

Johannes Reiter

Es geht um den Patienten

Grundfragen medizinischer Ethik neu bedacht

Wir haben Grund, über die Heilkunde neu nachzudenken. Die Errungenschaften der modernen Medizin, die wachsenden Schwierigkeiten einer sinnvollen medizinischen Praxis sowie die problematischen Strukturen des Gesundheitswesens sind Gegenstand höchster kritischer Aufmerksamkeit. Der Umgang mit Gesundheit, Krankheit, Leid, Not, Hinfälligkeit, Hilflosigkeit und Krise ist geprägt von der Spannung zwischen Handlungsmächtigkeit und Handlungsgrenzen der Medizin. Deren Handlungsträger sehen sich zunehmend vor Entscheidungen gestellt, die mit den Kategorien medizinischen Denkens allein nicht mehr zu bewältigen sind. Dies alles findet zudem statt in einer Situation komplexer gesellschaftlicher Umbrüche sowie im Konfliktfeld verschiedener Werte und pluraler Interessen. Die Zeit, in der die Medizin sich aus sich selbst heraus ihrer Grenzen vergewissern konnte, ist längst vorbei. Und ebenso wenig wie der Arzt nicht mehr einfach „guten Gewissens“ alles tun darf, was ihm die Medizin an Möglichkeiten zur Verfügung stellt, nimmt auch der Patient als Betroffener nicht mehr einfach alles hin, was ihm ärztliche Autorität ans Herz legt. Zudem ist sich der Patient seines Selbstbestimmungsrechts bewußt geworden, das ihm die Rechtsprechung durch verstärkte Anforderungen an die Aufklärungspflicht durchsetzen hilft. Was der Arzt heute tun darf oder muß und was der Patient von ihm erwarten darf, läßt sich nur noch aus dem Zusammenwirken von medizinischer, ethischer und rechtlicher Kompetenz beantworten.

Bei den nachfolgend zu beleuchtenden Stichworten handelt es sich um fundamentale Probleme der Heilkunde, die hier aus der Perspektive unserer Zeit vorgestellt und reflektiert werden sollen. Dabei kann es nicht um „ewige Antworten“ gehen, sondern eher um „Erste Hilfe“, um Informationen in Sachfragen und Orientierungshinweise zur ethischen Wertung und Entscheidungsfindung.

Was ist und was soll medizinische Ethik?

Medizin und Ethik sind sich nicht fremd¹. Ein Nachdenken über die Verantwortbarkeit ärztlichen Handelns findet man in den unterschiedlichen Kulturen der Menschheit². In unserem Kulturkreis stehen dafür der Name des griechischen

Arztes *Hippokrates* (4. Jahrhundert v. Chr.) – ein Schüler des Philosophen Heraklit – sowie die im Corpus Hippocraticum zusammengefaßten Fragmente über Medizinpraxis, Medizinphilosophie und Medizinethik. Eine bis heute paradigmatische Bedeutung hat der Hippokratische Eid, der für den Arzt in der Spannung zwischen technischem Können und moralischem Sollen die ethischen Grenzen festschreibt. Zwei herausragende und bis heute wirksame Grundpflichten verlangen vom Arzt, sich ohne Ansehen der Person für das Wohl des Patienten einzusetzen (*bonum facere*) und ihm insbesondere nicht zu schaden (*nil nocere*).

Die als paternalistisch bezeichnete – das Handeln des Arztes betonende – *hippokratische Medizinethik* reicht für die medizinethischen Probleme der Gegenwart jedoch nicht mehr aus. Der wissenschaftliche Fortschritt und die rasante Entwicklung der Medizin in den letzten 100 Jahren sowie die Pluralität von Wertvorstellungen und Wertprioritäten der modernen Gesellschaft geben heute die Bedingungen an, unter denen neue ethische Fragen an die Medizin gestellt werden. Die hippokratische Tradition wird daher durch zwei weitere medizinethische Entwürfe ergänzt: durch das Vertragsmodell und ein Prinzipienkonzept.

Das *Vertragsmodell* beschränkt sich auf das Arzt-Patient-Verhältnis und faßt dieses als Vertrag auf. Es tritt bevorzugt als „informed consent“ auf, als Einwilligung in eine Behandlung nach vorheriger Aufklärung, insbesondere in die Risiken. Das Modell besagt, daß die Entscheidung des Betroffenen als letztgültige Instanz für die Legitimität oder gar Sittlichkeit einer Behandlung durch den Arzt gilt. Darüber hinaus orientieren sich medizinische Interaktionen an vier tragenden *Prinzipien*, die sowohl im hippokratischen als auch im Vertragsmodell vorkommen, utilitaristisch begründet werden können und in einer pluralistischen Gesellschaft konsensfähig sind: 1. das Prinzip der Autonomie des Patienten; 2. das Prinzip des Nichtschadens (*nil nocere*); 3. das Prinzip des Wohlwollens (*bonum facere*) und 4. das Prinzip der Gerechtigkeit. Als fünftes Prinzip wird von einigen das der Verhältnismäßigkeit (Proportionalität) hinzugefügt.

Manche Mediziner sehen in der medizinischen Ethik eine neue Welle fachfremder Bevormundung durch Philosophen, Theologen und solche, die sich dafür halten, auf sich zukommen. Darauf ist zu antworten, daß *medizinische Ethik* lediglich Hilfestellungen anbieten möchte. „Sie ist kriterienorientierte Anleitung zur Selbstreflexion des medizinischen Personals und zur Argumentation als Entscheidungs- und Rechtfertigungshilfe.“³

Ein weiteres Mißverständnis besteht in der Auffassung, Ethik sei nicht lernbar, man besitze sie oder nicht, und zudem genüge der gesunde Menschenverstand und die eigene Erfahrung. Dazu muß festgestellt werden, daß Ethik nicht angeboren ist, sondern eine Wissenschaft, nämlich die wissenschaftliche Reflexion über Moral und Ethos, mit dem Ziel, Verhaltensvorschriften, sittliche Verpflichtungen und Handlungsregeln für Entscheidungen argumentativ auszuweisen. *Ethisches Argumentieren* ist ebenso erlernbar wie logisches oder mathematisches. Aber es

sagt nichts darüber aus, ob der ethisch Argumentierende sich in einer konkreten Situation ethisch oder unethisch verhalten wird, so wie ja auch ein guter Mathematiker sich im täglichen Leben durchaus „verrechnen“ kann.

