

Der Kranke denkt anders über den Tod als der Gesunde

Ärztliche Gesichtspunkte zur Problematik von Euthanasie und Sterbehilfe

Auf den Problembereich Euthanasie-Sterbehilfe haben wir im Verlaufe der letzten zwei Jahre bereits mehrmals hingewiesen. Dieser ist in den letzten Wochen u. a. durch eine Petition eines Kreises von Nobelpreisträgern (unter ihnen Jacques Monod und Linus Pauling), die die Legalisierung der Tötung auf Verlangen durch die staatliche Gesetzgebung forderten, von neuem aktuell geworden. In dem folgenden Beitrag beschäftigt sich Prof. Markus v. Lutterotti (Freiburg) damit aus der Sicht des Arztes. Zu beachten ist dabei, was unter Euthanasie bzw. Sterbehilfe jeweils verstanden wird. Allgemein wird zwischen aktiver und passiver Euthanasie unterschieden. Unter passiver Euthanasie wird der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei einem Schwerkranken verstanden, dessen Krankheit in Kürze zum Tode führt, bei Anwendung all jener Maßnahmen, die geeignet sind, die Lage des Kranken möglichst zu erleichtern. Mit aktiver Euthanasie meint man die absichtliche und vorzeitige Herbeiführung des Todes bei einem Schwerkranken durch aktive Maßnahmen, etwa durch eine Spritze. Ausdrücklich ausgenommen wird, was im Dritten Reich Euthanasie genannt wurde, nämlich die Tötung sogenannten lebensunwerten Lebens. Unter „Sterbehilfe“ werden alle jene Maßnahmen körperlichen und seelischen Beistandes verstanden, die geeignet sind, dem Sterbenden seine letzten Tage zu erleichtern.

Wenn über Euthanasie geschrieben wird, stößt man immer wieder auf eine Krankengeschichte, die W. S. C. Symmers 1968 berichtet hat (Not allowed to die. Brit. med. J. I. [1968], 442). Wegen ihrer Beispielhaftigkeit sei sie hier festgehalten.

Bei einem 68jährigen Arzt war ein großes Magen-Carcinom erst sehr spät diagnostiziert worden, man entschloß sich aber zur Operation. Bei der Laparatomie zeigte sich eine ausgedehnte Metastasenbildung in der Leber und im Abdomen. Das Carcinom war an sich nicht operabel, aber da der Chirurg eine Magenperforation befürchtete, führte er die Gastrektomie durch. Dem Kranken wurde dann über die Ergebnisse berichtet und er begriff die Bedeutung der Befunde vollkommen. Röntgenologisch waren auch noch mehrere Wirbelmetastasen gefunden worden, die bereits zu erheblichen Schmerzen geführt hatten, so daß ständig Schmerzmittel erforderlich wurden. Am 10. Tage nach der Gastrektomie führte eine Lungenembolie zum Kreislaufkollaps, es gelang dem Stationsarzt jedoch eine

Pulmonarembolotomie erfolgreich durchzuführen. Als sich der kranke Arzt genügend erholt hatte, dankte er dem jungen Kollegen für dessen gute Absichten und Geschicklichkeit. Aber er bat ihn gleichzeitig bei einem neuerlichen Kollaps nichts mehr zu unternehmen, um sein Leben zu verlängern, das er wegen der vielen Schmerzen und des aussichtslosen Zustandes kaum noch ertragen könne. Er versah seine Krankengeschichte sogar selbst mit den nötigen Anweisungen und das Krankenhauspersonal wurde darüber unterrichtet. Zwei Wochen nach der Embolotomie trat ein Herzinfarkt auf, der zum Herzstillstand führte. Gegen seinen vorher ausdrücklich geäußerten Wunsch wurde der Arzt vom Wiederbelebungs-Team des Krankenhauses technisch erfolgreich reanimiert. In dieser Nacht kam es noch viermal zum Kreislaufstillstand, vermutlich durch Herzkammerflimmern; jedes Mal wurde wiederbelebt. Aber inzwischen war es zu einer schweren Gehirnschädigung gekommen, der Kranke kam nicht mehr zu Bewußtsein und wurde noch drei Wochen durch Infusionen, Bluttransfusionen, Antibiotika, kurzum mit dem ganzen Arsenal der modernen Medizin am Leben gehalten. Dann stellten sich die Zeichen einer Atemlähmung ein, man machte sich daran ein Beatmungsgerät heranzuschaffen. Nur dem Umstand, daß dies nicht schnell genug gelang, war es zuzuschreiben, daß der Kranke nun endlich starb; wir fühlen uns geneigt zu sagen: sterben durfte.

Paul Moor erzählt in seinem bekannten Buch (Die Freiheit zum Tode, Rowohlt 1973; englischer Titel: Death is not the worst), das durch die Krankheitsgeschichte seiner krebserkrankten Schwester, der Moor bis zum Ende beistand, veranlaßt war, als besonders eindrucksvolles Beispiel den Fall eines Kranken, der nach einem schweren Unfall mit Kopftrauma 8 Jahre mit allen modernen Mitteln am Leben gehalten wurde, obwohl inzwischen der Hirntod eingetreten war und er in diesen 8 Jahren das Bewußtsein nicht mehr erlangte. Fernsehen und Presse haben genügend andere Beispiele bekannt gemacht.

