

Der Verzicht auf Diagnose und Therapie: Bestandteil einer guten und humanen Medizin ?

ein Beitrag von Prof. Dr. Erny Gillen, Luxemburg

Der mir für dieses Referates vorgegebene Titel mag in den Ohren von Ärzten und Pflegeern wie eine Provokation klingen, fast wie eine Häresie, eine Verleugnung ihrer ureigenen Aufgabe. Ich werde die Frage, ob der Verzicht auf Diagnose und Therapie überhaupt Bestandteil einer guten und humanen Medizin sein kann, mit "Ja" beantworten. Lassen Sie mich jedoch zuerst erklären, was sich hinter dieser plakativen Abkürzung verbirgt, damit uns bei der anschließenden Diskussion nicht mißverständliche Worte im Wege des Verständnisses stehen, sondern der damit gemeinte Sachverhalt selber in den Mittelpunkt unseres Gespräches rückt.

Den Standpunkt, den ich heute hier einzunehmen versuche, versteht sich auf dem Hintergrund einer autonomen Ethik im Kontext des katholischen Glaubens. Als kirchlicher Referenztext dient mir dabei die sehr bemerkens- und empfehlenswerte Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre "Zu einigen Fragen der Euthanasie", die am 5. Mai 1980 in Rom unter der Unterschrift von Franjo Kardinal Seper veröffentlicht wurde.

Methodologisch möchte ich in diesem Referat zuerst der anthropologischen Frage nachgehen: "Was ist der Mensch?". Anschließend daran stellt sich die Frage nach dem Selbstverständnis der Medizin im Kontext ihrer aktuellen leistungsfähigen Mittel. In diesem Zusammenhang erläutere ich kurz die Beziehung zwischen palliativer und kurativer Medizin, um dann der ethisch relevanten Frage nachzugehen, wann der Mediziner sich mit einer begleitenden Therapie begnügen darf und soll, auch und gerade dann und dort, wo er, technisch gesehen, noch punktuelle kurative Eingriffe vornehmen könnte.

Vielleicht habe ich mit dieser methodischen Angabe bereits deutlich genug gezeigt, daß das Konzept des Verzichtes auf Therapie und Diagnose sich sowohl denkerisch als auch im praktischen Vollzug in der Regel im Umfeld von auf den Tod hin kranker und sterbender Patienten ansiedelt. Es geht um den *vernünftigen und angepaßten Umgang mit den Ressourcen medizinischer Intervention*. Anders gesagt, wenn die Medizin ein Dienst am Menschen sein will, muß sie sich immer wieder den Konstitutiva dieses Menschen unterwerfen.

"Was ist der Mensch?"

Es kann in diesem Statement wohl nicht darum gehen, die Urfrage aller Fragen zu beantworten, nämlich woher der Mensch kommt und wohin er geht. Vielmehr möchte ich einige für unser Thema bedeutsame Aspekte herausstreichen.

Dabei möchte ich den Menschen in unserem Zusammenhang beschreiben als ein endliches und vergängliches Wesen. Bis auf den heutigen Tag zeigen alle Forschungen, daß der Mensch darauf ausgerichtet ist, zu sterben. Jeder Mensch weiß denn auch um seine Sterblichkeit, doch ist ihm dieses Bewußtsein nicht angeboren! "Er muß das Wissen um seine Vergänglichkeit aus persönlicher Begegnung und Erfahrung erst gewinnen", schreibt der letztes Jahr verschiedene bekannte und geschätzte Moralthologe Franz Böckle ¹. Gerade dieses Bewußtsein wird jedoch heute vielfach verdrängt. Sind die meisten wohl noch bereit, den unausweichlichen Tod - notgedrungenenerweise - zu akzeptieren, so sind immer weniger Menschen bereit, sich auf das Sterben - den Weg zum Tod - einzulassen.

Unter anderem hat auch die Medizin zur Verdrängung der Sterblichkeit beigetragen, versteht sie sich selber doch als eine den Tod bekämpfende Wissenschaft. Etwas pessimistisch - oder etwa doch nur realistisch? - beschreibt Ihr Kollege Detlef Bernhard Linke das Verhältnis von Tod und Medizin, wenn er sagt: "Das neue Verständnis des Todes als Hirntod hat uns zu Gespenstern gemacht (...). Wir haben dem Tod Leben abgerungen, indem wir 97% unseres Körpers im voraus seiner Schattenwelt vermacht haben"².

Darüberhinaus macht die starke Betonung der Jugendlichkeit und der Unbeschwertheit es dem Menschen von heute schwer der Ambivalenz des Lebens Platz einzuräumen. "Auf dem Hintergrund eines allgemeinen Sinnverlusts und einer Unfähigkeit zur Verarbeitung eigener wie fremder Leiden wächst das Verlangen nach Verkürzung sinnlos erscheinender Leiden", schreibt der Theologe Böckle. Er fährt fort: "Das Wort vom sinnlosen Leiden ist aber ein gefährliches Wort. Es spiegelt einen sehr oberflächlichen Standpunkt wider. Wer etwas tiefer denkt, wird erkennen, daß die Fähigkeit zu leiden, ähnlich wie die Fähigkeit sich zu freuen, etwas bedeutungsvoll Menschliches aussagt. (...) Die Fähigkeit zu leiden gehört (...) zum Menschsein. Ein Leben ohne Leiden ist fast so unmenschlich wie ein Leben ohne Freuden. Gerade dieses vertiefte Verständnis von Leiden läßt aber auch verstehen, daß nicht selten unerträgliche physische Schmerzen die

¹BÖCKLE, Franz, Menschenwürdig sterben = Theologische Meditationen; 52, Benziger 1979,9.

²LINKE, Detlef Bernhard, In Würde altern und sterben. Zur Ethik der Medizin, Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn 1991,61.

Leidensfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Ihre Bekämpfung bildet darum unter Umständen die Voraussetzung für eine menschliche Leidensbewältigung"³.

Diese sehr vorsichtige und nuancierte Artikulierung der Leidensfähigkeit als integralem Bestandteil eines menschlichen und menschenwürdigen Lebens hat Franz Böckle mit seinem persönlichen Leben bewahrheitet, als er einen Monat vor seinem Tod anlässlich der Verleihung des Ehrendoktorates durch die medizinische Fakultät der Universität Bonn am 1. Juni 1991 in seiner letzten Dankesrede, die er selbst mit dem Titel "Bilanz meines ethischen Bemühens" überschrieben hatte, sagte: "Und nun, meine lieben Freunde, heißt es Abschied nehmen. Keineswegs in Resignation, aber auch ohne Illusion, was den Prozeß meiner Krankheit betrifft. Die Wochen und Tage sind gezählt. (Franz Böckle starb am 8 Juli 1991 in Glarus, Schweiz) Dieses Wissen öffnet eine ganz neue Dimension der Erfahrung. Was ich bisher theoretisch über Krankheit und Tod nachdachte, ist existentielle Wirklichkeit geworden. Es gibt keinen Grund vor Gott und der Welt zu klagen. Nach 70 erfüllten Lebensjahren füge ich mich denn der Endlichkeit alles Irdischen. Und es trägt mich das gläubige Bewußtsein, daß mein Schöpfer, der mich einst beim Namen gerufen hat, mir auch über den Tod hinaus seine Treue bewahrt".

Selbstverständlich soll mit der Darstellung des Todes als Bestandteil des Lebens das Leben selbst nicht verdrängt oder überboten werden. Es geht hier lediglich darum, diesen Aspekt des Lebens aus der Vergessenheit zu holen und ihn ins Leben zu integrieren. Zum komplexen menschlichen Leben gehört die Vielfalt seiner Regungen, seien sie nun positiver oder negativer Couleur.

Gerade die für den Menschen typischen Fähigkeiten des Gebrauchs von Freiheit und Vernunft veranschaulichen die Ambivalenz seines Lebens nochmals. Um das eine zu erreichen, muß der Mensch das andere hinter sich lassen. Er kann gerade nicht alle Güter, die er gerne möchte, in seinem Leben verwirklichen. Partner- und Berufswahl seien hier lediglich als Beispiele angeführt. Durch die Endlichkeit seines Daseins beschränkt, wählt der Mensch ipso facto zwischen vielen Möglichkeiten. "Choisir, c'est mourir un peu" sagt ein französisches Sprichwort. Diese Wahlfreiheit des Menschen hat als Preis seine Sterblichkeit. In der Wahl des einen Objektes seines Willens stirbt der Wählende anderen Objekten. Durch die Wahl kommt er jedoch auch in einen qualitativ neuen Lebensabschnitt, in dem neue Wahlmöglichkeiten bestehen. Wer im Leben leben oder weiterkommen will, muß im Leben deshalb auch manchem absterben.

Es darf hier allerdings nicht ungesagt bleiben, daß hinter aller Wahl als treibende Kraft der Lebenswille selber steht. Jeder Verzicht auf die Verwirklichung eines Gutes wird oftmals mit dem Gewinn eines anderen Gutes begründet und

³BÖCKLE, a.a.O., 11.

gutgeheißen. Damit wird aber auch die Subjektivität als ethisches Teilkriterium eingeführt. In unserer pluralistischen Gesellschaft ist es schwierig geworden, absolute Standpunkte einzunehmen. Die Theologie hat im Rahmen der Diskussion um die Autonomie der Moral auch im Kontext des Glaubens mit dazu beigetragen, die Verabsolutierung einzelner Güter in Frage zu stellen. Weil theologisch argumentiert, neben Gott kein noch so großes Gut absolut oder heilig sein kann, muß alles Irdische gedanklich der Endlichkeit unterworfen werden.

Als absolute Orientierungspunkte für unser ethisches Handeln bleiben somit allgemeine Werte wie Respekt vor dem Leben, Freiheit oder Wahrhaftigkeit, nicht jedoch vorsittliche Güter bzw. Übel. Damit wird das physische Leben, aber auch die Krankheit als Verletzung dieses physischen oder psychischen Daseins kräftig relativiert.

Wenn es also von der Warte eines allgemein menschlichen und somit auch christlichen Menschenbildes her nicht angezeigt scheint, das Gut "Leben" oder "Gesundheit" isoliert und absolut zu betrachten, dann müssen wir uns nun anderen Fragen zuwenden: Warum soll dann aber der Mensch alles oder vieles in sein körperliches Leben bzw. Überleben investieren? Warum soll er seine Gesundheit pflegen?

Zum Heilungsauftrag der Medizin

Die Medizin von heute und von damals setzt die Beantwortung dieser Fragen voraus. Sie will ja gerade mit ihrer Tätigkeit einen wichtigen Beitrag zur Heilung des angeschlagenen Menschen leisten. Wenn das Leben und die Gesundheit in unserer pluralistischen und offenen Gesellschaft keine absolute Bedeutung haben können, ansonsten unsere Gesellschaft in eine vitalistische Gesellschaft umschlagen würde, die dem körperlich gesunden Leben bereit ist alle Opfer zu bringen, dann kann auch die Medizin nur eine relative Bedeutung einnehmen.

Wie jeder Beitrag zum Aufbau unserer Gesellschaft unterliegt auch der des Mediziners dem Willen des einzelnen und den demokratischen Gesetzen der jeweiligen Gesellschaft. Wegen seiner hochtechnischen Fachlichkeit sind seine Beweggründe und Methoden dem einzelnen Laien jedoch nicht immer unmittelbar verständlich. Ähnlich wie bei anderen fachlichen Spezialisten (etwa Juristen, Steuerberater und Physiker) bedarf es der Übersetzung von der Fachsprache in die Alltagssprache. Denn nur in dieser Alltagssprache ist der Patient fähig, seine Erwartungen und Ansprüche an die Medizin zu formulieren. Und diese stehen wiederum in unmittelbarem Verhältnis zu seinen persönlichen Lebenszielen und -optionen.