Gesundheit – Krankheit – Lebensqualität

Ärztliches Handeln kann nur auf bestimmten Grundlagen und unter bestimmten Voraussetzungen stattfinden. Dabei steht am Anfang die zentrale Frage: Was ist Gesundheit, und was ist als Krankheit zu bezeichnen?⁴ Gesundheit und Krankheit zählen als zusammengehöriges Wortpaar zu den Grundbegriffen der Medizin. Die Umschreibungen von Gesundheit und Krankheit sind im wesentlichen Zweckdefinitionen und abhängig davon, ob sie vom Arzt, vom Kranken oder von der Gesellschaft bzw. zum Zweck der Beschreibung, Benennung oder Abgrenzung formuliert werden. Die Medizin der Gegenwart sieht sich verstärkt vor die Aufgabe gestellt, nicht nur Krankheit zu überwinden, sondern ebenso Gesundheit zu erhalten. Somit treten Prävention und Rehabilitation zunehmend neben die kurative Therapie.

Der gegenwärtig *offizielle Definitionsversuch von Gesundheit* entstammt der Constitution of the World Health Organisation (WHO) und bezeichnet sie als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, und nicht allein [als] das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Die Unbrauchbarkeit dieser Festlegung wurde wiederholt konstatiert. Anzuerkennen ist jedoch, daß mit dieser Definition Gesundheit nicht allein als Negation von Krankheit bestimmt und im übrigen auf soziale und geistige Bereiche ausgedehnt wird. Problematisch erscheint allerdings die scharfe Entgegensetzung von Gesundheit und Krankheit. Wer darf sich, wenn er die Definition der WHO zugrunde legt, überhaupt noch gesund nennen? Der Philosoph Karl Jaspers wäre demnach, wie er einmal sagte, „dreimal am Tag krank“.

Es wird daher vorgeschlagen, *Gesundheit* nicht einfachhin als Freiheit von Störungen zu definieren, sondern *als die Kraft, mit Störungen leben zu können* (O. Marquard). Unter alten Medizinern galt Gesundheit als „das Schweigen der Organe“. Diese Definition widerspricht zwar wissenschaftlichen Kriterien und auch dem populären Präventionsgedanken, doch hilft sie den Menschen, ohne Dauerangst vor potentiellen Krankheiten zu leben, die auch die moderne Medizin in vielen Fällen nicht ursächlich heilen kann.

Ein allgemein gültiger *Krankheitsbegriff* wurde bislang nicht entwickelt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist unter Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, dessen Eintritt entweder allein Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (vgl. BSG vom 15. 12. 1978 und 28. 2. 1980). Diese Definition krankt

daran, daß ein Kriterium für die Regelwidrigkeit und Normalität fehlt. Wesentlich fundierter erscheint die Begriffsbestimmung des Medizinhistorikers Karl E. Rothschuh: „Krank ist der Mensch, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen oder psychischen oder psychophysischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv oder klinisch oder sozial hilfsbedürftig ist.“ Eine griffigere Definition stammt von Dietrich v. Engelhardt: „Krankheit ist eine körperliche oder seelische Erscheinung, die vom Leidenden, dem Arzt und der Gesellschaft erlebt und beurteilt wird und den Wunsch nach Heilung entstehen läßt.“ Diese traditionellen Krankheitsbegriffe werden inzwischen durch die rasch anwachsenden Erkenntnisse der Molekulargenetik hinterfragt. Wird man die Krankheit künftig – wie bisher – auf der phänotypischen und klinisch manifesten Ebene ansiedeln oder schon auf der Genebene? Dank der genetischen Analyse kann niemand mehr in der Illusion leben, er sei genetisch unbelastet. Genetische Marker können für den aktuell Gesunden bedeuten, daß er in naher oder ferner Zukunft krank werden kann oder wird.

Daß Kranksein auch gesellschaftliche Aspekte enthält, ist in der Definition von Engelhardt bereits angeklungen. Sie zeigen sich u. a. darin, daß dem Kranken von der Gesellschaft eine *Krankenrolle* zuerkannt wird, die vor allem folgende vier Aspekte enthält: 1. Befreiung von den täglichen Verpflichtungen, 2. Befreiung von der Verantwortung für den kranken Zustand, 3. Verpflichtung, gesund werden zu wollen, 4. Verpflichtung, fachkundige Hilfe aufzusuchen.

Die Frage nach der *Lebensqualität* ist eine Reaktion auf die rasanten Fortschritte der modernen Medizin⁵. Ihre Möglichkeiten erlauben eine Versorgung und Manipulation des kranken Menschen, die jenseits der Grenzen dessen liegen, was der Begriff Lebensqualität auszudrücken versucht. Eine abschließende Definition von Lebensqualität gibt es nicht. Diese wird u. a. bestimmt durch das körperliche, seelische und geistige Befinden, die Lebenszufriedenheit, die soziale Rolle und das Umfeld. Demnach lassen sich bei der Erfassung der Lebensqualität – soweit eine solche denn überhaupt durchführbar ist – vier Lebensqualitätsdimensionen unterscheiden: 1. physische Lebensqualität: Mobilität, Aktivitäten des Lebens, Funktionsparameter, Schmerzfreiheit; 2. psychische Lebensqualität: Wohlbefinden, emotionaler Zustand, Angst, Depression, Streß, Freude; 3. soziale Lebensqualität: Beziehungen, finanzielle, ökonomische, arbeitsweltliche Aspekte; 4. spirituelle Lebensqualität: Lebenssinn, Ziele, Werte, metaphysisch-religiöse Bezüge. Der Integration und Einordnung dieser einzelnen Dimensionen zu einer Gesamtaussage über Lebensqualität sind persönliche Wertsysteme vorgeordnet. Die individuelle Wertung eines Lebensqualitätsparameters kann letztlich nur im jeweils eigenen System erfolgen.