Die moderne Medizin und die emotionelle Einstellung des Gesunden

Diese Art *sinnloser Lebensverlängerung* stößt gewiß nicht nur auf die Kritik der Laien, sondern auch der Ärzte. Und es ist nicht verwunderlich, wenn angesichts solcher Beispiele der Ausdruck gefallen ist, daß hier „der Heilauftrag

des Arztes in einen Terror der Humanität, in den Frevel des Inhumanen“ umschlagen könne (*Helmut Thielicke*: Ethische Fragen der Medizin. Arch.klin.Chir. 321 [1968] 1—34). Motive, die den Wunsch nach passiver Euthanasie verständlich machen, entstammen ohne Zweifel solchen Beispielen sinnloser Lebensverlängerung, wie sie die moderne Medizin möglich macht. Es wird vielen Menschen bewußt, daß die künstliche Lebensverlängerung durch die Mittel der modernen Medizin sich menschenunwürdig auswirken kann.

Daß wir es aber mit einer sehr viel differenzierteren und möglicherweise folgenschweren Problematik zu tun haben, zeigen *Umfragen des Instituts für Demoskopie in Allensbach* (vgl. HK, April 1974, 175). Die Umfragen sind im Laufe der letzten Jahre durchgeführt worden und erforschten Zustimmung und Ablehnung der Bevölkerung zu einigen Aspekten der Euthanasie und zwar 1. die Einstellung zu einer legalen, auch von den Kirchen gebilligten Form der Sterbelinderung und Sterbeerleichterung durch die Anwendung von Schmerz- und Betäubungsmitteln; 2. die Einstellung zur juristisch strafbaren und in den Kirchen nahezu einhellig abgelehnten Form des „Todes auf Verlangen“; und 3. die Einstellung zu dem fälschlich der Euthanasie zugerechneten Problem der Vernichtung sogenannten lebensunwerten Lebens.

Die Allensbach-Umfragen zeigen, daß es eine strenge Trennung zwischen passiver und aktiver Euthanasie für einen beträchtlichen Teil der Bundesbürger nicht zu geben scheint, denn auf die Frage, ob ein schwererkrankter Patient im Krankenhaus das Recht haben solle, den Tod zu wählen und zu verlangen, daß der Arzt ihm eine todbringende Spritze gebe, antworteten 53% zustimmend und 33% ablehnend. Was aber an der Umfrage besonders beeindruckend war, war der Umstand, daß sich 38% der Befragten für eine bewußte Tötung geistig oder körperlich schwerkranker Menschen aussprachen. Dagegen waren ebenfalls 38% und unentschieden 24%. Die Befragung ist noch weiter aufgeschlüsselt. Hier mag nur interessieren, daß sich unter den regelmäßigen Kirchgängern bei den Katholiken 49% für die passive, 33% für die aktive Euthanasie und immerhin 25% für die Tötung psychisch Kranker aussprachen. Bei den Protestanten waren die Zahlen kaum verschieden, sie lauteten: 48, 38 und ebenfalls 25%.

Natürlich könnte man gegen diese Zahlen einwenden, daß diese Befragung, wie viele andere, vor allem eines zeigt, was eigentlich keines Beweises bedürfte, daß nämlich die Mehrzahl der Menschen auf viele Probleme zunächst emotionell reagiert und antwortet und daß Unterscheidungsvermögen, Sachkenntnis und kritisches Denken weniger häufig anzutreffen sind. Aber auch Emotionen geben Hinweise auf die Grundstimmung des kulturellen Empfindens. Nach den Ergebnissen dieser Umfrage hat die Gründung von Euthanasiegesellschaften in Amerika und England nichts Verwunderliches mehr und man war-

tet eigentlich nur darauf, daß auch bei uns welche gegründet werden.

Theologie, Soziologie und Psychologie haben Motive aufgedeckt, die *beim Gesunden* den Wunsch nach aktiver Euthanasie fördern, so den Verlust des Glaubens, die Verdrängung des Todesgedankens aus dem Bewußtsein, die Unfähigkeit sich dem Leiden zu stellen und manches andere. Auf diese Untersuchungen soll hier nicht eingegangen werden, denn sie betreffen nur die Überlegungen der Gesunden. Der Gesunde macht sich aber fast immer falsche Vorstellungen über die tatsächlichen Verhältnisse beim Schwerkranken. Die Sorgen des Gesunden über seine letzte Krankheit sind andere als die tatsächlichen Gedanken des Schwerkranken, und Motivationen des Gesunden, die zum Wunsch nach aktiver Euthanasie für einen bestimmten vorgestellten Fall führen, pflegen nicht in die Überlegungen des Schwerkranken angesichts des nahenden Todes einzugehen. Sie können auch keine Rolle bei den Entscheidungen des Arztes spielen. Der Gesunde kann nur von seiner Situation als Gesunder her empfinden, seine Überlegungen decken sich aber nicht mit der tatsächlichen körperlichen und seelischen Situation des Schwerkranken.