Die quasi religiöse und symbolische Ausstrahlungskraft der lebensrettenden Heilkünste macht es dem in seiner Gesundheit angeschlagenen Menschen jedoch schwer, einen gleichberechtigten Dialog mit den Medizinern aufzunehmen. So muß der Arzt den Dialog mit dem Patienten häufig selbst gestalten und führen. Dabei läßt er sich von seiner fachlichen Kompetenz leiten. Da er den Patienten nicht noch mehr verunsichern will, legt er ihm häufig nicht eine Reihe von alternativen Behandlungsmöglichkeiten vor, sondern schlägt dem Patienten die Möglichkeit vor, die er wissenschaftlich zu diesem Zeitpunkt für die technisch beste hält.

Da nun aber keine noch so richtige Behandlung nur Vorteile für den Patienten zeitigen kann, sondern ihm auch Nachteile bringt (und sei es nur die Disziplin der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten), wäre jeweils das Einverständnis des Patienten explizit einzunehmen. Nur durch ein zielorientiertes Gespräch zwischen Arzt und Patient wird es der Medizin gelingen, aus der Logik des sogenannten wissenschaftlichen oder fachlichen Sachzwanges auszubrechen. Diese sich anbahnende Entwicklung bringt es mit sich, daß der Arzt nun zusätzlich und explizit einer weiteren Belastung ausgesetzt wird, nämlich der des ethischen Beraters. Diese Entwicklung hat in den Vereinigten Staaten von Amerika bereits zu einer neuen Berufssparte geführt, der der "Bioethiker".

Ob sich die Bioethik mit oder gegen die Ärzte in Europa durchsetzen wird, hängt in der Hauptsache von der Einstellung und Handlungsweise der Ärzte angesichts dieser neu ins allgemeine Bewußtsein dringenden Aufgabe ab. Für einige von Ihnen wird das hier Gesagte bare Selbstverständlichkeit sein, für andere wird es vielleicht überheblich und anmaßend klingen. Als wahr und richtig kann man auf jeden Fall festhalten, daß die Medizin eines nicht-medizinischen Rahmens bedarf, von dem aus sie ihre jeweilige Intervention erst legitimieren kann, will sie nicht auf die Stufe der reinen Medizintechnik abgleiten.

Genau dort, wo der Arzt nicht als Techniker, sondern als ethischer Berater gefragt ist, stellen sich die Fragen der Verantwortlichkeit dieser oder jener kurativen Intervention.

Darf und soll der Arzt auf kurative Eingriffe verzichten?

Wenn wir uns denkerisch loslösen von der medizinisch-technischen Machbarkeit, um der nachdenklichen Frage nach dem Sinn der medizinischen Intervention nachzugehen, müssen verschiedene Parameter bedacht werden: die Verbindlichkeit des Patientenwillens, die fachliche Beratung im Dialog mit Laien, die Frustration der Nicht-Intervention, die ethischen Grenzwerte der Verantwortbarkeit einer Nicht-Intervention trotz medizinisch-technischer Möglichkeiten.

Eine wachsende Anzahl von Ärzten ist heute bereit, sich auch gegen den Willen mancher ihrer Patienten von einer paternalistischen Bevormundung "ihrer" Patienten loszulösen, um mit ihnen in der Alltagssprache in einen fachlichen Dialog einzutreten. Insofern Ärzte das konsequent tun, werden sie stärker mit den Willensäußerungen der Patienten konfrontiert werden. Damit der Wille und die Freiheit des Patienten aber erst verantwortlich und gewissenhaft gefördert werden kann, wird der Arzt den Patienten über seinen gesundheitlichen Zustand in Kenntnis setzen und ihm differenzierte Behandlungsvorschläge unterbreiten. Diese Vorgehensweise wird den Arzt aus einer gewissen Isolation lösen. Zusammen mit dem Patienten wird er sich einbringen in das Gespräch um Sinn und Unsinn dieser oder jener Therapie. Dabei wird er unverhohlen sein apriori für eine bestimmte Behandlung einbringen können. Die Entscheidung wird er aber dem im Sinne des "informed consent" aufgeklärten Patienten überlassen müssen.

Ganz im Sinne von Ihrem Kollegen Johannes Dichgans möchte ich hier nicht die Position einer bedingungslosen "Aufklärung" des Patienten vertreten. Diese kann sogar nach juristischem Urteil unterbleiben, wenn der Patient deutlich zu erkennen gibt, "daß er alles vertrauensvoll in die Hände des Arztes legt"⁴. Damit soll nun nicht wieder durch die Hintertür einem neuen Paternalismus das Wort geredet werden; handelt es sich doch gerade in diesen Situationen des "Herr Doktor tun Sie, was sie für richtig halten" eben nicht nur um rein fachliche Fragen, sondern häufig um menschlich-ethische Belange. Dichgans schreibt, es sei seine Überzeugung, "daß ein guter Arzt neben all seinem objektivierbaren Fachwissen seine ganze Persönlichkeit in das Gespräch mit dem Kranken einbringt und damit jenseits der Fachentscheidung stellvertretend Verantwortung anbietet und übernimmt für den Bereich der menschlichen und allzumenschlichen Aspekte von Krankheit und die sich daraus ergebenden Entscheidungszwänge"⁵.