In der medizinischen Praxis können drei Methoden der Feststellung von Lebensqualitätskriterien unterschieden werden: die Feststellung durch den Arzt, durch den Patienten sowie durch Arzt und Patient gemeinsam, wobei die letztge-

nannte Methode die ethisch und medizinisch optimale ist. Es geht darum herauszufinden, was im „besten Interesse“ des Patienten liegt, nicht nur angesichts der medizinisch-technischen Befunde, sondern auch im Hinblick auf die individuelle Vorstellung des Patienten von Lebensinhalt, Lebensziel, Freude, Leid und Tod. Niemals aber sollten – wie etwa in totalitären oder rassistischen Gesellschaften – Politiker, Bürokraten, Ärzte oder Philosophen über die Qualität des Lebens von Mitmenschen heteronom urteilen und entscheiden dürfen. „Wo die Fremdformulierung von Lebensqualität versucht wird, endet das Ethos der Medizin und die mitmenschliche Solidarität.“⁶

Im englischen Sprachraum hat man den Versuch unternommen, im Hinblick auf die medizinischen Maßnahmen und die Lebensqualität des Patienten eine Bezugsgröße zu entwickeln: „Quality adjusted life year“. Ein „Qualy“ ist der Parameter für gewonnene Lebensjahre einer definierten Lebensqualität in bezug zu den dafür aufgewandten medizinischen Maßnahmen. Auch wenn solche Parameter im Einzelfall unter ärztlichen Aspekten fragwürdig sind, wird man aus einem anderen Grund nicht umhinkommen, eine solche oder ähnliche Bezugsgröße zu entwickeln: Man braucht sie, um eine vernünftige Kosten-Nutzen-Analyse im Gesundheitsbereich erstellen zu können. Will man nämlich der Schieflage zwischen theoretischen Machbarkeiten und menschenwürdigen Lebensverbesserungen in der modernen Medizin begegnen, muß überprüft werden, ob das aufwendige ärztliche Handeln die Lebensqualität des einzelnen tatsächlich verbessert. Andernfalls wird die Medizin zum Selbstzweck und darüber hinaus für eine Solidargemeinschaft unbezahlbar.

Die ärztliche Behandlung – Das Arzt-Patient-Verhältnis

Sowohl von ihrem personalen Auftrag wie auch von ihrem sozialen Rollengefüge her konstituiert sich die Medizin als konkretes Verhältnis zwischen Arzt und Patient⁷. Der Ort der ersten Begegnung zwischen Arzt und Patient ist in der Regel die *Praxis des niedergelassenen Arztes*. Der Kranke sucht von sich aus den Arzt in einer von ihm als ungewöhnlich empfundenen Situation auf, die gekennzeichnet ist durch die Grundsymptome menschlichen Krankseins, durch Schmerz und/oder durch Angst. Auftraggeber in der Arzt-Patient-Beziehung ist der Patient. Er erwartet von dem Arzt, daß dieser ihn erstens als kranken Menschen ernst nimmt, ihn zweitens bei der Wiederherstellung seiner Gesundheit und seiner Fähigkeiten unterstützt sowie ihm drittens aufgrund seiner medizinischen Fachkenntnisse die geeignete Hilfe leistet.

Grundsätzlich ergeben sich zwei Möglichkeiten, die Begegnung zwischen Arzt und Patient bzw. die Entscheidungsfindung zu gestalten: die monologische und die dialogische Handlungsentscheidung. *Monologisch* ist eine Entscheidungs-

situation dann, wenn der Arzt aufgrund seines Wissens allein entscheidet, welche Mittel und Maßnahmen am Kranken anzuwenden sind. Der Arzt setzt offenbar dabei voraus, daß der Kranke seinen Anspruch auf freie Selbstbestimmung an Expertenwissen und ärztliche Handlungskompetenz abgetreten hat. Dem Kranken wird dabei eine passive Rolle zugewiesen, er ist lediglich Objekt ärztlichen Handelns. Gesundheit wird hier verstanden als das „Ineinanderstimmen aller Funktionen“ und Krankheit als „funktionale Entgleisung“, die durch technische Veränderung bestimmter Gegebenheiten auf einen statistischen Normwert hin korrigiert werden soll. In dieser „Medizin ohne Sprache“ geht es nur um die richtige Diagnose und die wirksame Therapie. Der Patient wird hier nicht in erster Linie als der leidende Kranke mit seinem subjektiven Krankheitsbild angenommen, sondern wie eine reparaturbedürftige Maschine behandelt.

Je mehr sich in den letzten Jahrzehnten der Emanzipationsgedanke durchsetzte und – damit verbunden – das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, nach Mündigkeit und nach persönlicher Verantwortung, um so bedeutsamer wurde die *dialogische Handlungsentscheidung*. Arzt und Patient verständigen sich hierbei im Dialog über den Sinn bestimmten Tuns und finden sich zur Zusammenarbeit in einem gemeinsamen Motivationshorizont. In diesem ist es beiden Handlungspartnern möglich, die eigene Situation im Gespräch einzubringen: Der Kranke versucht, im Dialog sein Befinden und Kranksein im Kontext seiner bisherigen Lebenspraxis darzustellen und zu begreifen. Der Arzt ist bemüht, die Krankheit über deren funktionalen Aspekt hinaus als plurivalenten Faktor in Lebensgeschichte und Lebenswelt des Kranken zu verstehen sowie aufzuzeigen, wie durch Anwendung bestimmter Mittel auf diese Notsituation zu antworten ist.