Der § 216 und Beispiele seiner Auslegung

Eine ganz andere Frage taucht auf, wenn wir uns nochmals vergegenwärtigen, daß sich bei der Umfrage des Allensbacher Institutes 53% der Befragten für die aktive Euthanasie und 38% sogar für die bewußte Tötung sogenannten lebensunwerten Lebens aussprachen. Es ist dies die Frage nach dem Stellenwert, den unsere heutige Gesellschaft der *Verfügbarkeit des Lebens* beimißt. Mit der Einführung der sog. Fristenregelung bei der Reform des Abtreibungsstrafrechts hat der Gesetzgeber davon abgesehen, das Leben an seinem Beginn unter den Schutz des Strafrechtes zu stellen. An seinem Ende ist das Leben vorerst durch das Gesetz noch geschützt, der § 216 bestraft die Tötung auf Verlangen; dieser Paragraph ignoriert das ausdrückliche Verlangen des Kranken als Strafausschluß und verwendet es allenfalls zur Strafmilderung. Juristen haben sich dahingehend geäußert, daß diesem Verlangen nur durch Unterlassung entsprochen werden dürfe, nicht durch Tun. Durch Tun dürfe keine Sterbehilfe (also keine aktive Euthanasie) geleistet werden. Für den Arzt gilt es außerdem zu bedenken, daß vor dem Gesetz ontisches Unterlassen rechtliches Tun und ontisches Tun rechtliches Unterlassen sein kann, so daß vor dem Gesetz die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie unter Umständen hinfällig werden könnte. Auf jeden Fall herrscht in der Frage der passiven Euthanasie, also des Unterlassens von Maßnahmen, die der Verlängerung des Lebens dienen, unter den Juristen der verschiedenen Länder noch keine Einigkeit. *Herbert Friedrich* (Tübingen) stellt (in einer Mitteilung auf dem ökumenischen Kirchen-

tag in Zweibrücken am 9. 3. 74) fest, daß der Arzt, der von einem Sterbenden um passive Euthanasie gebeten werde, in einem unrechtsfreien Raum stehe, die Entscheidung sei ihm überlassen; auf die Frage, ob der Arzt unter den entsprechenden Umständen durch Tatenlosigkeit die gewünschte Sterbehilfe leisten *dürfe* oder leisten *müsse*, meinte Friedrich, der Arzt müsse sie leisten.

Schwieriger wird es, wenn die Entscheidung nicht mehr vom Kranken selbst ausgehen kann, wenn also der Arzt entscheiden soll. Der Freiburger Emeritus für Strafrecht, Prof. *Thomas Würtenberger*, betonte in einem Referat auf der Tagung der Katholischen Akademie in Freiburg (25./26. 5. 1974), Artikel 2 des Grundgesetzes gebiete dem Arzt Leben so lange als möglich zu erhalten. Die Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens sei durch Artikel 2 des Grundgesetzes so deutlich hervorgehoben, daß das Leben in der Hierarchie der Strafrechtsordnung an erster Stelle stehe und demgemäß Artikel 2 höherwertig sei als Artikel 4, der von der Gewissensfreiheit handelt. Das Grundrecht des Menschen auf Leben sei eine Leitnorm und das Gesetz setze damit eine absolute Schranke gegen die Gewissensentscheidung des Arztes. Das Leben sei *absolut schutzwürdig und zwar ohne Rücksicht auf das Lebensgefühl und die Wertschätzung*, die dem Leben entgegen gebracht wird. Das Leben sei in jeder Phase zu schützen und die Frage nach dem Sinn menschlichen Lebens dürfe im Gesetz nicht gestellt werden. Denn sowie eine *Wertung* vorgenommen würde, bestehe die Gefahr, daß die Gesellschaft bestimme, ob alte und kranke Menschen noch am Leben bleiben sollten oder nicht. Dies ist ein Gesichtspunkt, der in der Tat bei allen Überlegungen zur Neufassung des Gesetzes sehr ernsthaft zu bedenken sein wird. Würtenberger spricht sich dagegen aus, alles auf die Gewissensentscheidung des Arztes abzustellen und betont, daß der Freiheitsraum des Arztes ein sehr enger sei.

Dieser Auffassung waren offenbar auch amerikanische Richter, denn wie kürzlich in mehreren Zeitungen berichtet wurde, haben Ärzte in den Vereinigten Staaten durch ein Gerichtsurteil die Operation eines mißgebildeten hirngeschädigten Säuglings erzwungen, dessen Eltern den Eingriff ablehnten. Das Kind ist dann 14 Tage nach der Operation gestorben. Die „Frankfurter Allgemeine“ fragte, ob schwer mißgebildete Kinder mit allen Mitteln der modernen Medizin, die einen außerordentlich großen personellen und finanziellen Aufwand erfordern, ohne jede Chance auf ein menschenwürdiges Dasein, unbedingt am Leben erhalten werden müssen; oder ob es humaner sei, sie ohne Behandlung sterben zu lassen. Die Zeitung meinte weiter, es sei zu bezweifeln, ob Gerichtsurteile uns hier weiterhelfen könnten. In der Tat wird man in diesem konkreten Falle Zweifel daran äußern dürfen, ob es nützlich war, daß die Ärzte das Gericht anriefen.

Die Probleme der Euthanasie sind in den juristischen Überlegungen sicher noch nicht aufgearbeitet und sie überschreiten auch die Kompetenz des Arztes; der Arzt muß aber diese Überlegungen kennen und das Gespräch mit

den Juristen suchen. Während die Juristen grundsätzlich in der Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens übereinstimmen, scheint die Gesellschaft heute mehr und mehr den Standpunkt einzunehmen, daß Leben nicht nur an seinem Anfang, sondern auch an seinem Ende dem einzelnen in die eigene Verfügungsgewalt gestellt werden solle und somit aus dem Schutz des Strafrechts herauszunehmen sei. Damit ergibt sich die weitere Frage, ob Leben *nur dem Individuum oder damit nicht auch der Gesellschaft verfügbar gemacht werden soll*. Die große Anzahl der positiven Antworten auf die Frage nach der Tötung sogenannten lebensunwerten Lebens läßt auch die letztgenannte Möglichkeit offen. Weiterhin wird man fragen müssen, welche Art von Humanität hier im Entstehen ist, welche ethische Vorstellung die Gesellschaft hier entwickelt, insoweit sie sich überhaupt ethische Wertvorstellungen macht. Man kann sich bis jetzt schwer vorstellen, wie eine neue, säkularisierte Humanität aussehen soll.

