

den ein Teil der lateinamerikanischen Bischöfe, möglicherweise auch die zuständigen Männer im Vatikan, an einer solchen Stelle für notwendig erachten. Da der neue Generalsekretär nicht nur weit weg von der Zentrale in Bogotá residiert und überdies Diözesanbischof ist, dessen Einsatz außerhalb der Diözese zeitlich begrenzt bleibt, ist *innerhalb* des CELAM wohl auch mit einer Gewichtsverlagerung vom Sekretär zum Präsidenten zu rechnen.

### Ein starker CELAM eher unerwünscht

Hier beginnen sich zwei mögliche gegensätzliche Strömungen abzuzeichnen. Entweder wird der in den vergangenen Jahren unternommene Versuch fortgesetzt, die kirchliche Entwicklung in Lateinamerika „über CELAM in den Griff zu bekommen“. Das Wahlergebnis von Carácas ist kaum registriert und wenn als Sieg der Konservativen gewertet worden. Das mag auf den ersten Blick zutreffen. Der in Puebla mühsam, aber auch erfolgreich vorangetriebenen Annäherung konträrer Standpunkte unter den Bischöfen des Subkontinents könnten er-

neute Konfrontationen folgen, wenn sich nämlich der konservative Flügel des Episkopats von der CELAM-Spitze bestärkt sieht und von dem in Puebla gefundenen Konsens abbrückt. Eine solche der Spaltung zutreibende Entwicklung wäre ein schwerer Rückschlag für die Kirche Lateinamerikas. Dies könnte allerdings nur dann geschehen, wenn der Bischofsrat über koordinierende Funktionen hinaus auch eine Führungsrolle in theologischer und pastoralplanerischer Materie anstreben und erlangen würde. Nach der in Puebla vorherrschenden Stimmung ist ein starker CELAM aber eher unerwünscht. Dort wurde im Gegenteil ein Erstarren der Bischofskonferenzen und der Ortskirchen manifest, die CELAM mehr als effizient arbeitendes Koordinierungsbüro schätzen denn als kirchlich-theologisches Superamt mit Führungsambitionen. Es ist sogar wahrscheinlich, daß – wie es in ersten Reaktionen kirchlicher Stellen auf die Wahl von Carácas heißt – in Puebla anders gewählt worden wäre. Dort wurde jene andere Strömung sichtbar, ein erwachendes Selbstbewußtsein der lokalen Kirche, die sich zutraut, das von Papst Johannes Paul II. stark akzentuierte Prinzip

der Kollegialität in Einheit mit Rom, aber ohne eine mächtige lateinamerikanische Zwischeninstanz zu verwirklichen.

Es bleibt abzuwarten, wie die neue CELAM-Leitung ihren Auftrag, „Kontaktorgan und Ort der Zusammenarbeit und des Dienstes für die lateinamerikanischen Bischofskonferenzen“ (Statuten, Art. 1) zu sein, ausfüllt. Für die Zukunft der Kirche in Lateinamerika wäre es folgenswer, wenn der neue CELAM dazu beitrüge, daß Kräfte auseinandertreiben, die die Konferenz von Puebla und der alte CELAM-Präsident sammeln konnten. Es gibt jedoch Anzeichen, daß sich die lateinamerikanischen Bischöfe nicht von dem in Puebla eingeschlagenen Weg abbringen lassen werden. Das geringe Echo auf die Konferenz von Carácas könnte ein solches sein. Im übrigen wurde in Carácas eine Statutenänderung vorgenommen, die einen Schritt in dieselbe Richtung zur Folge haben könnte: das Gewicht der regionalen Bischofsgruppen (Brasilien allein bildet eine davon), die bereits bei der Vorbereitung von Puebla eine hilfreiche Rolle spielen, soll gestärkt werden.