In der Arzt-Patient-Beziehung geht es um eine *partnerschaftliche Zusammenarbeit*, bei der die Rechte und Pflichten beider Partner beachtet und gegebenenfalls abgesprochen werden müssen. Mir scheint, daß es nur in einer so strukturierten Arzt-Patient-Beziehung möglich ist, den kranken Menschen als mündigen Patienten zu behandeln. Zu einer solchen Mündigkeit gehört dann, daß einerseits der Arzt sich nicht einfachhin die Verantwortung für die Krankheit und die Therapie aufbürden läßt, und daß andererseits der Patient bereit ist, die Verantwortung anteilmäßig zu übernehmen.

Nun sollte man keineswegs meinen, die Partnerschaft im Arzt-Patient-Verhältnis sei inzwischen eine Selbstverständlichkeit. Nach wie vor halten viele Ärzte an ihrer Rolle als „Funktionsträger“, als „Medizinalingenieure“ und „Halbgötter in Weiß“ fest und lehnen den Begriff der Partnerschaft für die Arzt-Patient-Beziehung ab. Wenn man in diesem Zusammenhang aber bedenkt, daß Partner durchaus nicht in allen Bereichen auf derselben Stufe stehen, sondern auch unterschiedliche Rechte und Pflichten haben, müßte es doch möglich sein, daß Arzt und Patient sich (wenigstens) in einem therapeutischen Arbeitsbündnis als Partner verstehen. Der ungarische Arzt Michael Balint hat nicht von ungefähr darauf hin-

gewiesen, daß die therapeutische Beziehung die Krankheit mitgestaltet und daß das „am allerhäufigsten verwendete Heilmittel der Arzt selber ist“⁸.

Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch

Im normalen ärztlichen Alltag stellt die Frage, ob eine Behandlung aufgenommen werden soll oder nicht, kein Problem dar. Ärztliches Handeln legitimiert sich im allgemeinen durch seine therapeutische Sinnhaftigkeit (Indikation) und durch die Zustimmung des Patienten (informed consent). Problematisch sind dagegen jene Fälle, in denen beide Parameter nicht parallel gehen. Der besseren Transparenz wegen seien zwei grundsätzliche Fallgruppen unterschieden: Behandlungsverzicht beim entscheidungsfähigen Patienten und Behandlungsverzicht beim eingeschränkt oder nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten⁹.

1. *Behandlungsverzicht beim entscheidungsfähigen Patienten.* Lehnt der Patient eine vom Arzt für ihn notwendig erachtete Behandlung ab, ist diese Ablehnung für den Arzt nur dann bindend, wenn der Patient ausreichend informiert ist, vor allem über die möglicherweise tödlichen Folgen der Ablehnung. Die Ablehnung einer Behandlung ist vom Arzt zu berücksichtigen, wenn ihr zu erwartender Nutzen in keinem rechten Verhältnis zu ihren belastenden Nebenwirkungen steht. Bei nicht sachgerechter Entscheidung des Patienten muß sich der Arzt bemühen, diesen vernünftig zu beeinflussen und die Angehörigen in die Entscheidung einzubeziehen. Lehnt der Patient unter den genannten Voraussetzungen die Behandlung ab, erlöschen die Behandlungspflicht und das Behandlungsrecht des Arztes. Er bleibt natürlich weiterhin zur Grundpflege verpflichtet.

2. *Behandlungsverzicht beim eingeschränkt oder nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten.* Der Arzt wird hier seine Entscheidung an den objektiven Kriterien, nämlich Diagnose und Prognose, orientieren müssen. Neben diesen objektiven Merkmalen sollten aber auch – insbesondere dann, wenn der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist – frühere Äußerungen des Patienten und der Angehörigen in die Entscheidung einfließen. Bei Kranken, die in den Endzustand einer längeren Erkrankung wie zum Beispiel eines Krebsleidens eingetreten sind, ist der Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung in der Regel selbstverständlich. Beim Opfer eines schweren Unfalls sollte man – sofern auch nur die geringste Hoffnung besteht – nach dem Grundsatz handeln: in dubio pro vita.

Während die Frage des Behandlungsverzichts sich vor der Aufnahme einer Behandlung stellt, steht die Überlegung eines *Behandlungsabbruchs* bei laufender Behandlung an, wenn diese aus noch näher zu bestimmenden Kriterien sinnlos erscheint. Ist der Patient noch entscheidungsfähig, darf eine lebensverlängernde Maßnahme nur mit seinem Einvernehmen abgebrochen werden; hier gelten die zuvor beim Behandlungsverzicht besprochenen Grundsätze.

Die ethische Beurteilung des Behandlungsverzichts und des Behandlungsabbruchs setzt bei einer *ganzheitlich-menschlichen Betrachtung* an¹⁰. Demnach sind Leben und Gesundheit zwar hohe, aber keine absoluten Werte. Sie sind den eigentlich menschlichen Werten, der Entfaltung des personalen Daseins und der mitmenschlichen Kommunikation zugeordnet. In unserem Fall bedeutet dies, daß der schwerstkranke und sterbende Mensch noch wirklich er selbst sein und in seinem Leiden einen Sinn sehen kann, daß er mitmenschlicher Kommunikation – in welch beschränkten Ausdrucksformen auch immer – fähig oder bedürftig ist. Wenn die lebensverlängernde Behandlung diese Zielsetzung (Mindestmaß an Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität) nicht mehr erreicht, darf sie abgebrochen werden. Der ethische Bewertungsmaßstab ist also nicht das Leben im biologischen, sondern im ganzheitlich menschlichen Sinn. Der verantwortbare Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen kann auch einen Verzicht auf ein unbegrenztes Verfügen über den Patienten darstellen.