Gerade in den Situationen, wo der Arzt die fachliche Entscheidung treffen und stellvertretend für den Patienten die Sinnfrage der Intervention beantworten muß, wird er als Arzt und Mensch ungemein gefordert, vielleicht manchmal sogar überfordert. Es wird ihm besonders in den Fällen, wo die ganzen Entscheidungslast allein auf ihm beruht, schwer fallen, sich als Mensch gegen das apriori des Arztes für den Verzicht auf eine bestimmte noch mögliche kurative Intervention zu entscheiden. Genau in diesen extrem schwierigen - für manchen Arzt aber wöchentlich zutreffenden - Situationen, kann es vorkommen, daß er von uneingestandenem Versagensängsten oder (um es mit Helmut Thielike zu sagen) vom "metaphysischen Schuldgefühl" heimgesucht wird⁶. Er verlagert den Konflikt

⁴DICHGANS, Johannes, Der Arzt und die Wahrheit am Krankenbett, in: Arzt und Christ 38(1992/1)13-23, hier 21 (nach einem Zitat von Anschütz).

⁵ebd. 23.

⁶THIELIKE,

Arzt/Patient sozusagen in seine eigene Person hinein. Gerade in diesen existentiell schwierigen Situationen könnte der unbequeme und gewagte Dialog mit dem Patienten selber sehr gesund und entlastend sein, und dies sowohl für den Patienten als auch für den Arzt.

Im Dialog mit Nicht-Medizinern wird es dem Arzt jedoch nicht immer leicht fallen, verständliche Worte für die Krankheitssymptome und Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Hier stehen wir sicherlich vor einer wichtigen Herausforderung was die Ausbildung der Ärzte betrifft. Die vielfältigen Aspekte der menschlichen Kommunikation wären ganzheitlich in das Studium der Ärzte zu integrieren. Beim Arzt-Patient-Gespräch ist der Arzt nämlich keineswegs ein neutraler Berater; er wird m.R. den Standpunkt des Machbaren vertreten. Er wird sogar Widerstand gegen eine oberflächliche Resignation seines Patienten leisten. Mit Worten der Überzeugung und Beispielen wird er versuchen, den Patienten für eine kurative Behandlung zu gewinnen, sofern diese medizinisch vertretbar ist.

Der Arzt wird aber auch in Situationen kommen, wo er sich dem ausdrücklichen "Nein" des Patienten ergeben muß - um das ethische Dilemma in der Begrifflichkeit von Dietrich Bonhoeffer von "Widerstand und Ergebung" zu formulieren. In diesen Fällen wird der überzeugte Medizintechniker im Arzt frustriert. Dort, wo er oder die Pflegenden noch hätten helfen können, wird ihnen die Hilfe verwehrt. Dem einen Arzt oder Pfleger wird bei dieser Frustration die fachliche Beratungsdistanz helfen, bei anderen wird unter Umständen eine existentielle Krise über den Sinn und Unsinn ihrer Tätigkeit ausgelöst werden. Am wichtigsten aber wird es sein, in diesen beruflichen Krisensituationen den Dialog mit dem Patienten nicht abubrechen. Ärztliches Handeln setzt sich ja wie jedes menschliche Handeln überhaupt aus Tun und Nicht-Tun, aus dem Aktiv-werden und dem Unterlassen zusammen. Die menschlich beratende Begleitung auch ohne aktivistische technische Intervention ist ein wichtiger Bestandteil ärztlichen Handelns.

Die hier behandelten delikaten Fragen der nicht-kurativen Intervention des Arztes können den Arzt nun aber auch in einen Gewissenskonflikt bringen, wo er sich gegen den Willen des Patienten weigert, diesem zu folgen. In der Regel sollten solche Weigerungen aus Gewissensgründen nicht heimlich am Wissen des Patienten vorbei geschehen, sondern sie sind dem Patienten offenherzig mitzuteilen, damit dieser frei bleibt die Weigerung des Arztes als Ausdruck seines ehrlichen Wohlwollens anzunehmen bzw. die Beziehung zugunsten eines anderen Arztes aufzugeben. Es versteht sich, daß diese Fragen sich nicht in Not- und Dringlichkeitssituationen stellen, wo der Arzt seinem apriorischen Heilungseinsatz folgen wird. Auch möchte ich hier bewußt das Thema von Patientenverfügungen (i.S. von "living wills") ausklammern; ethisch gesehen können sie immer nur eine

bestimmte Richtung weisen, eine Entscheidung vorwegnehmen können sie jedenfalls nicht.

Exkursartig möchte ich nun noch auf die Polarität von kurativer und palliativer Medizin eingehen. Bei der palliativen Therapie beschränkt der Arzt seine Intervention auf die Symptomkontrolle, ohne daß er den sie auslösenden Ursachen aggressiv an den Leib rückt. Hinter dieser Haltung steht die Überzeugung, daß der Tod nicht mehr aufgehalten werden kann oder soll, sein Werk im Leben eines Menschen zu vollbringen. Es besteht also keine Aussicht mehr auf Gesundwerden. Hier stellt sich die Frage, ob der Begriff des Heilens im Gegensatz zur palliativen Therapie steht oder nicht.

Wenn "Heilen" die Kunst heißt, dem Patienten zu seiner Ganzheitlichkeit (also nicht nur zu seiner gesunden Körperlichkeit) zu helfen, dann stehen "Heilen" und "palliative Therapie" keineswegs im Widerspruch zueinander. Zur Identität des Sterbenden gehört es unweigerlich dazu, daß er stirbt. Die Palliativ-Medizin nimmt diesen Menschen gerade in seiner neuen Qualität - nämlich als Sterbenden - ernst. Sie kommt ihrem Anspruch der ganzheitlichen Hilfe dadurch nach, daß sie das, was ist, nicht vertuscht, sondern wahrheitsgemäß in ihre Therapie integriert.

