Stellenwert im Entscheidungsprozess des Arztes bzw. des ärztlichen Teams. Sie ist ebenso unverzichtbares Recht des Patienten auf die Kompetenz und Verantwortlichkeit seines Arztes. Der Entscheidungsprozess in der Betreuungssituation aber ist nur dann zum *Wohl* des Betreuten zu erfüllen, wenn die unabdingbare Fürsorgepflicht und Verantwortungsübernahme des Arztes - gerade weil es keine ganz und gar objektivierbare Basis gibt – aus der Gemeinsamkeit zwischen den Möglichkeiten ärztlichen Wissens und den Möglichkeiten des Patientenwissens und -wollens erwachsen.

Um dies alles zu gewährleisten bedarf es dringend einer Gesprächs- und Entscheidungskultur zwischen Ärzten und Betreuenden, die auf Vertrauen und gegenseitiger Achtung beruhen muss. Der *gemeinsame* Blick auf den individuellen Patienten gewährleistet dessen Wohl: Was schulden wir dem Sterbenden, was muten wir ihm zu? Das „Gute“ für das eigene Leben kann nur der Patient selbst bestimmen. Dies sollten alle anerkennen, die ihn in seinem Sterben begleiten.

Wie kann der Mensch auch im Sterben seine Selbstbestimmtheit erhalten?

Der ärztliche Heilauftrag verlangt die Fürsorge für den Patienten und die Beachtung des Nichtschadendürfens, zugleich aber auch den Respekt vor der Autonomie des Patienten. Dazu gehört als Teil der Würde und Freiheit des Menschen auch die Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Dieses Selbstbestimmungsrecht schützt den Menschen vor unzulässiger Fremdbestimmung.

Viele Menschen legen daher in einer Vorausverfügung fest, unter welchen Bedingungen sie **bestimmten** therapeutischen Maßnahmen **nicht** mehr zustimmen möchten. Diese Vorausverfügungen werden von Vielen als Ausdruck des Misstrauens oder eines immer höheren Anspruchs gegenüber der Medizin oder dem Arzt erlebt. Sie können aber, wie ich meine, sehr viel besser als Ausdruck menschlicher Selbstfürsorge und menschlicher Autonomie verstanden werden.

Dem Bedürfnis und Recht des Menschen, sein eigenes Leben als gutes und gelingendes gestalten zu wollen, ist ein Autonomieverständnis angemessen, das ärztliche Fürsorge nicht als Gegenspieler betrachtet. Setzt man Autonomie als *Verfasstheit des Menschen* voraus, so ist die Fürsorge, die **jedem Kranken** zuteil werden muss, dem Willen des Patienten nachgeordnet, aber in ihrer Bedeutung nicht gemindert. Vielmehr ist gerade bei einem starken Autonomie-Konzept die Gewähr für den *schwachen* Menschen gegeben, dass sein Selbstbestimmungsrecht auch dann nicht missachtet wird, wenn er es persönlich nicht mehr wahrnehmen kann. Nur der vorausgehende Respekt vor seiner persönlichen Autonomie kann ihn aufgrund seines zuvor bekundeten Willens vor einem wohlmeinenden, aber unangebrachten ärztlichen Paternalismus schützen.

Damit hängt aber auch die Abwägung zwischen der ärztlichen wie staatlichen *Verpflichtung zum Lebensschutz* wesentlich davon ab, welches Autonomieverständnis die Basis *stellvertretender* Entscheidungen Dritter ist. Die Weiterbehandlung eines Kranken trotz einer Nichteinwilligung widerspricht fundamental seinem Recht auf Selbstbestimmung. Es geht also nicht um die Frage eines Verzichts auf bestimmte Maßnahmen, sondern um die Erlaubnis und Einwilligung zur Durchführung oder Weiterführung bestimmter Maßnahmen. Niemand muss sich zwangsweise behandeln lassen, und dies muss auch für den Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit gelten.