G. B.

## Gesellschaftliche Entwicklungen

### Ärztliche Richtlinien zur Sterbehilfe

Die Bundesärztekammer hat Richtlinien zur Sterbehilfe herausgegeben. Der knappe Text, der das Datum vom 15. Februar trägt, aber erst Ende März veröffentlicht wurde, stellt einen berufsethisch verbindlichen Ehrenkodex für ärztliches Handeln und Verhalten gegenüber Sterbenden dar. Zugleich grenzen die Richtlinien Maßnahmen der Sterbehilfe entschieden ab gegenüber allen Maßnahmen und Verhaltensweisen, die teils zu Recht, teils zu Unrecht in den letzten Jahren unter dem Stichwort Euthanasie diskutiert worden sind. Die Maßnahmen und Verhaltensweisen, die unter Sterbehilfe verstanden werden, bleiben strikt auf Maßnahmen und Verhalten gegenüber Sterbenden eingeschränkt. Inhaltlich entsprechen sie

– das wird im Text selbst angemerkt – fast völlig dem im vorigen Jahre von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften herausgegebenen Verhaltenskodex und sind lediglich unter juristischem Aspekt den deutschen Rechtsverhältnissen angepaßt.

#### Hilfe im Sterben

Der Text geht aus von der Feststellung, daß Hilfe gegenüber dem Sterbenden zu den Verpflichtungen des Arztes gegenüber den Lebenden gehört. Die Präambel hält fest: „Zu den Pflichten des Arztes, das Leben zu erhalten, die

Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen.“ Damit tritt die Sterbehilfe als eine Form der Leidenslinderung *auf gleiche Ebene* neben Lebenserhaltung und Heilung. Ziel aller Hilfe soll es sein, jedem ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Das setzt neben medizinischem auch *menschlichen Beistand* des Arztes voraus. Ebenso habe der Sterbende Anspruch auf menschenwürdige Unterbringung und Betreuung. Insofern richten sich die von der Ärztekammer erlassenen Richtlinien nicht nur auf den betreuenden Arzt, sondern auch auf den Krankenhausbetrieb insgesamt. Menschenwürdige Pflege ist Teil der dem Patienten zu leistenden Sterbehilfe.

Im Blick auf das Verhalten des Arztes sind die Richtlinien vor allem an einem stärkeren *Mitspracherecht des Patienten* orientiert, soweit dieser noch urteilsfähig ist, oder im Falle des Fehlens der Urteilsfähigkeit der nächsten Angehörigen, ohne daß dem Arzt dadurch seine Entscheidungsfähigkeit genommen werden soll. Im einzelnen wird festgelegt:

- a) Bei der Behandlung eines Sterbenden ist nach angemessener Aufklärung der Wille des urteilsfähigen Patienten zu respektieren, „auch wenn dieser sich nicht mit der vom Arzt für geboten gehaltenen Therapie deckt“.
- b) Beim bewußtlosen oder urteilsunfähigen Patienten sind im Interesse des Kranken medizinische Behandlungsmaßnahmen vom Arzt als „Geschäftsführung ohne Auftrag“ durchzuführen. Dabei sind Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Patienten zu berücksichtigen. „Dem Patienten nahestehende Personen müssen angehört werden; *rechtlich* aber liegt die letzte Entscheidung beim Arzt, es sei denn, daß nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches ein Pfleger zu bestellen und dessen Einwilligung einzuholen ist.“ Wenn der Patient unmündig oder entmündigt sei, so dürfe die Behandlung nicht gegen den Willen der Eltern oder des Vormundes eingeschränkt oder abgebrochen werden.
- c) Besteht bei einem dem Tode nahen Kranken oder Verletzten Aussicht auf Besserung, so muß der Arzt diejenigen Behandlungsmaßnahmen einsetzen, die der *möglichen* Heilung und Linderung des Leidens dienen können.
- d) Beim Sterbenden oder dem Tode nahe Kranken oder Verletzten, bei dem das Grundleiden einen nicht mehr umkehrbaren Verlauf genommen hat und „der kein bewußtes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung führen können“, beschränkt sich der Arzt darauf, die Schmerzen zu lindern. Zum Einsatz aller der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten sei er nicht verpflichtet.

Es wird deutlich, daß es bei den Richtlinien vor allem darum geht, mehr rechtliche Klarheit in das schwierige Feld des ärztlichen Umgangs mit Todkranken und Sterbenden zu bringen, dem Arzt einen sichereren Schutz in seiner Entscheidungsfindung zu geben und juristische Auseinandersetzungen in strittigen Fällen durch Respektierung des Willens der Patienten oder durch Anhören von dessen Angehörigen zu vermeiden. Freilich kommt damit

ein stark subjektives Element seitens des Patienten oder dessen Angehörigen herein. Nur der Arzt ist salviert. Und klar gezogen ist trotz der Unterscheidung zwischen dem Tode nahen Kranken und dem Sterbenden *eine* Grenze: Sterbehilfe im Sinne der Beschränkung auf Leidensmilderung betrifft nur Hilfe *im* Sterben.