Es gibt einen *Grundkonsens* in der Ethik insgesamt: Wo sich der Prozeß des Sterbens lange hinzieht, wo die psychische Kraft zur Bewältigung einer unheilbaren, aber voraussichtlich noch lange andauernden Krankheit nicht mehr vorhanden oder der Prozeß des Sterbens ganz und gar auf das allmähliche Erlöschen der letzten biologischen Funktionen eingeengt ist, müssen auftretende Komplikationen nicht mehr mit allen möglichen Mitteln bekämpft werden, auch wenn der Tod dann möglicherweise beschleunigt eintritt. In solchen Fällen kann eine für die Heilung als wirkungslos erkannte Behandlung ausgesetzt bzw. muß erst gar nicht aufgenommen werden.

Eine weitere ethische Regel besagt, daß niemand verpflichtet ist, zur Erhaltung von Gesundheit und Leben *außergewöhnliche Mittel* einzusetzen. Gewöhnlichkeit bzw. Außergewöhnlichkeit sind aber nicht nur zu bestimmen nach Umständen, Ort, Zeit und Kultur, auch nicht nur nach ihrer medizinisch-technologischen oder finanziellen Aufwendigkeit, sondern von der Auswirkung der Mittel auf den Gesamtzustand des Menschen her. Gewiß muß die Grundpflege in jedem Fall gewahrt bleiben. Wenn man aber den Patienten nicht als Anhäufung von Teilen und Funktionen, nicht als bloßes Sinnenwesen unter lebenden Automaten betrachtet, kann man vielleicht sagen: Gereicht die Unterbrechung aller Möglichkeiten zum Besten des Patienten, dann scheint ein solches Handeln berechtigt zu sein. Anders ausgedrückt: Wenn höhere Güter, wichtigere Pflichten und geistige Ziele definitiv unerreichbar sind, ist die Aussetzung einer Intensivtherapie bzw. der Verzicht auf ihre Aufnahme als sittlich erlaubt, vielleicht sogar als sittlich geboten zu betrachten (Alfons Auer).

Behandlungsabbruch bzw. Behandlungsverzicht müssen schließlich auch von dem *Maß der Belastung* her bewertet werden, die sie für den Patienten und seine Umgebung mit sich bringen. Der Anwendung außergewöhnlicher Mittel sind jedenfalls auch von daher Grenzen gezogen. Die traditionelle Moralthologie

zählte zu außergewöhnlichen Belastungen etwa die Zerrüttung tragender zwischenmenschlicher Beziehungen, den Verlust der seelischen Geborgenheit, die finanzielle Ausblutung. Gemeint sind jedenfalls schwere physische, psychische oder andersartige Belastungen oder Behinderungen, durch die das Leben eines Sterbenden zu einer einzigen Überlebensanstrengung wird (A. Auer).

Es ist schließlich in gleicher Weise Auffassung der medizinischen und theologischen Ethik, daß der Verzicht auf den Einsatz außergewöhnlicher Mittel nicht nur im Hinblick auf außergewöhnliche Belastungen des Patienten, sondern ebenso *anderer Menschen* ethisch legitim ist. Es sei erwähnt, daß neuerdings auch sozialpolitische und ökonomische Probleme offen ausgesprochen werden¹¹. Ein Tag auf der Intensivstation kostet ca. 3000 DM. Wenn in einer Klinik das Leben eines bewußtlosen und hoffnungslos kranken Patienten um 90 Tage verlängert wird, betragen die Kosten 270 000 DM. Wohlgedenkt: Es geht hier nicht im geringsten darum, daß man aus ökonomischen Gründen ein Leben verkürzt. Ein konkretes Menschenleben ist kein ökonomisches Gut und hat daher auch keinen Preis. Es ist auch nicht die Frage, ob die Medizin zu teuer, sondern ob sie wirklich produktiv ist, also ob die ungeheuren Steigerungen des Aufwands mit einer angemessenen Steigerung der Heilerfolge bzw. der Lebensqualität einhergehen.

Wer darf leben? Zur Frage der Organtransplantation

Die Erfolge der Transplantationsmedizin sind beeindruckend. Allein in Deutschland wurden im Jahr 1995 2128 Nieren, 595 Lebern, 498 Herzen, 84 Lungen und 63 Bauchspeicheldrüsen transplantiert. Mit den medizinisch-technischen Möglichkeiten wächst aber auch der Mangel an Organen. Zudem sinkt die Zahl der Spender; viele Menschen, denen geholfen werden könnte, müssen sterben¹².

Nun ist der Entschluß zur Organspende und das Ausfüllen eines entsprechenden Ausweises etwas anderes als das Ausfüllen einer Spendenüberweisung für eine karitative Organisation. Die Zurückhaltung vieler Menschen gegenüber einer endgültigen Entscheidung zur Organspende gründet dabei weniger in mangelndem Helferwillen als vielmehr in psychischen Hemmschwellen. Tiefverwurzelte Ängste sind hier mit im Spiel: zunächst einmal die Scheu des Menschen, mit dem Tod konfrontiert zu werden; dann die Angst, vielleicht doch vorzeitig aufgegeben und zu früh für tot erklärt zu werden, um verpflanzbare Organe zu gewinnen. Viele lehnen einen Eingriff in ihren Körper nach dem Tod ab, weil sie äußerlich unverseht bestattet werden wollen. Die geäußerten Ängste und Bedenken können nicht einfach übergangen werden, es bedarf vielmehr einer umfassenden Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung.

In unserer Gesellschaft besteht Übereinstimmung darüber, daß Krankheiten bekämpft werden dürfen und sollen, sofern dadurch nicht mehr Leiden auferlegt

als genommen werden. Da die Organtransplantation in unserer Zeit zum festen Bestandteil lebensrettender und die Lebensqualität verbessernder medizinischer Maßnahmen zählt, findet sie ihre ethische Rechtfertigung in der Lebensrettung und Leidensminderung vieler Menschen.

