
4. Fall

Schwerste chronische Erkrankung ohne effektive Behandlungschance (schwerste, chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit Pneumonie und drohendem respiratorischen Versagen)

58-jähriger, frühberenteter ehemaliger Bergarbeiter, der seit zehn Jahren an einem schwersten, medikamentös ausbehandelten Asthma bronchiale mit episodenhafter Luftnot auch in Ruhe litt. Zahlreiche Notarztbesuche im häuslichen Milieu waren bereits vorausgegangen wegen akuter respiratorischer Insuffizienz. Seit zwei Jahren benötigte er zu Hause zeitweise eine Sauerstoffgabe über die Maske, was in den letzten Monaten deutlichen zugenommen hatte. Jetzt kam er wegen einer eitrigen Lungenentzündung zur stationären Aufnahme, die progredient war und zu einer extremen Verschlechterung der Gasaustauschwerte führte (Blutgase bei Aufnahme unter 6 Liter O₂: pO₂ 56 mmHg, pCO₂ 59 mmHg, SO₂ 87 %). Der Patient war extrem luftnötig und musste sofort intubiert werden. Unter künstlicher Beatmung mit 80 % Sauerstoffbeimengung in der Atemluft kam es nach wenigen Stunden zu einer Besserung, ohne dass der Patient wieder kontaktfähig wurde. In dieser Situation wurde mit der Ehefrau, der Familie und dem Hausarzt Kontakt aufgenommen, die über den Progress der Erkrankung in den letzten Jahren bis Monaten drastische Schilderungen machten. Die Ehefrau sprach von einem Leben wie ein Albtraum, das Tag und Nacht durch die Angst vor dem Ersticken geprägt war, was ihren

Mann und sie ans Haus band und dazu zwang, die Notarzahlungsnummer ständig am Telefon liegen zu haben.

Nach anfänglicher Besserung kam es in der Nacht nach der Aufnahme zu einer progressiven Verschlechterung mit grenzwertigem Gasaustausch. Jetzt war auch die andere Lunge eitrig entzündet, die Bronchoskopie zeigte einen deutlichen Progress.

In dieser Situation stellten sich zwei Therapieoptionen:

(1) Fortsetzung und Steigerung der Beatmungstherapie bis zum Maximum, ggf. unter Anlage eines Luftröhrenschnittes oder Durchführung einer extrakorporalen Membranoxygenation (EKMO), in dem klaren Wissen, dass die Grundkrankheit der Lunge auch im günstigen Fall einer kompletten Ausheilung der Pneumonie nicht zu einer Entwöhnung von der Beatmung führen würde;

(2) Fortführung der konservativen Therapie unter allmählicher Reduktion der Beatmung und gleichzeitiger Analgesie und Sedierung durch Opiate, um dem Patienten das Gefühl der Luftnot zu nehmen und damit gezielt den Tod im nicht bewussten Atemversagen zu ermöglichen.

Mieth

Das Problem der Kontaktfähigkeit des Patienten ist bereits geklärt worden. Ein zweites Problem habe ich mit der Beschreibung der Option (2). Da steht: „um dem Patienten das Gefühl der Luftnot zu nehmen und damit gezielt den Tod im nicht bewussten Atemversagen zu ermöglichen“. Als Ethiker hätte ich das anders formuliert: „und damit den Tod im nicht bewussten Atemversagen in Kauf zu nehmen“. Denn es handelt sich um eine Handlung mit doppelter Wirkung, deren erste Intention die Verringerung des

Leidens ist und deren in Kauf genommene Zweitwirkung die Verkürzung des Sterbeprozesses ist.

Wenn Ethiker mit solchen Fällen konfrontiert werden, müssen sie zuerst die Kriterien benennen, mit denen sie an die Fälle herangehen.

In aller Kürze: Erstens, die in Frage kommenden Güter sind Lebenserhaltung, Leidensverringerung (möglicherweise mit Sterbensverkürzung) und Freiheitsentfaltung. Man würde ja gern eine Lage erreichen, in der der Patient sich selbst in Freiheit äußern kann.

