

Sie will und sucht keine besonderen Privilegien.“

In diesem Zusammenhang kam Johannes Paul II. auch auf den Beitrag zu sprechen, den die polnische Kirche für Europa leisten könne: Ihre „Anhänglichkeit an den Glauben“, ihre von Religiosität geprägte Tradition, das pastorale Engagement ihrer Bischöfe und Priester sowie viele andere Werte, durch die Europa nicht nur ökonomisch, sondern auch spirituell vorankommen könne.

Nicht übersehen werden sollte auch der eindringliche *ökumenische* Appell

Johannes Pauls II. bei seinem jüngsten Besuch in Polen, das einmal ein Hort religiöser Toleranz war, wo sich aber wegen der zahlen- und bewußtseinsmäßigen Dominanz der katholischen Kirche Ökumene in jüngerer Zeit nur mühsam entwickeln konnte. Bei einem ökumenischen Wortgottesdienst in Breslau mahnte der Papst, die Trennungen zwischen den Kirchen seien trotz der Fortschritte der letzten Jahrzehnte noch zu groß. Man müsse alles tun, um die volle Gemeinschaft wiederzuerlangen. U. R.

Sterbebegleitung: Entwurf der Bundesärztekammer

Auf dem Deutschen Ärztetag Ende Mai wurde der Entwurf einer Richtlinie zur ärztlichen Sterbebegleitung diskutiert. Der Mainzer Moraltheologe Johannes Reiter stellt den Entwurf vor und würdigt ihn als insgesamt ethisch verantwortbar.

Überall in der Welt wird gegenwärtig eine Sterbehilfe-Debatte geführt. Das Prinzip der Selbstbestimmung, so fordern viele, soll auch bei der Entscheidung über den eigenen Tod durchgesetzt werden. So haben in diesem Frühjahr einige der bekanntesten amerikanischen Philosophen, unter ihnen *Ronald Dworkin*, *Thomas Nagel* und *John Rawls*, in einem Manifest die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gefordert. Dem entspricht die allgemeine Beobachtung, daß in regelmäßig durchgeführten Untersuchungen weltweit mehrheitlich die Freigabe der Tötung auf Verlangen gefordert wird. In den *Niederlanden*, *Australien* und *Japan* wird die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen nicht mehr bestraft. Auch in *Deutschland* werden im Zuge dieser Entwicklung immer mehr Stimmen laut, die den „Gnadentod“ aus ärztlicher Hand legalisieren möchten.

In diese Debatte ist nun die Bundesärztekammer mit ihrem Entwurf einer „Richtlinie zur ärztlichen Sterbebe-

gleitung und den Grenzen der zumutbaren Behandlung“ (dokumentiert in: *Deutsches Ärzteblatt* 94, Heft 20, 16.5.97, B-1064f.) eingetreten. Vorgelegt wurde der Entwurf Ende Mai auf dem diesjährigen 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach, wo auch eine erste Aussprache stattfand. Nach dem Willen der Bundesärztekammer soll der Entwurf, bevor er zum Jahresende verabschiedet wird, wegen seiner gesellschaftlichen Bedeutung von der Ärzteschaft und der breiten Öffentlichkeit diskutiert werden.

Eine Neufassung war angebracht

Schon der 98. Deutsche Ärztetag 1995 in Stuttgart und ebenso der 99. in Köln 1996 hatten vor allem im Hinblick auf die benachbarten Niederlande in eigenen Erklärungen vor der Ausbreitung der aktiven Sterbehilfe gewarnt. Dem Druck auf ihre ärztliche Legalisierung widersteht auch der nun vorgelegte

Richtlinienentwurf. Bereits 1979 hatte die Bundesärztekammer eine Richtlinie zur Sterbehilfe erlassen, die 1993 aktualisiert wurde und nun schon nach vier Jahren erneut fortgeschrieben wird.

Mit der Neufassung der Richtlinie wird sowohl aktuellen medizinischen Herausforderungen (zum Beispiel Behandlung von Patienten mit chronisch-vegetativen Zuständen, sogenannten Wachkomapatienten) als auch rechtlichen Vorgaben (Urteil des Bundesgerichtshofes vom 13.9.94) Rechnung getragen. Dies führte dazu, daß rund die Hälfte des 1993er-Textes neu formuliert bzw. erweitert wurde. Orientieren konnten sich die Verfasser des Entwurfs an den seit 1995 vorliegenden neu formulierten *Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften* und an dem Entwurf der „Leitlinien zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie“ der *Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* von 1996.