Uneinigkeit herrscht – dies darf nicht übersehen werden - im Stellenwert, der dem sog. „mutmaßlichen Willen“ beigemessen wird. Auch ein gut informierter und vertrauenswürdiger Stellvertreter kann im konkreten Fall nur mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit den Willen des Patienten wiedergeben. Hat der Betroffene sich **in einer Vorausverfügung** nicht präzise genug für oder gegen eine konkret zu entscheidende Behandlungsoption geäußert, so beginnt die schwierige Eruierung seiner Wertvorstellungen und persönlichen Wünsche zu seinem eigenen Sterben. Wichtig ist die Feststellung, dass die möglicherweise vom Arzt angebotenen Behandlungsmaßnahmen nicht per se und uneingeschränkt „sinnvoll“ und „absolut indiziert“ sind, nur weil *der Arzt* sie *anbietet*. Trotz erstrebenswerter Handlungsziele kann der Arzt - wie gerade beschrieben - die Belastungen für den individuellen Patienten nur vage einschätzen. Hier droht die Gefahr, dass Ärzte und Betreuende die eigene ethische Haltung mit dem Willen des Patienten verwechseln.

Strittig ist auch, welchen Stellenwert *objektive* Kriterien haben sollen. Einerseits will der Verfügende gerade seine *subjektive* und möglicherweise von objektiven, gesellschaftlich geprägten Wertbildern *unterschiedene Wertung* vorangestellt und gesichert wissen. Objektive Kriterien haben dann keinen Bezug zu seiner Selbstbestimmtheit. Sind die Verfügungen aber zu vage, so müssen andererseits oftmals objektive Kriterien herangezogen werden, um den betroffenen Patienten gleichermaßen vor Vernachlässigung wie vor unzulässiger Fremdbestimmung zu schützen.

Was aber sind dann im Einzelfall die „besten Interessen“, und wer kann es entscheiden? Es gehört zu den möglicherweise schmerzlichen, aber unvermeidbaren Konsequenzen, dass nicht die Vorstellungen Dritter (seien sie „vernünftig“ oder stark „beziehungs- und fürsorgebezogen“) das Wohl des Patienten bestimmen, sondern allein der Wille des Betroffenen. Dies ist unproblematisch, wenn alle ein gemeinsames Bild vom Patienten und dessen Werten eint. Kommt es allerdings zu schwerwiegenden, z.B. familiären Auseinandersetzungen, so werden Entscheidungen in einer pluralistischen Wertegemeinschaft immer Dissens und bei einigen Menschen möglicherweise auch moralische Empörung hervorrufen. Vermutlich werden wir angesichts der Komplexität der anstehenden Fragen zunehmend mehr herausgefordert, unsere individuellen Wertvorstellungen zu reflektieren und uns für zukünftige Entscheidungsfälle auch dazu zu bekennen. Und schließlich werden wir in einer pluralistischen Gesellschaft die Diskussion um Urteile zur Lebensqualität nicht vermeiden können, wenn wir dem individuell betroffenen Patienten und seiner Autonomie bis zu seinem Tod gerecht werden wollen.

Wann tötet der Arzt, und soll der Arzt töten dürfen?

Leider ist die Diskussion um Sterbebegleitung und Sterbehilfe nach wie vor sehr kontrovers und oftmals auch hochemotional, wenn es um konkrete Behandlungsmaßnahmen - wie etwa Beatmung, Nahrungszufuhr oder Antibiotika-Gabe - und die Beurteilung geht, ob sie obligatorische ärztliche Handlungsverpflichtungen darstellen. In besonderer Weise ist von diesem Streit die Frage nach dem Einsatz oder Verzicht auf künstliche Nahrungszufuhr über eine Sonde betroffen. Darf auf diese Therapie verzichtet werden, auch dann wenn der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar eingesetzt hat? Auch eine klinische oder ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Betreuung muss sich beim Einsatz sedierender Medikamente oder bei der Respektierung einer Patientenverfügung mit diesen Fragen auseinandersetzen.

