

# **Aus Mitleid töten? Der Auftrag des medizinischen Sterbebeistands aus ethischer Sicht**

Eberhard Schockenhoff, Freiburg

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 ihm verfügbaren 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 unterschwelligsten Ängste der Bevölkerung vor einem langen quälenden Leidenmüssen vor dem eigenen Tod mobilisiert. Die 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, soll dann die Schlussfolgerung fragen, 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 Sterbebeistandes**

Eine glaubwürdige argumentative Antwort auf die dargestellten Rechtfertigungsversuche der aktiven Euthanasie muss vor allem versuchen, den positiven Auftrag des ärztlichen und pflegerischen Sterbebeistandes 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 Paradigmenweiterung 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.<sup>1</sup>

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

### **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 ihm verfügbaren 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"<sup>ii</sup>.

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"<sup>iii</sup>.

### 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.

---

<sup>i</sup> Vgl. zu diesem Dilemma *Th. von Uexküll/W. Wesiack*, Theorie der Humanmedizin, München u.a. 1998, 605-615.

<sup>ii</sup> *P. Ramsey*, The Patient as Person, New Haven 1970, 151.

<sup>iii</sup> *J.-F. Malherbe*, Medizinische Ethik, Würzburg 1990, 183.