Gegenüber der früheren Richtlinie fallen insbesondere zwei Aspekte auf: Man rückt ab von dem Diktat des medizinisch Machbaren und mißt der *Patientenautonomie* besondere Bedeutung zu. Das Unbehagen an der Ausschöpfung des medizinischen Potentials haben sich die Ärzte selbstkritisch zu eigen gemacht. Nach der bislang geltenden 1993er-Richtlinie war ein Behandlungsabbruch nur bei einem Patienten vertretbar, bei dem „der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist“. In dem neuen Entwurf heißt es in der Präambel: „Die Frage nach Behandlungsbegrenzung kann sich auch schon vor der Endphase menschlichen Lebens stellen.“ Und dieser Frage ist der gesamte neue Abschnitt II der Richtlinie gewidmet.

Dort heißt es im Hinblick auf Patienten, die sich *noch nicht im Sterbeprozess* befinden, unter anderem: „Eine solche Änderung des Behandlungszieles (gedacht ist an Behandlungsabbruch und Verzicht auf Behandlungsaufnahme, J. R.) wird unter Beachtung des Selbstbestimmungs-

rechts des Patienten nur in Betracht kommen, wenn die Aufnahme einer lebensverlängernden Maßnahme oder die Fortführung der Behandlung keine Hilfe für den Patienten darstellt, sondern ihn unvertretbar belastet.“ Hier wird das schon genannte Urteil des Bundesgerichtshofes voll wirksam, das 1994 erstmalig – sehr vorsichtig und mit vielen Vorbehaltsklauseln gesichert – die Möglichkeit zum straflosen Abbruch der lebensverlängernden Behandlung beim entscheidungsunfähigen, aber noch nicht moribunden Patienten eröffnet hat. Zu dieser Gruppe zählen auch die Patienten mit chronisch-vegetativen Zuständen, also Patienten, die seit langer Zeit im permanenten Wachkoma liegen. Ausdrücklich stellt der Entwurf im Hinblick auf diese Zielgruppe fest, daß es sich dabei um Lebende handelt. Damit wird auch unausgesprochen jegliches Ansinnen zurückgewiesen, solche Menschen mit apallischem Syndrom als Organspender heranzuziehen.

Stärkere Berücksichtigung der Patientenautonomie

Für den Behandlungsabbruch ist der erklärte oder mutmaßliche Wille des Patienten maßgeblich. Im Hinblick auf den *mutmaßlichen Willen* muß der Arzt abschätzen, welcher medizinischen Versorgung der Patient zustimmen würde, wenn er sich noch äußern könnte. In dem Urteil des Bundesgerichtshofes heißt es dazu unmißverständlich: „Kann der todkranke Patient nicht mehr selbst entscheiden und wird ihm auch kein Pfleger bestellt, so ist sein mutmaßlicher Wille und nicht das Ermessen der behandelnden Ärzte rechtlicher Maßstab dafür, welche lebensverlängernden Eingriffe zulässig sind und wie lange sie fortgesetzt werden dürfen. Die Ausschöpfung intensiv-medizinischer Technologie ist, wenn sie dem wirklichen oder anzunehmenden Patientenwillen widerspricht, rechtswidrig.“

Hinsichtlich des Verhaltens gegenüber *Neugeborenen mit schwersten ange-*

borenen Fehlbildungen, die nur durch fortdauernden Einsatz außergewöhnlicher technischer Hilfsmittel am Leben erhalten werden können, bestimmt der Entwurf, daß nach Rücksprache mit den Eltern von der erstmaligen oder anhaltenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden darf.