## Wer ist ein Sterbender?

Nicht unbedeutende *Klarstellungen zur Reichweite und zum inhaltlichen Verständnis* der „Richtlinien“ werden durch den „Kommentar“ nachgeliefert, der dem Richtlinienentwurf beigegeben ist. Dieser bringt ärztliche, ethische und rechtliche Erläuterungen. Die ethischen sind dabei am allgemeinsten formuliert; und es ist nicht klar ersichtlich, worin sie sich von den ärztlichen, die, wenn schon nicht der Form, so doch dem Inhalt nach, ebenfalls ethischer Natur sind, eigentlich unterscheiden. Die (ethischen) Kriterien, die neben dem „Grundgedanken“, daß es die primäre Verpflichtung des Arztes ist, dem Patienten in jeder möglichen Weise beizustehen, genannt werden und die der Arzt in seine Entscheidung einzubeziehen hat, sollen sein: die Persönlichkeit und der Wille des Patienten, dessen Belastbarkeit durch Schmerzen und Verstümmelung, die Zumutbarkeit medizinischer Eingriffe, die Verfügbarkeit therapeutischer Mittel, die Einstellung der menschlichen und gesellschaftlichen Umgebung.

Wichtiger sind die im Kommentar nachgelieferten *Definitionen und Eingrenzungen*. Sterbehilfe wird definiert als „die Beschränkung auf eine Linderung von Beschwerden bei gleichzeitigem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen beim Todkranken“. Die Sterbehilfe betrifft den *im Sterben liegenden Menschen*, unter dem ein Kranker oder Verletzter verstanden wird, „bei dem der Arzt aufgrund einer Reihe klinischer Zeichen zur Überzeugung kommt, daß die Krankheit irreversibel oder die traumatische Schädigung infaust verläuft und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird“.

Demgegenüber bleibt die *gezielte Lebensverkürzung* durch künstliche Eingriffe in die restlichen Lebensvorgänge, um das Eintreten des Todes zu beschleunigen, strafbare vorsätzliche Tötung. Sie bleibt im Sinne des § 216 auch dann strafbar, wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Hier werden also die Grenzen sehr entschieden gezogen. *Abgelehnt* im Sinne des Strafgesetzbuches wird nicht nur die Tötung unheilbar Kranker, und sei es auf Verlangen der Betroffenen, sondern auch die *aktive Lebensverkürzung des Sterbenden*. (Passive) Sterbehilfe dagegen ist begründet, „wenn ein Hinausschieben des Todes für den Sterbenden eine nichtzumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet und das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat“. Der *Sterbeprozess* „beginnt, wenn die elementaren körperlichen Lebensfunktionen erheblich beeinträchtigt sind“. Seien diese Lebensgrundlagen derart betroffen, daß jegliche Fähigkeit entfällt, Subjekt oder Träger eigener Handlungen zu sein, und stehe der Tod wegen lebensge-

fährdender Komplikationen bevor, so sei dem Arzt ein breiter Ermessensspielraum zuzugestehen. Die ärztliche Hilfe endet mit dem Eintritt des Todes. Dieser wird „nach dem Stande der medizinischen Wissenschaft“ mit dem *Hirntod* gleichgesetzt.

Ins Detail geht der Kommentar im Sinne der Absicherung der Position des Arztes unter juristischem Aspekt. Die Richtlinien sollen klarstellen, was im Bereich der Sterbehilfe unter die *Garantenpflicht* des Arztes fällt.

Maßgebend bleibt innerhalb des Rahmens möglicher passiver Sterbehilfe der Wille des Patienten. Es gilt der Grundsatz: „Der Wille des Kranken sei oberstes Gesetz.“ Dessen Wille bindet den Arzt.

Im Falle eines urteilsunfähigen Patienten haben sich die Heilbemühungen im Sinne der „Geschäftsführung ohne Auftrag“ nach dem *mutmaßlichen Willen des Patienten* zu richten. Dieser Wille aber, so der Kommentar, sei „nicht einfach als auf bloße Verlängerung von Schmerzen und Leiden zielend“ anzusehen. Vielmehr könne der Respekt vor der Persönlichkeit des Sterbenden die Anwendung medizinischer Maßnahmen als nicht mehr angezeigt erscheinen lassen.

