

noch so leichten Behinderung haben, um kalte Rücksichtslosigkeit auch von Menschen zu erleben, deren Bildung oder deren Tätigkeit eigentlich etwas Besseres erwarten lassen sollte. Dennoch ist dies kein Grund, jede Behinderung durch Ausmerzungen ihres Trägers in einem frühen Stadium seiner Entwicklung zu vermeiden. Unsere außerordentlich viel schwierigere Aufgabe ist es hingegen, die vorherrschende Einstellung zum Behinderten, zum Hilfsbedürftigen in unserer Gesellschaft zu korrigieren.

HK: Sehen Sie angesichts dieser Spannung einen neuen rechtlichen Regelungsbedarf, der dem Arzt, aber auch

den betreffenden Angehörigen gegenüber dem Arzt mehr Rechtssicherheit garantiert?

von Loewenich: Auf den Einbecker Workshops der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht von 1986 und von 1988 waren sich Ärzte, Juristen und Ethiker absolut einig darin, daß vom Gesetzgeber keine Regelungen gefordert werden sollen, wo individualisierte ethische Entscheidungen geboten sind. Wo bislang die Legislative eingeschaltet wurde, man denke an den Fall „Baby Doe“ in den USA, hat man damit ausschließlich schlechte Erfahrungen gemacht, die wir hierzulande möglichst nicht wiederholen sollten.

„Die Schwierigkeiten liegen in der Abschätzung eines Krankheitszustandes“

Fragen an Professor Paul Schölmerich

HK: Herr Professor Schölmerich, in einem Gedenkartikel zum 100. Geburtstag Martin Heideggers war jüngst zu lesen (Südd. Zeitung, 23/24.9.89), die Subjekt-Objektspaltung der instrumentellen Vernunft habe u. a. eine Medizin hervorgebracht, „die den Leib total vergegenständlicht“ und so darauf ausgehe, *Krankheiten* um jeden Preis zu „bekämpfen“ und „auszurotten“ und so „das Leben des einzelnen ohne Rücksicht auf Verluste zu verlängern“. Karikatur oder Wirklichkeit des heutigen Medizinbetriebs, insbesondere soweit es sich um den Einsatz von Intensivmedizin handelt?

Schölmerich: Es handelt sich bei der Aussage nicht um eine Karikatur, sondern um eine plakative Fehldeutung der Entwicklung der Medizin in den letzten Jahrzehnten. Sie wird in ähnlicher Form häufig von Publizisten vertreten, denen die eigene Erfahrung mit entsprechenden Situationen fehlt. Man hat ebenso plakativ von der „Arroganz der Gesunden“ gesprochen. Die Intensivmedizin stellt tatsächlich einen entscheidenden Fortschritt, allerdings nur in einem Teilbereich der Medizin dar, der sich auf schwere organische Krankheitszustände, die Bewältigung postoperativer Krisensituationen und andere lebensbedrohliche Extrembilder bezieht. Die Aufgabe der Intensivmedizin ist, prinzipiell reversible Funktionsausfälle vitaler, lebensnotwendiger Körperfunktionen meist mit apparativer Hilfe so lange zu beheben, bis der Organismus die Fähigkeit eines geordneten regulatorischen Funktionsablaufes wiedergewonnen hat. Diese Definition bedeutet, daß Krankheitsbilder, die in kürzerer Frist unabänderlich zum Tode führen, nicht Gegenstand intensivmedizinischer Behandlung sein sollen. Eine solche Sondersituation darf nicht zum Maßstab der Bewertung des weiten Bereiches der gesamten Medizin gemacht werden.

Im Gesamtsystem der sozialen Sicherung macht sie lediglich einen Minimalanteil aus.