Ausdrücklich wird in dem Entwurf festgestellt, daß Behandlungsabbruch und -verzicht nicht von *wirtschaftlichen Überlegungen* abhängig sein dürfen und nicht den Verzicht der Basishilfe (Zuwendung, Körperpflege, Schmerzlinderung, Freihalten der Atemwege, Flüssigkeitszufuhr und natürliche Ernährung) bedeutet. Diese Feststellung erfolgt nicht ohne Grund. Sie geschieht im Hinblick auf den zunehmenden Kostendruck und die gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Nach Berechnung von Gesundheitsökonomern kostet die Versorgung am Lebensende fast ein Drittel des Budgets medizinischer Therapie.

Die stärkere Berücksichtigung der Patientenautonomie zeigt sich schon rein optisch dort, wo in den 1993er-Text die Begriffe „Selbstbestimmungsrecht“ und „erklärter oder mutmaßlicher Wille des Patienten“ eingefügt wurden. So heißt es jetzt in der neuen Präambel: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ Bei den ärztlichen Pflichten gegenüber Sterbenden heißt es jetzt: „Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen unter Beachtung des erklärten oder mutmaßlichen Willens des Patienten unterlassen oder abgebrochen werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und das Grundleiden mit seinem irreversiblen Verlauf nicht mehr beeinflusst werden kann.“

Dem Prinzip der Patientenautonomie entspricht auch die Wertschätzung, die man in der neuen Richtlinie dem *Patiententestament* beimißt. In der alten Richtlinie war davon nur nebenbei die

Rede: „Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind frühere schriftliche Äußerungen oder Erklärungen gegenüber nahestehenden Personen lediglich ebenso Anhaltspunkte wie religiöse Einstellungen, Schmerzen und Lebenserwartung.“ In der neuen Richtlinie wird dem Patiententestament ein eigener Abschnitt gewidmet. Dort heißt es: „Es ist zu begrüßen, daß mit zunehmender Autonomie des Patienten immer öfter im Vorfeld verfaßte Betreuungsverfügungen, Patiententestamente (Alters-)Vorsorge-Vollmachten o. ä. vorgelegt werden. Sie sind als eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes und als wichtiges Element des Selbstbestimmungsrechtes verantwortungsvoll bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu beachten.“

Neben dem Patiententestament erwähnt die Richtlinie auch eine *Betreuungsverfügung*. Durch eine solche wird für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Kranken eine Vertrauensperson ermächtigt, Entscheidungen zu treffen, die der jeweiligen Situation und der Persönlichkeit des Kranken am ehesten gerecht werden. Betreuer wird jemand aber nicht schon dadurch, daß der Kranke ihn dazu bestimmt, sondern erst durch die Bestellung des Vormundschaftsgerichts.

Wie schon die früheren Richtlinien widmet sich auch der neue Entwurf ausführlich den ärztlichen Pflichten bei Sterbenden. Inhalte der ärztlichen Sterbebegleitung sind Behandlung, Beistand und Pflege. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, daß eine unbeabsichtigte, aber möglicherweise *unvermeidbare Lebensverkürzung* hingenommen werden darf (= indirekte Sterbehilfe). Eine gezielte Lebensverkürzung durch Eingriffe, die den Tod herbeiführen oder beschleunigen sollen (= aktive Sterbehilfe) ist unzulässig. Auch die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung wird als dem ärztlichen Berufsethos widersprechend abgelehnt.

Auffallend ist schließlich noch, daß weder im Titel noch im Text – anders als noch in der Richtlinie von 1979 – von

Sterbehilfe die Rede ist, sondern von *Sterbebegleitung*. Die Vermeidung dieses Wortes zeigt an, daß man Begriffe gescheut hat, die auch nur im entferntesten an eine gezielte Herbeiführung des Todes erinnern können.

Eine ethisch verantwortbare Position

Diskussion und Kritik werden sich vor allem an den gegenüber der 1993er-Richtlinie neuen Punkten entzünden und lassen sich zugespitzt so formulieren: Erstens: Kann und darf bei Schwerstkranken, die sich aber noch nicht im Sterbeprozess befinden, die *passive Sterbehilfe* greifen? (Bislang war passive Sterbehilfe nur erlaubt, wenn das Merkmal der unmittelbaren Todesnähe gegeben war.) In solchen Fällen begrenzt der Entwurf der Richtlinie die Basispflege unter anderem auf „natürliche Ernährung“. Würde dies aber nicht zum Verhungern vieler Patienten führen, oder ist die Ernährung mittels Sonde auch noch zur natürlichen Ernährung zu rechnen? Ein solches Vorgehen sieht ebenfalls die Schweizer Richtlinie vor, und es steht auch nicht im Widerspruch zu dem Urteil des Bundesgerichtshofes.