Dort, wo nicht mehr geheilt werden kann oder soll, bleibt die begleitende Therapie. Sie fordert den Arzt mit seinem ganzen Wissen und Können genau so stark wie der kurative Einsatz. Gerade dort, wo der Tod dem Arzt seine kurativen Mittel definitiv aus der Hand nimmt, ist dieser gegenüber dem Patienten mehr als Begleiter und Milderer gefordert, denn als unschlagbarer Aktivist gegen den Tod.

Was meint im Kontext palliativer Medizin dann aber der Begriff "Heilen"? Sinnbildlich gesprochen wird das Wort Heilen in diesem Zusammenhang ganzheitlich verstanden. Heilen meint dann nicht mehr das "Reparieren" oder "Flicken" eines defekten oder defizienten Organes, sondern meint den heilsamen Umgang mit dem ganzen Menschen, der krank ist und sterben wird.

In diesem Gedankengang verliert auch das Wort "Therapie" seine aktivistische und seine den alten Gesundheitsstand wiederherstellende Bedeutung. Der ganze Mensch - und nicht nur seine angeschlagenen Glieder und Organe oder dann seine verletzte Psyche - gerät in den Mittelpunkt. Diese Logik tritt ja nicht nur am Ende des Lebens ein, denn wer wüßte nicht, daß "Heilen" auch in der allgemeinen Medizin häufig nicht gesundmachen heißt, sondern lediglich - und das ist keineswegs pejorativ gemeint - Symptomkontrolle (zum Beispiel: Blutdruckprobleme, Herzkreislaufstörungen, ...) Der Patient wird gelehrt und ermutigt mit der "Krankheit", mit den Symptomen zu leben, das heißt heilsam mit ihnen umzugehen.

In der palliativen Logik löst sich der Medizintechniker als Mensch und Arzt bewußt aus der Fixierung, einzelne Teile des Menschen wieder gesundmachen zu müssen und geht auf den Sterbenden als Sterbenden ein. Im Hospiz oder auf der Palliativ-Station wird der Sterbende so gesehen wie er ist, als ein sterbender Mensch, der ein Recht darauf hat, sein letztes Wegstück so gut, wie dies ihm körperlich und psychisch noch möglich ist, aufrecht zu begehen. "Therapie" heißt dann seiner etymologischen Bedeutung entsprechend: einem Menschen dienen, ihn pflegen, ihm helfen, ihn achten und verehren. Sinnbildlich gesprochen kann in dieser Perspektive jeder Mitmensch zum Begleiter eines Sterbenden werden.

Eine letzte Therapie trägt dann Sorge dafür, daß der Sterbende keine vermeidbaren Schmerzen mehr ertragen muß, daß keine Unruhe in ihm aufkommen muß, daß er ausreichend Schlaf hat, daß er keinen Durst oder Hunger zu haben braucht, daß das naturwissenschaftliche medizinische Angebot auf das Zumutbare und Unverzichtbare beschränkt wird, daß für sein körperliches und seelisches Wohl Sorge getragen wird und daß auf Wunsch jemand bei ihm oder in seiner Nähe bleibt.

Stellt man dieses heilsame Bemühen um einen sterbenden Menschen in den Kontext theologischer Überlegung, wird deutlich, daß das Wort "heilen" verwandt ist mit dem Begriff des "Heils". Heil ist der Mensch, wenn er ganz ist. Ein Sterbender ist heil, wenn er sich so anzunehmen bereit ist, wie er in Wirklichkeit ist: hier als kontingenter, sterbender Mensch. Dazu stehen, daß ich sterbe, heißt sich auch am Ende des Lebens nocheinmal richtig einschätzen und seinen realen Möglichkeiten entsprechend leben. Die palliative Therapie wirkt heilend und heilsam für den Sterbenden, weil sie ihn so akzeptiert wie er ist, und ihn nicht durch ihr naturwissenschaftliches Können noch einmal motiviert mit gegen den nahenden, aber unausweichlichen Tod zu kämpfen.

Verzicht auf kurative Therapie als gute und humane Medizin

Das folgende Kapitel geht der Frage nach der ethischen Verantwortbarkeit eines Verzichtes auf kurative Therapie aus der Sicht der katholischen Kirche nach, so wie sie sich 1980 im genannten Dokument der Glaubenskongregation geäußert hat.

Bevor hier nun jedoch vom Verzicht auf kurative Therapien die Rede ist, müßte ich vorerst lange und gut über die Wohltaten der modernen Medizin sprechen. Leider reicht mir die für diesen Vortrag vorgesehene Zeit nicht aus, um die positiven Leistungen der Medizin und Medizintechnik gebührend zu würdigen. Ich muß Sie also bitten, mir mein unausgesprochenes Wissen und Wohlwollen um die mannigfaltigen Möglichkeiten der Medizin abzunehmen.

Die Glaubenskongregation steht zur Komplexität der Frage der Nicht-Intervention trotz vorhandener medizinisch-technischer Möglichkeiten, wenn sie festhält: "In vielen Fällen kann die Situation derart verwickelt sein, daß sich Zweifel ergeben, wie hier die Grundsätze der Sittenlehre anzuwenden sind."

Trotzdem müssen auch in diesen komplizierten Situationen Entscheidungen getroffen werden, und zwar oft in kürzester Zeit - davon wissen die Ärzte sehr wohl zu berichten. An wem ist es denn nun letztlich, diese Entscheidungen zu treffen? "Die betreffenden Entscheidungen stehen dem Gewissen des Kranken oder seiner rechtmäßigen Vertreter wie auch der Ärzte zu; dabei sind sowohl die Gebote der Moral wie auch die vielfältigen Aspekte des konkreten Falles vor Augen zu halten." Die Kirche setzt hier also auf den Dialog zwischen den verschiedenen Menschen, die von der Krankheit eines einzelnen betroffenen sind. Wenn sie diesen Dialog auf die Ebene des Gewissens verlagert, macht sie deutlich, daß es hier um mehr als um konkret-praktische Entscheidungen geht. Es geht um menschlich-ethische Fragen, wo das Menschsein des Betroffenen und das der anderen Mitentscheidungsträger auf dem Spiel steht.