Stadien des Sterbens

Wenn vorhin gesagt wurde, die Vorstellungen des Gesunden über die tatsächliche Situation des Schwerkranken seien fast immer inadäquat, so ist dies zu erläutern. Von den besonderen Situationen abgesehen weiß der Arzt, daß bei der Mehrzahl der Schwerkranken und Sterbenden Empfindungsfähigkeit und Kritikfähigkeit stark eingeschränkt sind und das Nachlassen der körperlichen Kräfte auch eine zunehmende Einengung der geistigen Fähigkeiten herbeiführt. Dies gilt für sehr viele alte Menschen, zumal wenn die Cerebralsklerose fortgeschritten ist. Fast nie stellt das allmähliche Schwinden des Lebens den Kranken vor besondere psychische Probleme. Oft erfolgt der Tod sehr rasch, zumal bei Herzkranken. Aber es gibt Fälle — sie sind in der Minderzahl — bei denen dem Sterben eine längere Zeit des Siechtums und Leidens körperlicher und seelischer Art vorausgeht.

Es ist das Verdienst von *Elisabeth Kübler-Ross* („Interviews mit Sterbenden“. Kreuzverlag Stuttgart 1969; Concilium X [1974] 254) und ihrer Arbeitsgruppe, die Ängste und Empfindungen dieser Kranken und ihre fast gesetzmäßige seelische Entwicklung erkannt zu haben. Es wurden Hunderte von Kranken interviewt, die sich im Endstadium befanden. Was jedem Arzt aber auch den Befürwortern der aktiven Euthanasie zu denken geben muß, ist der Umstand, daß alle Kranken dankbar für diese Interviews waren und dankbar dafür, daß man ihre Situation offen und ehrlich mit ihnen besprach. Sehr viele Kranke beklagten sich über die „Verschwörung des Schweigens“, die vorher von seiten der Ärzte und des Pflegepersonals geherrscht habe. Die Interviewer waren sehr beeindruckt davon, daß sich diese Kranken bewußt waren, dem Tode nahe zu sein, und daß sie zumeist angeben konnten, wann der Tod eintreten würde. Kübler-Ross betont ausdrücklich, daß Patienten um das Herannahen des Todes auch dann

wissen, wenn sie über den Ernst ihrer Erkrankung nicht in Kenntnis gesetzt wurden.

Sehr wichtig ist die Erkenntnis, die durch zahlreiche Untersuchungen der Autorin belegt ist, daß Sterbende Anpassungsreaktionen durchmachen, die Kübler-Ross die „*Stadien des Sterbens*“ nennt. Nicht alle Patienten durchlaufen natürlich diese Stadien, nicht alle haben Zeit dazu, und nicht alle durchlaufen sie in der gleichen Reihenfolge. Aber es läßt sich eine Gesetzmäßigkeit in diesem letzten menschlichen Reifungsprozeß erkennen. Auf die Mitteilung der Diagnose reagieren Kranke, die sich noch nicht im Endstadium befinden, zunächst verständlicherweise mit Schrecken und Ablehnung, aber dann sehr rasch mit Verdrängung des Tatbestandes. Dies ist auch jedem aufmerksam beobachtenden Arzt bekannt und es ist gut, daß es so ist, denn sonst wäre ein Weiterleben kaum erträglich. Der Arzt wird sich über das Erkrankungsstadium des Patienten genau Rechenschaft geben müssen, wenn es um die Frage geht, ob er ihm die Wahrheit sagen solle. Wenn die Krankheit weitergeht, fährt Kübler-Ross fort, dann fühle der Todkranke aber bald heraus, wer im Stande sei mit ihm zu sprechen und wann er der Hilfe bedürfe. Wenn das Stadium der Verdrängung überwunden ist und dem Kranken die Realität zu Bewußtsein kommt, folgt ein Zustand der Verdrossenheit und des Mißmutes, in dem es Angehörige und Pflegepersonal schwer mit dem Patienten haben können. Man müsse den Ärger des Kranken als Ausdruck der Angst verstehen, man dürfe ihn nun auf keinen Fall isolieren und müsse ihn ermutigen, seine Verdrossenheit zum Ausdruck zu bringen. Oft käme es anschließend zu einem Stadium des Verhandeln mit Gott und dem Schicksal und fast immer tritt der Kranke dann in einen Zustand tiefer Depression, in dem er aufhört sich auszusprechen. In diesem Stadium haben die Kranken Schonung und mitmenschliche Nähe besonders notwendig. Wenn wir die Bedürfnisse unserer Patienten akzeptieren und nicht unsere eigenen Wünsche auf sie projizieren — sagt Kübler-Ross —, wird der Sterbende bald in das Endstadium der Ergebung eintreten. Er ist nun ohne Furcht und Angst, die Leiden hören auf und still in sich zurückgezogen dämmert der Kranke in die letzte Bewußtlosigkeit hinüber.