In der Regel werden heute Organe von Verstorbenen verwendet; dennoch hat die Transplantation von Organen *lebender Spender* noch eine gewisse Bedeutung, etwa bei der Knochenmarks- oder Nierenspende innerhalb der Familie. Durch Übereinstimmung der Gewebeeigenschaften sind sehr gute Erfolgsaussichten gegeben. Eine Organspende von Lebenden ist dann ethisch vertretbar, wenn es sich um paarige Organe handelt und wenn das Leben und die Gesundheit des Spenders nicht gefährdet sind. Die physischen und psychischen Risiken, die der Spender eingeht, müssen in einem angemessenen Verhältnis stehen zu dem erwarteten Wohl des Empfängers. Der Spender muß seine Einwilligung in voller Freiheit nach reiflicher Überlegung und umfassender Aufklärung gegeben haben. Geistig Behinderte und Minderjährige müssen als Spender ausgeschlossen bleiben.

Ethisch unvertretbar ist der Verkauf von Organen um des Gewinnes willen. Er ist ein Verstoß gegen die Würde des Menschen. Hier instrumentalisiert der Mensch sich selbst; das heißt nach Kant, sein Leib wird nur noch als Mittel und nicht auch als Zweck betrachtet. Ein noch so guter Zweck heiligt aber niemals die Mittel. Es ist auch zu fragen, ob beim *Organhandel* Freiwilligkeit vorliegt oder der Spender nicht doch unter (finanziellem) Druck steht und dabei die möglichen Spätfolgen nicht bedenkt. Im Fall des Organhandels erfolgt die Verteilung der Organe auch nicht mehr nach medizinischen, sondern nach finanziellen Kriterien. Reiche können sich Gesundheit kaufen, Arme müssen sterben. Arme und Mittellose würden schließlich auch dazu verführt, durch den Verkauf ihrer Organe die eigene Gesundheit aufs Spiel zu setzen.

Stellt jemand seine Organe *nach seinem Tod* zur Verfügung, handelt es sich um eine freie Schenkung, die im Sinn der Mitmenschlichkeit schon in sich selbst sinnvoll ist. Eine solche Handlung kann dem Sterben eine tiefere Bedeutung geben und eine letzte Besiegelung des Willens darstellen, für andere zu leben und zu sterben. Wie die Organspende von Lebenden unterliegt auch die Organspende von Toten der Freiwilligkeit; sie bedarf der Einwilligung des Spenders zu Lebzeiten oder nach dessen Tod durch die Angehörigen, die das postmortale Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen wahrnehmen.

Da für die Organentnahme bei einem Verstorbenen die maßgebliche Voraussetzung der Tod des Spenders ist, kommt der genauen *Bestimmung des Todeseintritts* eine wichtige Bedeutung zu. Philosophie und Theologie haben hierbei nicht die erste Kompetenz; diese kommt der Medizin zu. Nach deren Auskunft ist der Tod des Menschen mit dem Tod des Gesamthirns gleichzusetzen. Das Entscheidende beim *Hirntod* ist, daß damit das irdische Leben des Menschen unumkehrbar zu Ende ist. Eine Rückkehr zum Leben ist selbst durch Anwendung der Methoden,

welche die Intensivmedizin bietet, nicht mehr möglich. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen oder äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgend etwas entscheiden. Die Steuerung aller anderen Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zu einer Einheit ist nicht mehr möglich.

Der Hirntod bedeutet also das Ende einer sich selbst bestimmenden und über ihren Körper verfügenden Person und damit das Ende einer sich selbst bestimmenden irdischen Existenz. Wenn Philosophen und Theologen vom Tod sprechen, meinen sie das definitive Ende des Lebens, jenen Punkt, von dem es keine Rückkehr ins diesseitige Leben mehr gibt. Dies scheint, nach allem was wir heute wissen, mit dem Hirntod der Fall zu sein. Wenn daher nach Feststellung des Hirntods Organe entnommen werden, wird nicht mehr an einem lebenden oder sterbenden, sondern an einem bereits verstorbenen Menschen gehandelt.

Bei alldem ist es wichtig, daß der Mensch auch in Sterben und Tod als Gottes Geschöpf geachtet wird, von dem die Bibel sagt, wunderbar habe Gott ihn gemacht. Es ist durchaus zu respektieren, wenn Angehörige ihren Verstorbenen unversehrt ins Grab legen möchten und einer Organentnahme nicht zustimmen können. Demgegenüber muß aber auch festgestellt werden, daß die Bewahrung des Lebens und die Minderung des Leids eines Mitmenschen durch Organspende das höhere Gut ist gegenüber der *Unversehrtheit des Leichnams* und den *Pietätspflichten* gegenüber dem Toten. Organspende kann verstanden werden als Tat der Nächstenliebe (auch über den Tod hinaus). Weil es sich dabei aber um eine „Großtat der Mitmenschlichkeit“ bzw. um ein „Werk der Übergebühre“ handelt, kann sie niemandem abverlangt werden. Organspende ist keine „Bringschuld“. Man muß auch die Entscheidung derer achten, die sich nicht für eine Organspende zur Verfügung stellen.

Wesentlich für die Organtransplantation ist die sachlich und ethisch vertretbare *Verteilung der Organe*. (Immer mehr potentielle Empfänger stehen auf den Wartelisten der Transplantationszentren, ohne daß in Zukunft ausreichend Behandlungsmöglichkeiten bestehen.) Die sachgerechte Zuteilung der begrenzt verfügbaren Organe orientiert sich an medizinischen Kriterien: 1. Prinzip der Kompatibilität bzw. des größtmöglichen Nutzens; 2. Prinzip der Dringlichkeit. Neben der Organverfügbarkeit gibt es auch andere Begrenzungen: der Mangel an Intensivbehandlungskapazität, der Mangel an ärztlichem und vor allem an pflegerischem Personal sowie die Konkurrenz um die für das gesamte Gesundheitswesen begrenzten Ressourcen.