Ich denke, dass Ärzte und Pflegende viel Vertrauen ihrer Patienten gewinnen könnten, wenn sie glaubhaft machen könnten, dass sie nicht versuchen, menschliches Leben um jeden Preis zu erhalten. Der Verzicht auf Maßnahmen, die den Leidens- und Sterbeprozess nur verlängern, ist kein Töten. Dazu bedarf es bei Ärzten und Pflegenden noch mancher kritischen Prüfung des eigenen Verhaltens. Ein deutscher Kollege hat einmal gesagt: „Wenn der Sterbeprozess aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar eingesetzt hat, gibt es keine ärztliche Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen. Doch halten sich immer noch nicht alle Ärzte daran. Sonst wären Patientenverfügungen, die sich nur auf die Sterbesituation beziehen, absolut überflüssig.“ Aber auch wenn der Sterbeprozess noch nicht unaufhaltsam begonnen hat, gilt es abzuwägen, welches Handlungsziel mit Blick auf den individuellen

Patienten und seinen Willen welche therapeutischen noch Maßnahmen rechtfertigt. Der Patient hat ein Recht darauf, nicht am Sterben gehindert zu werden! Ich glaube, dass wir manche Diskussion um eine aktive Sterbehilfe vermeiden könnten, wenn die Menschen sich auf dieses Recht verlassen könnten.

Aber es bleiben schwierige Fragen: Sind die Sterbewünsche Schwerstkranker wirklich immer Ausdruck unzureichender Palliativbehandlung und -betreuung? Wie ist das Recht eines sterbenskranken Menschen zu sichern, sein Lebensende nach seinen eigenen Überzeugungen zu gestalten? Für viele Menschen haben das Sterben und der eigene Tod eine hohe symbolische Bedeutung, und das kann auch für den Zeitpunkt des Sterbens gelten. Läuft es dem ureigenen Auftrag des Arztes entgegen, wenn er Assistenz beim Sterben leistet? Dies ist eine in der Medizinethik nach wie vor heftig umstrittene Frage. Viele Ärzte gestehen zu, dass es aussichtslose Fälle von Schmerz und Leid gibt, bei denen nur das Gewissen des Arztes entscheiden kann. Jedoch wird damit immer verbunden, dass es nicht zu den Aufgaben des Arztes gehören darf, aktive Hilfe beim Sterben zu leisten. Wir müssen eingestehen, dass wir hier die ethische Spannung diskutieren müssen, die dadurch entsteht, dass wir wissen, dass wir im Einzelfall einem Menschen am Lebensende Unerträgliches zumuten.

In welcher Weise können Ärzte und Pflegende dem Sterbenden dienen?

Damit komme ich auf die eingangs angesprochene moralische Herausforderung zurück: Wie ist Rilkes Bitte an seinen Gott um den

eigenen Tod zu erfüllen? Was können Ärzte und Pflegende dazu beitragen, in welcher Weise können sie dem Sterbenden dienen?

Ich denke, vor allem dadurch, dass auch Ärzte und Pflegende die Wirklichkeit aushalten und das Sterben zulassen. Wir alle werden das eigene Sterbenmüssen ebenso wie das Sterben derer, die uns nahe sind, nie ohne Schmerz und Trauer ertragen können. Genau dies ist es ja auch, was der Tod dem klagenden Ackermann vor Augen hält: Wer im Leben, Liebe, Sinn und Glück zu erleben erhofft, der muss das Leid annehmen können. Ohne Leid gibt es kein Glück. Wir werden immer der klagende Ackermann bleiben, der den Tod als grausam, als zu früh, als ungerecht empfindet. Aber das Erleben derer, die Sterbende begleiten, auch die Erfahrungen der Klinikseelsorger lehren uns, dass angesichts eines würdevollen Sterbens, Trost möglich ist. Dies ist ein Prozess, an dessen Ende sich Ausgesöhnteit und Trost „ereignen“. Den Weg dorthin aber darf die Medizin nicht durch Aktionismus versperren. Dies muss die herausragende Pflicht für Ärzte und Pflegende gegenüber dem Sterbenden werden.