Zweitens: Kann und darf bei der Behandlung von Neugeborenen mit

„schwersten angeborenen Fehlbildungen“ nach Rücksprache mit den Eltern auf den Einsatz außergewöhnlicher technischer Hilfsmittel verzichtet werden? Im Vergleich zum Behandlungsabbruch beim schwerstkranken Erwachsenen kommt hier erschwerend hinzu, daß es keinerlei Anhaltspunkte für deren mutmaßlichen Willen gibt. Auch ist das Kriterium „schwerste kongenitale Fehlbildung“ nicht eindeutig und interpretierbar. Mit dieser Problematik sahen sich die bereits 1986 aufgestellten und 1992 revidierten „Einbecker Empfehlungen“ über die „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“ konfrontiert. Jedenfalls urteilte der Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages 1992 strenger, als es die genannten Empfehlungen und der Richtlinie-Entwurf vorsehen. Ein Behandlungsabbruch soll, so der Bundestagsausschuß, nur dann zu rechtfertigen sein, wenn der Tod ohnehin unabwendbar ist und alsbald eintreten wird.

Drittens: Wird die *Patientenautonomie* im Hinblick auf den mutmaßlichen Willen und die Erstellung eines Patiententestamentes nicht überbewertet, und wie ist letzterem im klinischen Alltag Geltung zu verschaffen? Wie ist der zum Tatzeitpunkt maßgebliche mutmaßliche Wille des Patienten zweifelsfrei zu ermitteln? Und kann eine

Person in gesundem Zustand schon genau wissen, was sie sich im Moment höchster Lebensgefahr wirklich wünschen würde?

Kritische Stimmen gibt es schon jetzt: Der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, die bekanntlich das freie Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben fordert, ist der Entwurf zu restriktiv. Einige Politiker, quer durch die Parteien, sehen in ihm einen *ethischen Dambruch* in Richtung aktive Sterbehilfe. In dieser Pauschalität kann man die Kritik nicht teilen. Sicherlich wird man über einige Stellen (z. B. passive Sterbehilfe durch Nahrungsentzug, Abbruch der Behandlung bei Wachkomapatienten und schwerstgeschädigten Neugeborenen) diskutieren und auch Präzisierungen vornehmen müssen – bislang fehlt auch noch der dringend notwendige Kommentar zur Richtlinie.

Aber aufs Ganze gesehen bemüht sich der Entwurf um eine ethisch verantwortliche Position. Er vermeidet einseitige und extreme Sichtweisen und bezieht in den wesentlichen Fragen (aktive und indirekte Sterbehilfe) klar und eindeutig Stellung. Hierbei hält er die erweiterten Möglichkeiten der modernen Medizin im Blick, berücksichtigt die laufende Fach- und Ethikdiskussion ebenso wie die Vorgaben der Rechtsprechung. J. R.

Grundmuster in Bewegung

Zur derzeitigen Entwicklung der Parteienlandschaft in Europa

Die Parteienlandschaft in Europa ist unübersichtlich wie der Kontinent selbst – politisch, nicht geographisch gesehen. Die Vielfalt wird noch um vieles undurchdringlicher, wenn man Europa nicht auf die Europäische Union beschränkt, sondern einen Blick auf das ganze Europa riskiert, so wie es aus den Umbruchjahren 1989/90 hervorgegangen ist.

Es schält sich, läßt man die Russische Föderation und die GUS-Staaten einmal beiseite, in den *osteuropäischen Reformstaaten* ein ungefähres Grundmuster aus sozialdemokratischen, postkommunistischen, bürgerlich-liberalen, konservativen, christdemokratischen und nationalistischen Par-

teien heraus, das in kleinen Teilen dem Parteigefüge im heutigen Westeuropa, in größeren Teilen und in der Grunddynamik aber eher dem West- und Mitteleuropa der Zwischenkriegszeit vergleichbar ist.

So gut wie alles ist noch im Fluß, Profil und Struktur der Par-