Das Dilemma, vor dem die Gewissen der direkt und indirekt Betroffenen stehen, findet im Text der Glaubenskongregation folgenden Ausdruck: "Muß man nun unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden?" Die Antwort auf diese schwierige Frage folgt einem geschichtlichen Faden. So heißt es: "Bis vor kurzem antworteten die Moraltheologen, die Anwendung "außerordentlicher" Mittel könne man keinesfalls verpflichtend vorschreiben. Diese Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint heute vielleicht weniger einsichtig, sei es wegen der Unbestimmtheit des Ausdrucks oder wegen der schnellen Fortschritte in der Heilkunst. Daher ziehen es manche vor, von "verhältnismäßigen" und "unverhältnismäßigen" Mitteln zu sprechen."

An dieser Stelle wird sodann mit großer Offenheit einer Güterabwägung das Wort geredet. Hierbei zeugt der Text von einer großen Konsequenz, wurde ja darauf hingewiesen, daß in schwierigen Situationen das Gewissen der Kranken, der Ärzte und der Familie gefordert ist. Es muß hier darauf aufmerksam gemacht werden, daß die Kirche, wenn sie vom Gewissen redet, damit keineswegs Launen oder Stimmungen meint, sondern ein "informiertes" Gewissen, das bereit ist, sich ernsthaft mit bestimmten Kriterien auseinanderzusetzen, bevor es ein Urteil fällt. Die von der Glaubenskongregation dargelegte Güterabwägung lautet: "Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung *mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann*".

Mit dieser kompliziert klingenden Güterabwägung wird als Kriterium für die Entscheidung, ob therapeutisch eingegriffen werden soll oder nicht, ein nicht-medizinisches gewählt, nämlich ein Sinnfaktor: die für den Patienten zu erwartenden Resultate. Erst damit wird aus einer technischen Entscheidung eine ethische. Erst die Verhältnisbestimmung zwischen der technischen Intervention und ihrem Sinn für den Patienten bringt die Frage und deren Beantwortung ("Muß man nun unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden?") auf die richtige Ebene, nämlich auf jene der Ethik, also dorthin, wo das Menschsein, das Menschbleiben oder -werden im Wandel ist und somit auf dem Spiel steht.

Wie diese Aufforderung zur Güterabwägung im einzelnen zu verstehen ist, macht die Glaubenskongregation deutlich mit vier Klarstellungen, die der Ordnung der Gedanken wegen nun in einer vom Text verschiedenen Reihenfolge dargestellt werden:

(a) Erste Klarstellung: Ja zur experimentellen Therapie

Man denke bei dieser ersten Klarstellung an all die Situationen, wo neue Behandlungen eingesetzt werden auf experimenteller Basis, wie z.B. alle am Menschen getesteten Chemotherapien, Transplantationen, Medikamente, usw. "Sind andere Heilmittel nicht verfügbar, darf man mit Zustimmung des Kranken Mittel anwenden, die der neueste medizinische Fortschritt zu Verfügung gestellt hat, auch wenn sie noch nicht genügend im Experiment erprobt und nicht ungefährlich sind. Der Kranke, der darauf eingeht, kann dadurch sogar ein Beispiel der Hochherzigkeit zum Wohl der Menschheit geben."

(b) Zweite Klarstellung: Ja zum Verzicht auf Therapie

Wie schwierig manche Situationen tatsächlich sind, geht aus dem dritten der angeführten Beispiele hervor, wenn die Glaubenskongregation nämlich hervorhebt, daß niemand verpflichtet ist, auf "experimentelle" oder aber "außerordentliche" Mittel zurückzugreifen: "Es ist immer erlaubt, sich mit den Mitteln zu begnügen, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellt. Niemand kann daher verpflichtet werden, eine Therapie anzuwenden, die zwar schon im Gebrauch, aber noch mit Risiken versehen oder zu aufwendig ist. Ein Verzicht darauf darf nicht mit Selbstmord gleichgesetzt werden; es handelt sich vielmehr um ein schlichtes Hinnehmen menschlicher Gegebenheiten; oder man möchte einen aufwendigen Einsatz medizinischer Technik vermeiden, dem kein entsprechender zu erhoffender Nutzen gegenübersteht; oder man wünscht, der

Familie beziehungsweise der Gemeinschaft keine allzu große Belastung aufzuerlegen."

(c) Dritte Klarstellung: Ja zum Sterbenlassen

In dieser teleologischen Güterabwägung heißt es weiter, daß ein Verzicht auf Therapie dann gerechtfertigt ist, wenn (1) der Tod imminent ist und (2) eine Therapie nur noch eine schmerzvolle Verlängerung des Lebens darstellt: "Wenn der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann, darf man sich im Gewissen entschließen, auf weitere Heilversuche zu verzichten, die nur eine schwache oder schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne daß man jedoch die normalen Hilfen unterläßt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet. Dann liegt kein Grund vor, daß der Arzt Bedenken haben müßte, als habe er einem Gefährdeten die Hilfe verweigert."

An dieser Stelle sei hervorgehoben, daß der Arzt sich im Falle eines Verzichts auf lebensverlängernde Therapien in den Augen der Glaubenskongregation und ethisch gesprochen mitnichten einer "non-assistance à personne en danger"* schuldig macht.

Darüber hinaus kann man gerade diesen Abschnitt des Dokumentes mit Recht als eine frühe "Magne Charta" der katholischen Kirche für palliative Medizin lesen.