Gerade diese letzten Stadien ließen sich fast immer beobachten und es ist bemerkenswert, daß Kübler-Ross nie über den Wunsch nach aktiver Euthanasie berichtet hat. Es läßt sich feststellen, daß *Motivationen*, die während des Lebens und der Gesundheit den Wunsch nach aktiver Euthanasie aufkommen ließen, mehr und mehr an Bedeutung verlieren, wenn der Kranke in diesen Entwicklungsprozeß der „*Stadien des Sterbens*“ eingetreten ist. Das Kulturwesen Mensch löst sich mehr und mehr von seiner Kulturgewordenheit, bis er in den letzten Stunden oder auch Tagen in die allen Menschen gemeinsame Ursituation des Sterbens übergeht.

Wenn man es recht bedenkt, so hat der Wunsch nach aktiver Euthanasie in dem von Kübler-Ross beschriebenen

Entwicklungsprozeß letzter menschlicher Reifung logisch keinen rechten Platz, und in der Tat wissen auch Ärzte auffällig selten von Wünschen eines Kranken zu berichten, man möge sein Leben nun beenden. Der Wunsch eines Kranken, das Leben durch künstliche Maßnahmen nicht unnötig zu verlängern, hat demgegenüber einen anderen Stellenwert. Gewiß kommt es mitunter vor, daß Kranke den Wunsch äußern, unerträgliche Qualen zu beenden, etwa mit den Worten: „Gebt mir lieber eine Spritze, ich halte es nicht mehr aus“, aber dies geschieht fast immer aus einer Panikstimmung heraus, wenn der Patient meint, körperliche und seelische Leiden nicht mehr ertragen zu können. Die Bitte eines Kranken, seine Leiden zu beenden, hat aber nichts mit einem wohlüberlegten Wunsch des autonomen Individuums zu tun, sein Leben solle nun zu diesem Zeitpunkt beendet werden. Der akute Herzinfarkt kann so unerträgliche Schmerzen machen, daß der Kranke vielleicht wünscht, lieber tot zu sein, als die Qual noch aushalten zu müssen. Aber wenn die akute Situation durch ärztliche Maßnahmen überwunden ist, so ist damit beim Kranken auch jeder Gedanke an Euthanasie verschwunden. Wenn wir es richtig beurteilen, so spielt bei den Vertretern der aktiven Euthanasie die Angst vor unerträglichen Schmerzen und vielleicht menschenunwürdigem Leiden eine sehr große Rolle; aber die Medizin ist heute fast immer in der Lage, für eine ausreichende Linderung zu sorgen.

Ein Sonderfall sind sehr alte Menschen, die im Verlaufe einer Erkrankung jeden Lebenswillen verlieren und sterben möchten. Aber auch diese Kranken bitten nicht um aktive Euthanasie, denn sie haben es nicht notwendig. Rascher als andere treten sie in das von Kübler-Ross beschriebene Stadium der Ergebung ein.

Was darf der Arzt?

Welches sind aber die Probleme, denen sich der Arzt gegenüber sieht? Wie sind seine Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten zu beurteilen? Und wann wird die ärztliche Handlung ethisch relevant?

Angesichts eines Schwerkranken oder Sterbenden hat der Arzt mehrere Möglichkeiten der Handlung: Er kann unter allen Umständen weitermachen, er kann durch Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen passive Euthanasie durchführen, er kann ohne unmittelbare Absicht passiver Euthanasie schmerzlindernde Medikamente geben, die als unbeabsichtigte Wirkung das Ende vielleicht vorzeitig herbeiführen, oder er könnte zur aktiven Euthanasie greifen.

So weit sich der Arzt der christlichen Moral und dem christlich-abendländischen Humanitätsbegriff verpflichtet fühlt, kann er nur zwischen den ersten Möglichkeiten wählen, während aktive Euthanasie ausscheidet, denn Leben ist für ihn prinzipiell unverfügbar. Zur passiven Euthanasie wird häufig *Pius XII.* zitiert, der ausdrücklich feststellte, niemand sei verpflichtet zur Erhaltung des Lebens

zu „außergewöhnlichen Maßnahmen“ zu greifen. Aber auch die Wahl, ob man bei einem Schwerkranken mit allen Mitteln weitermachen sollte, oder ob der Entschluß den Versuch einer Lebensverlängerung zu unterlassen der bessere ist, wird je anders zu entscheiden sein. Sehr Vieles gibt es hier zu bedenken und nicht immer hilft uns heute, angesichts völlig neuer Situationen und Möglichkeiten, der Rückgriff auf das „christlich-abendländische“ Denken, zumal Entscheidungshilfen für die gesamte Ärzteschaft gesucht werden sollten.

Übereinstimmend herrscht in der Forderung, jeder Mensch habe Anrecht auf einen menschenwürdigen, auf einen humanen Tod. Aber was ist im einzelnen menschenwürdig und human? Gibt es allgemein ethische Normen, die uns zeigen, was authentisch menschliches Leben bedeutet und die uns so bei unserem Tun und Lassen die Richtung weisen? *Paul Sporken* (Darf die Medizin, was sie kann? Patmos Verlag 1971) meint, wir vermöchten nicht mit einem eindeutigen Begriff anzugeben, was das Vollkommene und wahrhaft Humane, das wir so gerne verwirklicht sähen, konkret beinhaltet. Leichter sei es in negativer Weise zu erkennen, was Humanität als ethische Forderung beinhaltet. Wenn nämlich ein bestimmter Punkt erreicht sei, lehnten sich die Menschen gegen menschenunwürdige Verhältnisse auf, nicht aufgrund eines schon vorher klar umrissenen Begriffes von der Menschenwürde, sondern weil ihnen in der Kontrasterfahrung menschenwürdiger Zustände deutlich werde, daß diese mit der menschenwürdigen Existenz, nach der sie streben, unvereinbar seien. In der Tat haben wir in der Vergangenheit immer wieder erlebt, daß die normativen Umschreibungen des Wesens oder der Natur des Menschen zu Fixierungen führten, die sich eines Tages als unzutreffend erwiesen, seien dies nun Fixierungen auf die biologische oder auf die geistige Natur des Menschen.