HK: Nicht zuletzt das Mißtrauen gegenüber den Möglichkeiten heutiger Intensivmedizin führt aber verstärkt zur Forderung, nicht nur das Sterben nicht künstlich zu verlängern, tödlich erkrankte Patienten ohne Anwendung „außergewöhnlicher Maßnahmen“ in Würde sterben zu lassen. Dabei kommt auch der Ruf nach Euthanasie, auch der aktiven Euthanasie immer wieder neu ins Spiel. Und Umfragen bestätigen, daß die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe von großen Teilen der Bevölkerung bejaht wird. Wie beurteilen Sie als Mediziner diese Entwicklung?

Schölmerich: Daß die Mehrheit der Bevölkerung eine aktive Sterbehilfe, also die bewußte Beendigung eines als unerträglich empfundenen Lebens bejaht, ist verständlich. Nur wenige sind bereit, ein langes, schmerzgeplagtes Leben ohne Aussicht auf Besserung oder gar Heilung zu ertragen. Die im FAZ-Magazin jede Woche gestellte Frage nach dem Sterben wird von fast allen Befragten mit dem Wunsch beantwortet, einen schnellen und schmerzlosen Tod zu erleiden ...

„Der Arzt wird im Zweifel sich immer für einen Maximaleinsatz entscheiden“

HK: ... Welche Konsequenzen würden Sie daraus für das ärztliche Ethos ableiten, besonders angesichts des Verlangens begrenzter Zulassung auch aktiver Euthanasie?

Schölmerich: Eine aktive Beendigung des Lebens durch den Arzt widerspricht der ethischen Maxime, nicht zu töten und ist andererseits auch dem Arzt nicht zumutbar, da

es seinem beruflichen Grundverständnis, zu heilen, Not zu lindern und zu helfen, widerspricht. Würde eine solche Maßnahme erlaubt, so ergäbe sich die kaum lösbare

Aus: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender* (1979)

I. Entscheidungsbereich

Zum Tode führen kann

1. plötzliches Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen aus bis dahin tatsächlicher oder scheinbarer Gesundheit,
2. plötzliches Versagen einer vitalen Funktion im Verlauf einer zwingend zum Tode führenden Krankheit,
3. fortschreitender biologisch oder pathologisch bedingter Kräfteverfall.

II. Therapeutische Grundsätze

1. Unter den genannten Bedingungen (I) ist grundsätzlich alles zur Lebenserhaltung und Leidensminderung Notwendige zu tun. Bei ungewisser Prognose muß die Behandlung immer und auch dann begonnen bzw. fortgesetzt werden, wenn mit irreparablen Schäden zu rechnen ist.
2. Bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen steht die notwendige Leidensminderung so stark im Vordergrund, daß die Möglichkeit einer Lebensverkung als Nebenwirkung in Kauf genommen werden darf.
3. Maßnahmen zur Lebensverlängerung dürfen beendet werden, wenn bei einer unausweichlich in kurzer Zeit zum Tode führenden Krankheit die vitalen Funktionen des Zentralnervensystems, der Atmung, der Herzaktion und des Kreislaufs offensichtlich schwer beeinträchtigt sind und der fortschreitende allgemeine Verfall nicht aufzuhalten ist oder nicht beherrschbare Infektionen vorliegen. In solchen Fällen sollte der Arzt Komplikationen nicht mehr über das Maß, das die Leidensminderung erfordert, behandeln. Entscheidend ist dabei der Umfang der ärztlichen Behandlungspflicht, nicht die rechtliche Einordnung als Handeln oder Unterlassen.

Schwierigkeit einer eindeutigen Abgrenzung in der breiten Skala von Leidenszuständen, von denen die Betroffenen, meist aber noch in höherem Maße die Angehörigen erlöst werden möchten. Angesichts dieser Situation gibt es zwei Konsequenzen: einmal nicht ein unabwendbares Sterben künstlich zu verlängern und zum anderen dem Sterben seine menschliche Würde zu belassen oder wiederzugeben. Das bedeutet Zuwendung, Hilfe, Betreuung, Pflege, Gabe schmerzlindernder Mittel oder Sedativa, soweit sie indiziert sind. Frau Kübler-Ross hat wesentliche Hinweise für die Begleitung in dieser letzten Lebensphase gegeben.