Diskutiert wird auch über die *Zuteilung finanzieller Ressourcen*. Die Transplantationsmedizin zählt zur Hochleistungsmedizin und gehört zu den aufwendigsten Behandlungsverfahren. Dennoch kann man sagen, daß unter Umständen durch die Transplantation auch Kosteneinsparungen möglich sind, zum Beispiel bei der

Nierentransplantation, die langfristig wesentlich günstiger ist als eine dauerhafte Dialysebehandlung. Aber auch bei Herz- oder Lebertransplantationen gilt es zu bedenken, daß diesen immer die konservative medizinische Therapie gegenübersteht, die ebenfalls viele Ressourcen verbraucht. Sicher ist jedoch, daß gerade in bezug auf Quantität und Qualität gewonnener Lebensjahre die Transplantationsmedizin positive Ergebnisse gegenüber anderen Behandlungsverfahren zeigt.

Euthanasie und Sterbehilfe

Der Begriff *Euthanasie* ist heute vor allem aufgrund der Erfahrung im Nationalsozialismus ein einseitig negativ belasteter Begriff¹³. Die Tatsache, daß man im „Dritten Reich“ unter Euthanasie die staatlich angeordnete Vernichtung sogenannten „lebensunwerten Lebens“ verstand, lastet auf diesem Wort wie eine unbezahlte und nicht mehr abzutragende Hypothek. Im Sinn einer inhaltlichen Abgrenzung ist deshalb das gegenwärtige Bestreben zu verstehen, aller Philologie zum Trotz auf diesen negativ konnotierten Begriff zu verzichten und statt dessen die neutrale und unverdächtigere Bezeichnung „Sterbehilfe“ zu verwenden. Dennoch kann man den ursprünglichen Begriff nicht ganz entbehren. Die verantwortete Hilfe zum „guten Tod“ – nichts anderes bezeichnet der Terminus Euthanasie – ist genau die Problematik, um die es geht. Im folgenden soll jedoch der Begriff „Sterbehilfe“ verwendet werden.

Sterbehilfe ist ein Thema, das in wachsendem Ausmaß die Menschen bewegt sowie Meinungsumfragen und heftige Debatten veranlaßt. Gemeinhin versteht man unter Sterbehilfe die *vorsätzliche Tötung eines qualvoll leidenden und unheilbar kranken Patienten* durch tödliche Wirkstoffe oder sonstige Mittel. In der wissenschaftlichen Diskussion hat sich eine Differenzierung durchgesetzt, auf die sich auch die ethische Bewertung bezieht: 1. direkte oder aktive Sterbehilfe: Erleichterung des Sterbens durch gezielte Lebensverkürzung, 2. passive Sterbehilfe: Erleichterung des Sterbens als Sterbenlassen durch Verzicht oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, und 3. indirekte Sterbehilfe: Erleichterung des Sterbens mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung. Hierbei ist etwa an die Verabreichung von Sedativa und Narkotika zu denken, die eine lebensverkürzende Wirkung haben können; letztere darf aber nicht von dem Handelnden intendiert, sondern nur hingenommen werden.

Während die passive und indirekte Sterbehilfe im Einzelfall als „gute und humane Medizin“ gelten können, wird die aktive Sterbehilfe in unserer Gesellschaft weitgehend als unvertretbar angesehen; doch mehren sich die Stimmen, die ihre Zulassung fordern. Die gegen die aktive Sterbehilfe vorgebrachten Argumente lassen sich drei Gruppen zuordnen: religiöse Argumente, Argumente im Hinblick auf das Gemeinwohl und Argumente im Hinblick auf das eigene Wohl.

Das *religiöse* Argument geht von dem ausschließlichen Verfügungsrecht Gottes aus. Gott sei Schöpfer, Eigentümer und Herr eines jeden Menschenlebens. Er gebe dem Menschen das Leben als Geschenk, damit er es im Dienst des göttlichen Plans mit der Menschheit und der Schöpfung nutze. Die Aufgabe des einzelnen Lebens und/oder die Tötung eines anderen werden als Verletzung von Gottes souveränem Eigentumsrecht am Menschen gesehen.

Die hinsichtlich des *Gemeinwohls* vorgebrachten Argumente verweisen zunächst auf den „Dammbrucheffekt“: Die Zulassung der aktiven Sterbehilfe würde nicht nur zu ihrem Anstieg führen, sondern würde auch auf behinderte und kranke Menschen ausgedehnt, die nicht so sehr selber leiden als eher eine Last für die Gesellschaft bedeuten. Weiterhin wird darauf hingewiesen, daß – wenn der Arzt Sterbehilfe praktizieren würde – das Vertrauen zwischen Arzt und Patient ernsthaft Schaden nehmen und zerstört würde. Schließlich stellten sich auch Schwierigkeiten ein bezüglich des freien Willens des Patienten als unverzichtbare Bedingung für die aktive Sterbehilfe. Gerade die Situation einer schweren lebensbedrohenden Krankheit könne die Urteilsfindung des Kranken einschränken.

Die Argumente, die vom *individuellen Wohl* ausgehen, sehen in der Sterbehilfe eine Verletzung der Pflicht, sich selbst zu lieben und nach Vollkommenheit zu streben. Ein Mensch, der nach der aktiven Sterbehilfe verlange, beraube sich der Möglichkeit jedes weiteren persönlichen Reifens. Religiös interpretiert bedeutet dies: Er weigert sich, sich zu jener Vollkommenheit zu bringen, zu der er von Gott berufen ist.

Gegen die Contra-Argumente lassen sich sicherlich auch Pro-Argumente finden. Und es fällt schwer, mit den Gründen der Vernunft allein zu einem sicheren und alle überzeugenden Schluß zu kommen. Wenn der Mensch die Überzeugung hat, daß er sich selbst das Letzte ist, dann gibt es wohl kein zwingendes Argument dagegen, daß er – wenn das Gesamt der Umstände die Unwertigkeit seines weiteren Lebens dokumentiert – diesem durch eine freie Entscheidung ein Ende setzt, und es gibt kein zwingendes Argument dafür, daß er sein Hineingestelltsein zwischen Geburt und Tod als unaufhebbare Verfügung betrachten muß (A. Auer): Gegen das Recht auf Selbstvernichtung gibt es wohl nur ein einziges stichhaltiges Argument, und dieses ist kein eigentlich moralisches, sondern ein religiöses. Es steht und fällt mit dem christlichen Glauben, daß der Mensch ein Geschöpf Gottes ist, daß er sein Leben als eine Gabe geschenkt bekam.