Bei seinen Entscheidungen wird der Arzt davon ausgehen dürfen, daß medizinische Tätigkeit letztlich immer darauf gerichtet ist, dem kranken Menschen zu helfen. Wie aber nun einem bestimmten Menschen in einer bestimmten Situation geholfen werden soll, kann in Grenzfällen nicht nur eine rein *medizinische*, sondern wird immer auch eine *ethische* Frage sein. Es gibt Grenzsituationen, in denen wir der Frage nach dem ethischen Wert unseres Tuns oder Unterlassens nicht entrinnen können. Es kann sich nicht nur darum handeln, einzelne oder auch die meisten Lebensfunktionen für kürzere oder längere Zeit wieder herzustellen, sondern mit unserer Hilfe muß dem Menschen als Ganzem ein Dienst erwiesen werden. Hierin sind wir uns einig. Aber wer entscheidet im einzelnen Falle, was nun wirklich für den Menschen als Ganzem das Beste und somit ein echter Dienst an ihm ist? Es gibt Fälle, in denen der Kranke selbst noch zu einer Entscheidung fähig ist, wie etwa der eingangs erwähnte kranke Arzt, der nicht mehr wiederbelebt werden wollte, oder die Schwester Paul Moors, die nicht mehr operiert werden wollte. In diesen

beiden Fällen haben Ärzte die Entscheidung des Kranken nicht respektiert und, wenn wir das Ergebnis betrachten, so empfinden wir, daß es nicht wirklich human war, daß es kein wirklicher Dienst am Ganzen des kranken Menschen war und daß die Medizin hier einfach alles tat, was sie konnte, ohne sich zu fragen, ob sie es auch wirklich durfte.

In Grenzfällen sind Aporien nicht zu vermeiden

In *Grenzfällen*, und dies gilt ganz besonders auch für die Situation in der Intensivmedizin, wird sich der Arzt immer wieder Aporien gegenüber sehen, die sich auch durch gesetzliche Regelungen nicht beseitigen lassen. Das Gesetz entscheidet über materielle Gerechtigkeit oder allenfalls über positives Recht, aber die gelebte Sittlichkeit gehört zum Aufgabenbereich der Gesellschaft und des Individuums. Wann immer die Entscheidung des Arztes auch ethische Relevanz gewinnt, kann der Freiheitsraum des Arztes dem Gesetz gegenüber sehr eng werden, gerade auch in der Frage der passiven Euthanasie. Die Frage, ob überhaupt und wenn, inwieweit, der Gesetzgeber die Gewissensentscheidung des Arztes berücksichtigen kann, ist sicher noch nicht zu Ende diskutiert. Auf jeden Fall zwingt der enge Freiheitsraum des Arztes, der zwischen der von ihm für richtig gehaltenen ethischen Entscheidung und eventuellen gesetzlichen Vorschriften besteht, dazu, den richtigen Mittelweg in jedem einzelnen Fall erneut zu bedenken. Wenn wir aber hier rationalisieren sollen, tauchen neue Schwierigkeiten auf, denn der Zwang scharfer Abgrenzung ergibt wiederum die Notwendigkeit einer Definition bestimmter Vorstellungen über die Grundwerte der Humanität. Was bleibt dem Arzt also vorläufig, als jeweils nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden und sich dabei stets bewußt zu bleiben, daß er über eine dünne Eisschicht geht. In früheren Zeiten hatte man es einfacher.

Der Entscheidung des noch urteilsfähigen Kranken (soweit es sich nicht etwa um den Wunsch nach aktiver Euthanasie handelt) wird der Arzt immer das gebührende Gewicht beimessen müssen; aber es gibt Fälle, in denen die Entscheidung nur noch beim Arzt und vielleicht auch bei den Angehörigen liegt, ob es sinnvoll ist, unter allen Umständen weiterzumachen. Der Entschluß, eine weitere Behandlung zu unterlassen, wird keine große Problematik bieten, wenn etwa ein alter Mensch einen Schlaganfall erlitten hat, der zu körperlicher Lähmung und zum Ausfall der meisten geistigen Funktionen geführt hat, und bei dem das bevorstehende Ende abzusehen ist. Aber wie lange müssen wir einem Kranken Blutübertragungen geben, der an einem stark blutenden, aber nicht mehr operablen Magen-Carcinom leidet? Man wird vieles zu bedenken haben, vielleicht den Wunsch, ferne Angehörige nochmals zu sehen, dann den gesamten körperlichen und geistigen