HK: Was sind aber dann die Ihrer Meinung nach die eigentlich strittigen Punkte? Völlig unumstritten ist z. B. ja der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen in einer schon „letalen Situation“. Unumstritten ist auch die Verabreichung schmerzlindernder Mittel, auch wenn der Patient dann um einiges früher stirbt. Ist das Hauptproblem deshalb nicht eher die Prognose? Wann ist eine Behandlung in extremis noch aussichtsreich und wann nicht?

Schölmerich: Die Schwierigkeiten liegen in der Tat in der Abschätzung der wahrscheinlichen Weiterentwicklung eines Krankheitszustandes. Hier gibt es in einem Teil der Krankheitsfälle klinische Symptome, Laborbefunde oder mit technischen Verfahren erfaßbare Parameter, die eine prognostische Aussage erlauben. Das gilt vor allem bei Verlaufsbeobachtung eines schweren Krankheitsbildes. Es gibt aber auch Patienten, bei denen eine solche Abschätzung nicht möglich ist, z. B. Patienten im Kreislaufschock nach einem Herzinfarkt. Erfahrungsgemäß überleben nur 10–20% einen solchen Schock trotz aller intensivtherapeutischen Maßnahmen. Bei dem Krankheitsverlauf läßt sich aber nicht voraussagen, wer zu der Gruppe der Überlebenden und wer zur nichtüberlebenden gehört. Die Konsequenz kann nur sein, alle mit der verfügbaren Maximaltherapie eines kardiogenen Schocks zu behandeln. Bei denen, die trotz dieser Maßnahme nicht überleben, entsteht bei Angehörigen und auch in der Öffentlichkeit häufig der Eindruck, es handle sich nur um die Verlängerung eines unvermeidlichen Sterbevorgangs. Der Arzt wird im Zweifel sich immer für einen Maximaleinsatz entscheiden, es sei denn, es liegen eindeutig erkennbare Willensäußerungen des Patienten vor, auf einen solchen Einsatz zu verzichten.

HK: Wie sehr muß der Arzt, der etwa durch eine testamentähnliche Willenserklärung von Patienten gehalten ist, lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen, den psychologischen Unterschied zwischen der Situation von Gesunden und von Schwerkranken im Auge behalten? Markus von Lutterotti z. B. schreibt in seinem Büchlein „Menschenwürdiges Sterben“ (Freiburg 1985, S. 108), ihm sei in seiner gesamten ärztlichen Praxis nur einmal passiert, daß ihn eine Patientin „um eine Spritze bat, damit alles vorbei sei“ und sich von ihrem Wunsch auch nicht abbringen ließ. Er habe ihr eine etwas stärkere Beruhigungsspritze gegeben. Nach längerem Schlaf sei sie mit sich selbst zufrieden gewesen. Und übernächste Nacht sei sie dann in Ruhe gestorben. Ist der Überlebenswille von Schwer- und selbst Todkranken in der Regel größer, als sie ihn als Gesunde einschätzen?

Schölmerich: Das Patiententestament löst die Problematik der Selbstbestimmung nicht in jedem Fall. Der Arzt muß darin einen wichtigen Gesichtspunkt für seine Entscheidungsfindung sehen, eine Maximaltherapie durchzuführen oder zu unterlassen. Es bedarf aber im Einzelfall einer Abwägung, ob dieses Testament tatsächlich dem Willen des Patienten in der akuten Situation entspricht. Es sind also Bewertung der zur Krise führenden Sondersituation, Äußerungen von Angehörigen oder Freunden, Schwere des Krankheitsbildes, prognostische Aussichten, zu bedenken. Diese Frage spielt auch eine besondere Rolle beim Selbstmordversuch, den man vordergründig als klare Äußerung eines Todeswillens ansehen könnte, der aber andererseits häufig nichts anderes ist als ein Ruf nach Hilfe, dem man unter Beachtung der personalen Sondersituation mit psychosozialer Betreuung entsprechen muß. Bei aktueller Unfähigkeit des Patienten zur Willensäuße-

zung gilt das Rechtsinstitut des mutmaßlichen Willens des Patienten, das einen weiten Ermessensspielraum für den Arzt darstellt. Er wird ihn in der Mehrzahl der Fälle zugunsten aktiver therapeutischer Maßnahmen benutzen, obwohl in einem Teil dieser Fälle dem tatsächlichen Willen des Patienten nicht entsprochen wird.

„Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist zu respektieren ...“

HK: Wieweit spielt auch das Kostenproblem in die Entscheidungssituation herein? Intensivmedizin ist teuer. Die Zahl der Apparate ist begrenzt. Die Kosten einer Behandlung können nicht beliebig gesteigert werden. Wenn also, um ein extremes Beispiel zu nennen, nur ein Beatmungsgerät zur Verfügung steht, aber dieses durch einen Patienten „besetzt“ ist, der kaum noch Aussicht auf längeres Überleben hat und eine lebensgefährlich verletzte Familienmutter eingeliefert wird, muß der Arzt entscheiden, wer Vorrang hat ...

Schölmerich: ... Ihre Frage entspricht einer häufig beobachteten medienwirksamen Konstruktion, die sich in der Praxis angesichts der Kapazitäten im System der Versorgung im Krankheitsfall im allgemeinen nicht stellt. Sofern in Einzelregionen eine Unterversorgung besteht, verdient der Ausbau der intensivmedizinischen Möglichkeiten Vorrang vor den Bedürfnissen der Normalversorgung. Bei dem geringen Kostenanteil, den die Intensivmedizin in dem Gesamtsystem beansprucht, sind hierbei Kostenprobleme nicht vorrangig. Ethische Fragen gibt es aber etwa in der Reihenfolge, in der Transplantationen erfolgen können, da das Angebot an zu transplantierenden Organen geringer ist als der Bedarf. Hierbei sind unabhängige Organisationen wie Eurotransplant im Sinn einer höheren Verteilungsgerechtigkeit wirksam.

HK: Aber selbst wenn der Hinweis auf die Knappheit von Geräten eine im wesentlichen theoretische Konstruktion sein sollte – es gibt auch ärztliche Autoren, die die Notwendigkeit von Präferenzentscheidungen nicht nur auf Transplantationsvorgänge beziehen (vgl. von Lutterotti, S. 90/91) –, so wird damit doch exemplarisch die Frage aufgeworfen, wieweit die Unterscheidung „aktiv“ – „passiv“ überhaupt trägt. Entscheidet sich der Arzt für die Familienmutter, muß er notwendig das Leben oder Sterben des anderen Patienten beenden. Und ist nicht jeder Abbruch der Behandlung von voraussichtlich todgeweihten Patienten aktive Euthanasie? ...

Schölmerich: Es sollte an der Unterscheidung zwischen einer aktiven lebensbeendenden Maßnahme, die weder ethisch noch rechtlich vertretbar ist, und den Folgen eines Therapieabbruchs festgehalten werden. Der Therapieabbruch eröffnet den Weg zum natürlichen Verlauf eines zum Tode führenden Leidens, die der existentiellen Grunderwartung eines jeden von uns entspricht. Dabei ist zu bedenken, daß Therapieabbruch keineswegs bedeutet, jegliche Behandlung zu beenden. Es kann sich nur um die

Beendigung einer meist apparativ bewirkten Maximaltherapie handeln. Pflege, Elementarversorgung mit Flüs-