Wie aber soll der mutmaßliche Wille ermittelt werden, wenn es naheliegt, auf künstliche Lebensverlängerung zu verzichten? Der Kommentar geht auf die Frage der Einschätzung früher abgegebener *schriftlicher Erklärungen* ein. Er kommt zu dem Schluß: Eine solche Erklärung könne für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens ein gewichtiges Indiz sein. Entscheidend aber sei „der gegenwärtige mutmaßliche Wille“, der nur durch eine sorgfältige Abwägung aller Umstände des Falles gefunden werden könne. Es müsse gefragt werden, ob der Patient die Erklärung im gegenwärtigen Augenblick vernünftigerweise würde widerrufen wollen. Die Entscheidung liege aber letztlich auf jeden Fall beim Arzt.

Durch ihre Definitionen und präzisen Abgrenzungen schaffen die Richtlinien in wesentlichen Punkten Klarheit. Bedeutsam ist vor allem der *klare Trennungsstrich zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe*. Hier bleibt kein

Spielraum für Fehldeutungen. Aktive Sterbehilfe als gezielte Lebensverkürzung durch Einsatz künstlicher Mittel wird der Tötung im Sinne des geltenden Rechts gleichgesetzt. Nur die passive Sterbehilfe im Prozeß des Sterbens selbst ist im eigentlichen Sinn Gegenstand und Bezugsfeld der Richtlinien. Es geht letztlich allein um Grenzziehungen im Bereich künstlicher Lebensverlängerung von Totkranken bzw. Sterbenden, also um die Bewältigung von Problemen, die in spezifischer Weise erst durch den Fortschritt der modernen Medizin geschaffen worden sind. Dieses Problem ist aber wohl nur von begrenzter Bedeutung, und es wäre durchaus eine Frage wert, ob hier überhaupt soviel Normaufwand gerechtfertigt ist; ob nicht in Form einer Generalklausel die allgemeine Bestimmung genügte, daß die Behandlung von Sterbenden oder Totkranken, deren Tod abzusehen ist, auf die Verabreichung leidensmildernder Mittel beschränkt werden kann, selbst wenn dadurch der Prozeß des Sterbens beschleunigt wird. Durch die Richtlinien, so scheint es, erfolgt lediglich eine *teilweise Verlagerung der Problematik vom Arzt auf den Patienten oder dessen Angehörige*. Die Frage, wie einem exorbitanten Gebrauch von durch den medizinischen Fortschritt verfügbar gewordenen Mitteln zur Verlängerung des Krankheitsverlaufs bzw. des Sterbens in gewissem Sinne vorgebeugt werden könnte, ist damit nicht beantwortet. Daß die Richtlinien auf die sachlich viel schwierigere Frage, wann denn der tödliche Verlauf einer Krankheit oder einer Verletzung einwandfrei feststehe, in diesem Rahmen nicht eingehen, ist verständlich. Ein Rest von Widerspruch ist in sie in dieser Beziehung freilich dadurch eingegangen, daß sie einerseits von dem dem Tode nahen Kranken handeln, dessen Krankheitsverlauf irreversibel sei, und bei dem therapeutische Möglichkeiten auf Leidensmilderung beschränkt werden können. Diese Unterscheidung mag bedeutsam sein. Aber ist denn der Patient, bei dem Heilung möglich ist, wirklich ein dem Tode naher Kranker? Für den medizinischen Laien erschöpfen sich da die begrifflichen Unterscheidungsmöglichkeiten.

D. A. Seeber

## Interview

# Was hat Puebla für die Kirche Lateinamerikas gebracht?

## Ein Gespräch mit Kardinal Paulo Evaristo Arns

*Im Rahmen einer Veranstaltung von Misereor weilte der Erzbischof von São Paulo, Kardinal Paulo Evaristo Arns, in Karlsruhe. Wir benutzten die Gelegenheit, um mit dem*

*brasilianischen Kardinal, der heute zu den profiliertesten Bischöfen Lateinamerikas gehört, ein bilanzierendes Gespräch über die Bischofskonferenz von Puebla und ihren*