Zustand des Kranken, die äußeren Lebensumstände und die Möglichkeiten einer weiteren Lebensverwirklichung — Überlegungen, die der Gesetzgeber nicht ohne weiteres berücksichtigen kann —, aber der Arzt wird wohl auch den Wunsch des Patienten zu berücksichtigen haben, es sei nun genug. Je mehr man die Dinge bedenkt und je öfter man schon in der Lage war, pragmatisch entscheiden zu müssen, desto schwieriger erscheint es hier starre Regeln aufstellen zu können. In vielen Fällen wird es sinnvoller, humaner sein, ein ohnehin in Kürze verlöschendes Leben nicht noch durch extreme Maßnahmen und durch den Einsatz aller Mittel um ein Weniges zu verlängern. Die Rolle des Arztes darf sich nämlich nicht in der des Gesundheits-technikers erschöpfen, der vieles kann und die medizinischen und technischen Mittel einfach anwendet, weil es sie gibt, und der es in seinem funktionalen Denken nicht ertragen kann, auf technische Möglichkeiten zu verzichten, wenn er damit einzelne Funktionen noch ein wenig länger in Betrieb halten kann. Immer sollte sich der Arzt auch seiner mitmenschlichen Aufgaben bewußt sein, die zu seinen Dienstleistungen am Mitmenschen gehören und die verlangen, daß alle Entscheidungen von Solidarität mit dem Patienten getragen sein sollten und das jeweils Beste für die gesamt menschliche Situation dieses einen, bestimmten Kranken im Auge behalten müssen. Hierin müssen alle Beteiligten zusammenwirken, der Kranke, soweit er noch in der Lage ist, die Angehörigen, der Arzt und dieser ganz besonders, weil seine Sachkenntnis in die Überlegungen mit einbezogen werden muß. Es sollte bei diesen Überlegungen keiner schwierigen Gewissensentscheidung bedürfen, auf die künstliche Verlängerung einzelner Lebensfunktionen bei einem Gehirntoten zu verzichten. Auf die Problematik, welche die Bestimmung des Todeszeitpunktes enthalten mag, braucht an dieser Stelle nicht eingegangen zu werden (vgl. dazu den Beitrag von *Rudolf Kautzky* in: HK, Oktober 1973, 589).

Der Arzt wird auf jeden Fall alles tun, um körperliche und seelische Leiden des Schwerkranken weitgehend zu lindern. Hier taucht aber dann manchmal das Problem der *Medikamente mit sogenannter doppelter Wirkung* auf. Ein Medikament, das zum Beispiel der Linderung von Schmerzen dient, mag als nicht unmittelbar intendierte Nebenwirkung eine Verkürzung der Lebensspanne zur Folge haben, etwa durch Herabsetzung der Abwehrbereitschaft des Körpers. Wenn man dieses Medikament verwendet, so hat man rein objektiv das Leben eines Kranken unter Umständen verkürzt und der Unterschied zur aktiven Euthanasie scheint nicht groß, wenn er nur in einigen Milligramm mehr oder weniger eines bestimmten Medikamentes liegt. Der Unterschied zwischen unbeabsichtigter und beabsichtigter Tötung verschwindet im Ergebnis, und er verschwindet oft auch vor dem Gesetz, und so wird uns vielleicht vorgeworfen, unsere Überlegungen seien unnötige Spitzfindigkeiten. Aber abgesehen davon, daß das genaue Bedenken der Dosis eine Eigenheit der täglichen ärztlichen Entscheidungen darstellt, geht die primäre Ab-

sicht des Arztes immer dahin, dem Kranken in einer konkreten schwierigen Situation so zu helfen, wie es für diesen am besten ist; Nebenwirkungen des Medikamentes stellen immer nur Möglichkeiten dar, die man zumeist nicht fest einkalkulieren kann und die in der bestimmten Situation von allen Beteiligten bewußt in Kauf genommen werden müssen.

Der *Schritt zur aktiven Euthanasie* ist kein allmählicher, fast unbemerkter, der nur von der fast zufälligen Wahl einiger weiterer Milligramm eines bestimmten Medikamentes abhängt, sondern der Schritt ist prinzipiell. Es ist ein ganz entscheidender Unterschied, ob sich der Arzt entschließt zu helfen oder zu töten, auch dann, wenn argumentiert wird, das Töten sei in bestimmten Fällen ja schließlich nur eine Art des Helfens. Wir gehen davon aus, daß menschliches Leben jedenfalls für den Arzt prinzipiell nicht verfügbar ist. Das christliche Denken hat in dieser Hinsicht immer eindeutige Aussagen gemacht, nur ist damit die Frage nicht einfach beantwortet, ob ein Nichtchrist vielleicht nicht doch ein gewisses menschliches Recht habe, in einer bestimmten Situation zu sagen: Mein Leben ist verwirklicht, mehr ist nicht mehr möglich, alles weitere ist sinnlos; mein Tod wäre jetzt in diesem Augenblick menschenwürdig. Wird der nichtchristliche Arzt in diesem Falle dem Wunsch des Patienten nachkommen dürfen? Solche Überlegungen sind nicht völlig theoretischer Art; die Praxis ist allerdings in der Regel wesentlich komplexer, und darauf haben wir hingewiesen.

Aus dem Ergebnis der Umfrage des Allensbacher Institutes wurde deutlich, wie groß die Anzahl der Befürworter aktiver Euthanasie ist; auf die Motivationen soll hier nicht eingegangen werden. Sehr auffällig ist nun der Widerspruch zwischen dem, was die Gesellschaft zu befürworten scheint und dem, was der ärztliche Stand zu tun bereit ist. Wie kommt dies? Wir erfuhren: Über 50% der Befragten sind für aktive Euthanasie, ja mehr noch, viele sind für bewußte Tötung sogenannten lebensunwerten Lebens. Aber die Ärzteschaft lehnt fast einhellig dieses Ansinnen ab. Sie beruft sich dabei auf den hippokratischen Eid, aber genaugenommen ist dieser sehr weit interpretierbar, und was an ihm vor allem imponiert, ist sein ehrwürdiges Alter. Weniger der Wortlaut als die Grundtendenz dieses Eides drückt das aus, was die Ärzteschaft zu allen Zeiten als ihren Auftrag empfunden hat, und dieser Auftrag war immer auf Heilen gerichtet und nicht auf Töten. Man könnte diesen zeitlosen Auftrag so zusammenfassen, der Arzt habe die Aufgabe, die Gesundheit zu erhalten, Leben zu verlängern und Leiden zu lindern. Jeder Arzt aber, der tötet, würde seinen Auftrag verleugnen. Treffend bringt ein Ausspruch, der Le Jeune zugeschrieben wird, das Wesen des ärztlichen Auftrages zum Ausdruck. Er sagt: „Selbst, wenn die Natur verurteilt, besteht die Aufgabe des Arztes nicht darin zu vollstrecken, sondern darin, nach Kräften den Vollzug zu mildern.“