Aus: *Richtlinien der Bundesärztekammer für die Sterbehilfe (1979) (Behandlung)*

- a) Bei der Behandlung ist nach angemessener Aufklärung der Wille des *urteilsfähigen* Patienten zu respektieren, auch wenn er sich nicht mit der von dem Arzt für geboten angesehenen Therapie deckt.
- b) Beim *bewußtlosen* oder sonst *urteilsunfähigen* Patienten sind die im wohlverstandenen Interesse des Kranken medizinisch erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unter dem Gesichtspunkt einer Geschäftsleitung ohne Auftrag durchzuführen. Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Patienten sind dabei 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. Ist der Patient unmündig oder entmündigt, so darf die Behandlung nicht gegen den Willen der Eltern oder des Vormundes eingeschränkt oder abgebrochen werden.
- c) Bestehen bei einem *dem Tode nahen Kranken oder Verletzten* Aussichten auf Besserung, setzt der Arzt diejenigen Behandlungsmaßnahmen ein, die der möglichen Heilung und Linderung des Leidens dienen.
- d) Beim *Sterbenden, einem dem Tode nahe Erkrankten oder Verletzten*
 - bei dem das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und
 - der kein bewußtes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung führen können, lindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.

sigkeit, Gabe von indizierten Schmerzmitteln und Sedativa haben eher einen noch höheren Stellenwert.

HK: Andererseits beginnen die ethischen Probleme für den Arzt oft wohl schon sehr viel früher und nicht erst beim Todkranken im Prozeß des Sterbens, z. B. im Falle eines pflegebedürftigen alten Menschen mit einem bösartigen Tumor. Operieren, nicht operieren? Wie ist da zwischen „technisch Machbarem“ und „menschlich Vertretbarem“ zu entscheiden?

Schölmerich: Der Arzt steht immer vor der Notwendigkeit, eine Entscheidung zu treffen, die sich zunächst auf die Diagnostik und erst danach auf die Therapie bezieht. Die Entscheidungen sind in der Mehrzahl aller Interaktionen Arzt-Patient relativ leicht, da die Sachverhalte einfach strukturiert sind und der normale Erfahrungsbereich eine ausreichende Basis für eine solche Entscheidung darstellt. Probleme ergeben sich aber bei eingreifenderen Verfahren sowohl in der Diagnostik wie in der Therapie. Hier sind Nutzen und Risiko im Einzelfall abzuwägen. Wenn alternative Verfahren möglich sind, ist die Entscheidung nach Abwägung des wahrscheinlichen weiteren Krankheitsverlaufs unter den verschiedenen möglichen

Therapieverfahren zunächst vom Arzt für seinen dem Patienten zu übermittelnden Handlungsvorschlag zu klären. In dieser Phase müssen die besonderen personalen Bedingungen des einzelnen Patienten mit bedacht werden. Schließlich hängt die definitive Entscheidung zur einen oder anderen Therapie oder auch zum Therapieverzicht vom Willen des Patienten ab. Sein Selbstbestimmungsrecht ist zu respektieren, auch wenn es im Einzelfall den Vorstellungen des Arztes nicht entspricht. Das ethische Problem liegt darin, daß die Entscheidung des Patienten nicht unabhängig ist von Art und Umfang der Information, so daß diese soweit wie möglich die reale Situation widerspiegeln muß. Hier sind, besonders in der Behandlung bösartiger Tumoren unter Berücksichtigung der psychischen Belastbarkeit des Patienten Grenzen unverkennbar.

HK: Auffallend zurückhaltender als Juristen sind Mediziner bei Forderungen nach neuen rechtlichen Regelungen. Sie haben selbst einmal vor „der Verdrängung des Mediziners durch den Juristen“ gewarnt. Aber die Bestrebungen z. B. des Alternativentwurfs zum § 216, an dem auch einige Mediziner mitgearbeitet haben, zielen zwar einerseits auf feste Regeln, die mehr Rechtssicherheit schaffen; auf der anderen Seite soll der Handlungsspielraum des Arztes eher erweitert werden. Was ist aus ärztlicher Sicht ungenügend an der geltenden Gesetzgebung?