(d) Vierte Klarstellung: Ja zum Abbruch einer Therapie

Vom hier vertretenen philosophisch-theologischen Ansatz her versteht es sich, daß der Verzicht auf die neuesten Mittel des medizinischen Fortschritts praktisch gleichgestellt wird mit dem Abbruch derselben. Das Faktum, daß eine Therapie fälschlicherweise begonnen wurde, kann kein genügend starkes Argument zu ihrer notwendigen Fortsetzung bilden: "Ebenso darf man die Anwendung (der Mittel, die der neueste medizinische Fortschritt zur Verfügung stellt; eg) abbrechen, wenn das Ergebnis die auf sie gesetzte Hoffnung nicht rechtfertigt. Bei dieser Entscheidung sind aber der berechtigte Wunsch des Kranken und seiner Angehörigen sowie das Urteil kompetenter Fachärzte zu berücksichtigen. Diese können mehr als andere eine vernünftige Abwägung vornehmen, ob dem Einsatz an Instrumenten und Personal die erwarteten Erfolge entsprechen und ob die angewandte Therapie dem Kranken nicht Schmerzen oder Beschwerden bringt, die in keinem Verhältnis stehen zu den Vorteilen, die sie ihm verschaffen kann."

Hinter diesem für manchen vielleicht erstaunlichen Text steht die Überzeugung, daß der Mensch begrenzt über sein Leben verfügen darf, dieses Leben, das ihm von Gott geschenkt wurde als Gabe und Aufgabe. Der Gestaltungsauftrag für sich selbst und die ihm anvertraute Welt wurde dem Menschen unwiderruflich mit auf den Weg gegeben. Und genau darin liegt seine Würde, nämlich, daß er begrenzt über sein Leben verfügen kann! Selbstverständlich handelt es sich hier um eine begrenzte Verfügbarkeit. Dies wird schon allein daraus ersichtlich, daß diese Fragen sich dann erst stellen, wenn der Mensch an der Grenze seines imminents Todes angelangt ist. Derjenige, dem sich diese Fragen stellen, ist ein "moribundus", ein Sterbender. Und weil wir das Gute (bonum) immer nur in Form von Gütern (bona) verwirklichen können - schon wieder ein Zeichen unserer Begrenztheit! -, ist für uns kontingente Menschen ein Optimum an Wertverwirklichung oft nur in Form eines verantwortbaren Kompromisses möglich. Wir sind nicht fähig, nur Gutes zu verwirklichen. Oft genug sehen wir uns dazu gezwungen, ein Übel mit in Kauf zu nehmen. Von daher drängt sich uns die Notwendigkeit einer Güterabwägung auf.

Diese Güterabwägung wird im hier vorgestellten Text der römischen Glaubenskongregation beispielhaft vordemonstriert. Wir werden dem Schöpfungsauftrag gerecht, indem wir - begrenzt - über unser Leben verfügen, in der uns geschenkten Verantwortlichkeit.

Der Verzicht auf Therapie wird hier als Bestandteil einer guten und humanen Medizin dargestellt, als Widerstandsethik gegen eine bestimmte Form der übertriebenen und unangemessenen Lebensverlängerung.

Aus dem hier vorgestellten Text geht aber auch klar hervor, daß der Wunsch eines Patienten nach Verzicht auf Therapie keinesfalls gleichgesetzt werden kann und darf mit dem Verzicht auf medizinische Grundpflege und menschliche Begleitung. Schlagwortartig formuliert, könnte man sagen, daß einem Minimum an Medizin ein Maximum an Pflege entspricht.

Es wird die Meinung vertreten, daß es Lebenskrisensituationen gibt, wo es ethisch legitim für den Patienten mit seiner Familie und mit dem behandelnden Arzt ist, von der kurativen auf die palliative Logik umzustellen, weil alle noch möglichen medizinischen Resultate, dem Menschen "Patient" nicht mehr genügend an Lebensqualität bringen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Drei Aussagen bilden den Kern der kirchlichen Stellung zu den Herausforderungen am Sterbebett: ein klares Nein zur Tötung eines auf den Tod hin kranken Mitmenschen; ein bedingtes Ja zum Verzicht auf Therapie und ein deutliches Ja zur menschlichen und medizinischen Begleitung eines unheilbar Kranken. Ich mußte mich hier nun auf die Darstellung des bedingten Ja zum Verzicht auf Therapie beschränken. Die

Kirche tritt hier deutlich gegen die Reduktion des Menschseins auf seine biophysischen und biochemischen Lebensvoraussetzungen ein.

Der Kampf ums Leben auch im Sterben

Paradoxerweise entspringen ja sowohl die künstliche Lebensverlängerung als auch die aktive Tötung eines auf den Tod hin erkrankten Menschen denkerisch letztlich einer gemeinsamen Wurzel: nämlich dem Willen des Menschen, sein Leben (und also folgerichtig auch das Leben anderer Mitmenschen) nicht aus dem Griff zu verlieren.

Der Mensch bemächtigt sich seiner Ohnmacht, indem er pseudo-aktiv wird, sei es nun in dieser oder in jener Richtung. Er möchte sein Leben gestalten vom Anfang bis zu seinem Ende. Er kann es kaum ertragen ins Dasein geworfen worden zu sein - wie sich Jean-Paul Sartre ausdrückte. Er kann es aber genau so wenig ertragen aus dem Leben genommen zu werden. Er möchte den Ort und die Zeit seines Todes selber kontrollieren und bestimmen, ja, selber festlegen.

Erlauben Sie mir zum Schluß dieses Vortrags eine Warnung auszusprechen, die hoffentlich mögliche Mißverständnisse aus dem Weg zu räumen vermag. Man darf in unserer Gesellschaft die bedrängenden Fragen um das Sterben und Leiden todkranker Menschen nicht einfach billig und technisch lösen. Es ist unwürdig, ein Menschenleben zu vernichten durch aktive Euthanasie, um so scheinbar das Problem der Einsamkeit, der Schmerzen und des Leidens eines Sterbenden zu lösen.