Ziel des ärztlichen Handelns ist nicht der Kampf gegen den Tod – in diesem Kampf wäre der Arzt immer der Verlierer. Das Angehen gegen den Tod ist zwar ein wichtiger Gesichtspunkt ärztlichen Handelns; Ziel dieses Handelns ist jedoch die Sorge für das Leben des Menschen in all seinen Phasen. Zum Leben gehört aber auch das Sterben, an dessen Ende der Tod steht. Sterben ist jener Weg, den der Mensch in seiner letzten Lebensphase bis zum Tod zurücklegen muß. Der Beistand, der dem Sterbenden geleistet wird, ist immer ein Stück Lebenshilfe. Es

ist wichtig, daß der Arzt sich selbst dann noch Zeit nimmt für einen Besuch am Bett des Sterbenden, wenn die medizinischen Möglichkeiten erschöpft sind. Denn hier zeigt sich die ärztliche Einstellung, die den Kranken nicht nur als Objekt therapeutischer Maßnahmen sieht, sondern ihn auch im Zustand körperlicher Hinfälligkeit ernst nimmt und in seiner menschlichen Würde achtet.

Die wachsenden medizinischen Möglichkeiten fordern ein Neubedenken und eine Neuordnung der medizinischen und ärztlichen Grundbegriffe. Die bleibende Differenz zwischen dem Machbaren und dem Sinnvollen, zwischen dem Wollen, Können und Dürfen wird heute als besonders herausfordernd erfahren. An einigen ausgewählten Themen wurde dies aufzuzeigen versucht, wobei primär nach dem humanitären Auftrag des Arztes und den normativen Kriterien seines Eingreifens gefragt wurde. Es sollte dargelegt werden, wie die alten und neuen Normen ärztlichen Verhaltens in exemplarischer Weise im Arzt-Patient-Verhältnis zutage treten. Im wesentlichen sollte es dabei um eine patientenorientierte und am „Wohl des Patienten“ ausgerichtete Heilkunst gehen. Was dem „Wohl des Patienten“ dient, was „sinnvoll“ und „zu seinem Besten“ ist, gilt es zusammen mit dem Patienten herauszufinden. Eine Orientierung am Begriff der Lebensqualität – als ein Faktor unter anderen – kann dabei hilfreich sein. Was Menschlichkeit im ärztlichen Handeln bedeutet, wie das Postulat Menschlichkeit in diesem Bereich eingelöst werden kann, muß profilierter ausgelegt, mit verstärktem Impuls angegangen und überzeugend praktiziert werden.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. die medizineth. Standardwerke: B. Häring, *Heilender Dienst* (Mainz 1972); P. Sporken, *Die Sorge um d. kranken Menschen* (Düsseldorf 1977); Wb. med. Grundbegr. (Freiburg 1979); H. Schaefer, *Med. Ethik* (Heidelberg 1983); F. J. Illhard, *Med. Ethik* (Berlin 1985); F. Anschütz, *Ärztl. Handeln* (Darmstadt 1987); LMed (Freiburg 1989); *Eth. Denken in d. Med.*, hg. v. E. Amelung (Berlin 1992); E. Schockenhoff, *Ethik d. Lebens* (Mainz 1993); B. Irrgang, *Grundriß d. med. Ethik* (München 1995).

² Zum Folgenden vgl. ebd. 11–95; H.-M. Sass, *Med., Krankheit u. Gesundheit*, in: *Prakt. Philos.*, hg. v. K. Bayertz (Reinbek 1991) 210–242. ³ Irrgang (A. 1) 26.

⁴ Vgl. dazu D. v. Engelhardt, *Gesundheit u. Krankheit*, in: LMed 408–414, 646–650; aus theol.-eth. Perspektive U. Körtner, *Dimensionen von Heil u. Heilung*, in: *EthMed* 8 (1996) H. 1, 27–42.

⁵ Vgl. zum Folgenden J.-G. Meran, *Lebensqualität in d. Med.*, in: *Herausforderung Ethik in d. Med.*, hg. v. U. Benzenhöfer (Frankfurt 1994) 63–80; „Lebensqualität“ als Bewertungskrit. in d. Med., hg. v. P. Schölmerich, G. Thews (Mainz 1990). ⁶ Sass (A. 2) 230.

⁷ Vgl. zum Folgenden H. H. Dickhaut u. B. Luban-Plozza, *Arzt-Patient-Beziehung* in: LMed 122–132; J. N. Neumann, *Behandlung*, ebd. 158–170. ⁸ M. Balint, *Der Arzt, sein Patient u. d. Krankheit* (Stuttgart 1993).

⁹ Vgl. M. v. Lutterotti, A. Auer, *Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht*, in: LMed 170–181.

¹⁰ Im Folgenden orientiere ich mich an A. Auer (A. 9) 175–181.

¹¹ Vgl. dazu etwa J. Reiter, *Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen*, in: *Aus reichen Quellen leben* (FS H. Weber, Trier 1995) 415–426.

¹² Vgl. J. Reiter, *Strittige Voraussetzungen. Zur Diskussion über Todeszeitpunkt u. Organtransplantation*, in: HK 49 (1995) 123–128; W. Wagner, *Gemeinsamkeiten zw. Hirntodkonzept u. traditionellen Todeszeichenkonzepten. Überlegungen zu den anthropolog. Grundlagen d. Feststellung d. menschl. Todes*, in: *EthMed* 7 (1995) H. 4, 193–212.

¹³ Vgl. Enz. „*Evangelium vitae*“ v. Johannes Paul II., Nr. 64 u. 65; *Sterben in Würde* (Mainz 1995); K.-H. Peschke, *Chr. Ethik. Spezielle Moralth. (Trier 1995) 342–349.*