Schölmerich: Das Recht kann bei zu enger Festlegung den Handlungsspielraum des Arztes einengen. Rechtliche Regelungen sind aber andererseits notwendig, da ethische Gesichtspunkte in der pluralistischen Gesellschaft nicht in allen Fragen einen Konsens erkennen lassen. Allerdings können rechtliche Regelungen nur einen Rahmen abgeben, Grenzpositionen markieren, in denen sich die Interaktion Arzt-Patient abspielt. Die vielfache Konditionierung im Einzelfall macht eine rechtliche Festlegung für die Vielfalt von Zustandsbildern unmöglich. Eser hat darauf hingewiesen, daß das Recht auch eine Schützfunktion für den Arzt besitzt, der seinen Handlungsspielraum eher erweitern kann. Schreiber sagt, daß das Recht angesichts der wechselnden Grundsätze der Ethik ein konkretisie-

render Faktor sein kann. „Die Frage, was ich tun soll, ist unabweisbar. Die Antworten in Ethik und Recht sind nicht beweisbar richtig.“

HK: Liegt im stärker werdenden Drängen auf mehr Selbstbestimmung wie im Leben so auch im Sterben möglicherweise auch eine Fixierung, die sich gewiß aus der Abwehr „sinnloser Lebensverlängerung“ erklärt, aber auch etwas mit dem Bedürfnis, Leiden und Tod zu verdrängen, zu tun hat? Und wird dadurch nicht auch ein wenig abgelenkt von den primären Aufgaben der Pflege und Sterbebegleitung, wie Sie sie eingangs angedeutet haben, daß Patienten eine Atmosphäre vorfinden, in der sie sich durch Ärzte und Pfleger „gut aufgehoben“ fühlen?

Schölmerich: Es ist wohl eine Tendenz zu erkennen, Leiden und Tod zu verdrängen und nicht mehr als unabweislige Begleiterscheinung unseres Lebens hinzunehmen. Die Ursache ist vielschichtig. Sie liegt einmal sicherlich in der Abwendung von religiösen Überzeugungen, hängt aber auch mit dem Glauben an die Machbarkeit auch im existentiellen Bereich zusammen und spiegelt eine hedonistische Grundhaltung vieler Menschen wider. Bedeutsamer ist wahrscheinlich, daß Leiden und Sterben sich gegenüber früher anders darstellen. Die Wandlung des Krankheitspanoramas hat chronische Krankheiten, bösartige Geschwülste und Altersleiden gegenüber Akuterkrankungen mehr in den Vordergrund treten lassen, die vor der Zeit der Antibiotikaära häufig in wenigen Tagen das Leben beendeten. So ist das Sterben zu einem Teil ein langwieriger Vorgang mit sich steigernder Leidensintensität, Schmerzen und häufig auch sozialer Isolierung geworden. Hinzu kommt, daß viele den letzten Lebensabschnitt bis zum Tode im Krankenhaus oder im Pflegeheim verbringen. Hier wird vielfach dem humanen Anspruch auf eine gesetzliche und pflegerische Sterbebegleitung nicht in vollem Umfang entsprochen. Viele Bemühungen sind darauf gerichtet, diese Situation menschenwürdiger zu gestalten. Man kann aber nicht erwarten, daß die hier handelnden Personen sich weit über den in der Gesamtgesellschaft vorhandenen ethischen Standard erheben.

„Wem Ehrlichkeit und Redlichkeit am Herzen liegen“

Fragen an Professor Albin Eser

HK: Herr Professor Eser, durch die wachsenden Möglichkeiten künstlicher Lebensverlängerung kommt das Thema Sterbehilfe und Euthanasie immer wieder in die Diskussion. Und zunehmend wird auch nach neuen, über die geltende Gesetzgebung hinausgehenden rechtlichen bzw. strafrechtlichen Regelungen gerufen. An welche zu

erfassenden oder erfassbaren Tatbestände ist da vor allem gedacht?

Eser: Das Schutzbedürfnis hat sich tatsächlich gewandelt bzw. ausgeweitet. Während es früher nur darum gehen konnte, den Menschen davor zu schützen, daß er vorzei-