In unserer Kultur sollten echte Probleme nicht einfach durch mehr oder weniger Einsatz von technischen und pharmakologischen Mitteln angegangen werden, sondern durch ein Mehr an menschlicher Präsenz. Eine wahre Kultur der Menschlichkeit wird nicht am Schmerz des Menschen scheitern (dieser wird glücklicherweise immer besser und effizienter behandelt werden können), sondern an der Leidensunfähigkeit der Nächsten und Übernächsten, die den Mut oder die Kraft nicht mehr aufzubringen vermögen, dem in Schwierigkeiten geratenen Menschen ganz einfach - ohne technische Vermittlung - zur Seite zu stehen.

Auch im Namen des Mitleids - es fragt sich nur: mit wem eigentlich? - darf man das echte Problem der Schmerzen und des Leidens todkranker Menschen nicht einfachhin durch die Beseitigung dieser Menschen selber lösen. Diese Haltung ist ein Angriff gegen die Würde eines jeden leidenden Menschen und eine gefährliche Einladung an diesen, doch endlich aufzuhören - nicht etwa zu leiden -, sondern zu existieren. Ein solche Einstellung zum Menschen darf sich eine Zivilisation der Menschenrechte nicht gefallen lassen, und schon gar nicht unter

dem trügerischen Mantel vorgegebener Menschenwürde. Die Würde eines Menschen hört auch dann nicht auf, wenn er in Not gerät oder leidet und Schmerzen hat.

Eine Ethik für das Lebens: zwischen Widerstand und Ergebung

Dort, wo technische Fragen umschlagen in ethische und menschliche Fragen, begeben wir uns auf den schwierigen Weg zwischen Widerstand und Ergebung. Auf diesem Weg - und ich denke das wurde bei diesem Vortrag deutlich - braucht es hochethische und verantwortliche Menschen, die bereit sind, ihre Freiheit und ihre Vernunft im Kampf ums gute und humane Leben des Menschen zu wagen. Der vorhin bereits erwähnte evangelische Theologe Dietrich Bonhoeffer hat gewußt, inmitten der Todesfrenesie seiner Zeit, zwischen Widerstand und Ergebung, den "machbaren" Tod bis aufs Äußerste zu bekämpfen, und hat dafür (in Ergebung) den hohen Preis seines Lebens bezahlt.

In einem Brief aus dem Gefängnis schreibt er am 21.2.44: "Ich habe mir oft Gedanken darüber gemacht, wo die Grenzen zwischen dem notwendigen Widerstand gegen das "Schicksal" und der ebenso notwendigen Ergebung liegen. Der Don Quijote ist das Symbol des Widerstandes bis zum Widersinn, ja Wahnsinn; (...) der Sacho Pansa ist der Repräsentant des satten und schlaun Sichabfindens mit dem Gegebenen. (...) Die Grenzen zwischen Widerstand und Ergebung sind prinzipiell nicht zu bestimmen; aber es muß beides da sein und mit Entschlossenheit ergriffen werden. Der Glaube fordert dieses bewegliche, lebendige Handeln"⁷.

Der so verstandene Widerstand gegen den Tod ist also beweglich und wachsam, wo immer der Tod auftritt, und sei dies im Gewand der "Freiheit" oder des "Fortschritts". Nur in diesem Sinn kann der Verzicht auf kurative Therapie und Diagnose zugunsten einer begleitenden Therapie ein echter Beitrag zu einer humanen Medizin als Dienst am Menschen werden⁸. Wir müssen uns wohl oder übel immer wieder der Frage stellen, ob das Leben, das gegen den Tod verlängert werden soll, gerade bei dieser Verlängerung nicht seine Menschlichkeit einbüßt.

Ausklang

⁷cfr. BONHOEFFER, Dietrich, Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft. - München : Kaiser, 1974., S. 113.

⁸ Der vernunft- und menschenorientierte verantwortliche Gebrauch der Medizintechnik wird es auch in Zukunft hoffentlich schwierig machen, daß am Ende wirtschaftliche Faktoren über den Einsatz medizinischer Möglichkeiten entscheiden werden.

Nun hoffe ich Ihnen, liebe Ärzte und Ärztinnen, die im Titel formulierte Provokation schmackhaft für ihr verantwortliches ärztliches Handeln gemacht zu haben. Ist es nicht das Schöne an ihrem Beruf, daß gerade das Menschliche und Allzumenschliche oder die Ethik alle medizinisch technische Routine immer wieder zu durchkreuzen vermag?

Jede Ethik läßt zur Verantwortung suchenden Unruhe und Ungeduld ein. Diese Unruhe der Verantwortung verlangt Überzeugung, nicht Überredung - und sei es die "Überredung des Herzens". Sicher, durch Ethik und Argumentation allein wurde noch niemand gesund; aber wer die Partei der gekränkten und verletzten Menschen ergreifen will, hat vor jeder noch so gut gemeinten Hilfe als Argument letztlich nur die Vernunft, die Gott selbst ihm geschenkt und anvertraut hat. In dieser Unruhe und Ungewißheit treibt uns sein Geist zu immer neuen kulturschöpferischen Taten, die unser aller Menschsein noch weiter humanisieren sollen und wollen.

In der Hoffnung, daß mein Beitrag, der zur Nachdenklichkeit und zur Rückbesinnung des ärztlichen Handelns auf seine Fundamente hin anstoßen wollte, den Anschein der Häresie im Titel meines Vortrages etwas besänftigen und nüancieren konnte, danke ich Ihnen herzlich für ihre Aufmerksamkeit. Danke!

Tgantieni, am 18. April 1992

Luxemburg, am 17. Mai 1992

Erny Gillen