Noch auf einen anderen Gesichtspunkt ist hinzuweisen. Es fällt auf, daß die einhellige Ablehnung der Ärzteschaft gegenüber dem Ansinnen der aktiven Euthanasie ohne langes Besinnen erfolgte, man könnte sagen gefühlsmäßig. Gewiß spielt bei dieser Ablehnung das Bewußtsein um den ärztlichen Auftrag eine große Rolle, aber es kommt ein Weiteres hinzu. Der Arzt hat bislang wohl immer empfunden, was die moderne Verhaltensforschung neuerdings ausführlicher thematisiert: Der Arzt befindet sich dem Kranken gegenüber, und das kann kaum einem Zweifel unterliegen, im Zustand einer angeborenen Tötungshem-

mung, die sich in der ärztlichen Situation durch eine lange Geschichte deontologisch gefestigt hat und auch ein Kernbestandteil des hippokratischen Eides ist. Alle Befürworter der Euthanasie müssen sich wie auch immer mit diesen Normen auseinandersetzen, die biologisch verwurzelt, kulturell, ethisch und sozial verankert sind und bis heute Geltung haben. Der Kranke aber sollte, wie wir meinen, in der Tat immer die Sicherheit haben, daß der Arzt nicht tötet, sondern bereit ist, dem Menschen in seinen letzten Tagen mit jeder ärztlichen und mitmenschlichen Hilfe beizustehen.

Markus von Lutterotti

Kirchliche Zeitfragen

Berufskonflikte der Priester

Gemeinsame Ergebnisse der Priesterumfragen in Deutschland, der Schweiz und in Österreich

Sowohl in der Bundesrepublik Deutschland, in der Schweiz als auch in Österreich wurden 1971 zur Vorbereitung der Bischofssynode über das Priesteramt Umfragen unter den Priestern durchgeführt: sei es unter den Welt- und Ordenspriestern (Bundesrepublik = D, Österreich = Ö) oder bisher unter den Weltpriestern (Schweiz = S; die Ergebnisse einer Untersuchung unter den Ordensmännern der Schweiz stehen noch aus). 1971 waren unter dem Druck der Zeit für die Römische Bischofssynode nur Rohergebnisse vorgelegt worden. Inzwischen sind eingehende Analysen des Materials angestellt worden. Gerhard Schmidtchen veröffentlichte „Priester in Deutschland“¹, das Institut für kirchliche Sozialforschung in Wien gab eine Reihe von Berichtbänden heraus², eine Publikation ausgewählter und pastoral interpretierter Ergebnisse der österreichischen Priesterumfrage ist derzeit in Druck³. Über die Schweizer Umfrage liegen eine lineare Auszählung der Ergebnisse sowie ein umfangreicher Tabellenband mit Korrelationen vor⁴. So scheint der Zeitpunkt gekommen zu sein, einen ersten Vergleich dieser Untersuchungen anzustellen und insbesondere Gemeinsamkeiten in den Ergebnissen hervorzuheben.

wuchskrise, Polarisierung des Klerus etc.), sollten sie die Ursachen dieser Krise ans Licht bringen helfen, teils um schon vorhandene Vermutungen zu bestärken, teils um neue Aspekte in die Diskussion einzubringen. Beides ist in den Untersuchungen gelungen.

Den Ausgang der Überlegungen bildete jeweils eine grobe Abstufung der Zufriedenheit bzw. des vorhandenen Unbehagens. Das Ergebnis war auf den ersten Blick überraschend: die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz ist relativ hoch, der Wunsch nach einem Wechsel gering; die Identifikation mit dem Beruf erstaunlich stark. ‚Relativ‘: bezogen auf die Einsicht der Organisationssoziologie. Von ihr wissen wir, daß insbesondere soziale Berufe stets die Indienstnahme eines Menschen für die Ziele einer Organisation bedeuten und daß der Träger des Berufs einerseits auf individuelle Interessen und Verfügungsrechte verzichten muß, andererseits wird er hineingestellt in das Spannungsfeld, das von Haus aus zwischen dem Auftrag (Zielen) der Organisation und manchen Erwartungen der Menschen herrscht⁵. Der konfliktfreie Sozialberuf wird heute von der Wissenschaft schlechterdings als Utopie hingestellt.

Konfliktstudien

Allen Untersuchungen ist grundsätzlich gemeinsam, daß sie *Konfliktstudien* sind. Entstanden aus der tiefgreifenden Personalkrise der Kirche (Amtsniederlegungen, Nach-

Es war daher nicht überraschend, daß sich auf dem Hintergrund einer globalen Berufszufriedenheit (allgemeiner Natur) dennoch eine Reihe von *Konflikten* abzeichnete.