Darüber hinaus stellt sich zweitens die Frage: Wie werden diese Güter abgewogen? Zu den Kriterien gehört dabei die fachliche Richtigkeit, über die aber auch unter Fachleuten gestritten werden kann. Wie wir eben gesehen haben, geht es um die Frage, wo das Problem richtig zu platzieren ist. Zur fachlichen Richtigkeit gehören sicher auch der Belastungsvergleich und die Erfolgsaussicht hinzu. Oft sind die Fälle, die wir hier verhandeln, in der kurzen Vorlage nicht in einer Ausführlichkeit beschrieben, die es Fachfremden erlaubt, einen angemessenen Einblick in fachliche Optionen zu gewinnen.

Drittens gilt selbstverständlich die informierte Selbstbestimmung.

Viertens ist kontextuelle Umsicht erforderlich. In diesem Falle ist der Kontakt mit der Ehefrau aufgenommen worden, um diesen Kontext zu erkunden.

Fünftens geht es um einen möglichst vollständigen Diskurs. Das heißt: Einzubeziehen in diesen Diskurs sind nicht nur die Ärzte und nicht nur das persönliche Umfeld des Kranken, sondern auch das Pflegepersonal. (Das ist ein Punkt, den ich in den Beschreibungen der bisherigen Entscheidungen immer wieder vermisst habe.)

Eine sechste Kontrollinstanz ist die rechtliche Angemessenheit.

Siebtens ist ein reflektierter, „schwacher“ ärztlicher Pa-

ternalismus, der vor allem für die Option zugunsten des fundamentalen Gutes des Lebens steht, mit aller Vorsicht einzusetzen. „Schwach“ nenne ich diesen Paternalismus deswegen, weil er unter dem Vorzeichen einer Antizipation der klärenden informierten Selbstbestimmung zu stehen hat. Er kommt zur Geltung, wenn hinsichtlich des Patientenwillens ein unerledigter Rest bleibt und wenn man zu der Einstellung gelangt, die informierte Selbstbestimmung sei entweder unzulänglich oder der Patient müsse durch eine Vorentscheidung erst einmal in die Lage versetzt werden, sie auszuüben, indem man überhaupt erst die Situation herstellt, in der entschieden werden kann.

Unter Anwendung dieser sieben Kriterien muss man prüfen, welche Güter überhaupt realisierbar sind. Es scheint mir so zu sein, dass die Leidensverringerung hier das realisierbare Gut ist. Die anderen Güter scheinen bis auf eine blinde Lebensverlängerung – eigentlich eher eine Sterbensverlängerung – unerreichbar. Infolgedessen muss man, unter Vernachlässigung eines ansonsten einschlägigen Umstandes, nämlich des Willens der Ehefrau, das kleinere Übel wählen, und das heißt: Der Vorschlag (2) ist auszuführen. Zu beachten ist dabei (wie auch in anderen Situationen), dass bei der Absicherung des Handelns durch ethische Reflexion nur eine Plausibilität erreichbar ist, welche Gegenargumente nicht völlig aufheben kann. Die ethischen Argumentationen sind hier „probabilistische“ Argumentationen, d. h. man handelt mit guten und zureichenden Gründen.

Höflich

Ich möchte mich auf ein paar grundsätzliche Bemerkungen zu der aufgeworfenen Problematik beschränken.

Ich glaube, dass es in der Tat ein großes Versäumnis der Familie, aber auch der behandelnden Ärzte war, trotz der offenkundig sehr oft notwendigen Notarzteinsätze nicht rechtzeitig mit dem Betroffenen die Lage erörtert zu haben. Ein verantwortungsbewusster Hausarzt hätte möglicherweise für den nächsten Notfall das weitere Vorgehen vorab besprochen, hätte sich etwa darum gekümmert, ob in der Nähe eine palliativmedizinische Betreuungsmöglichkeit besteht. Wenn der Notarzt kommt, wird er gar nicht anders können, als erneut ins Klinikum einzuliefern.

Wenn man davon ausgeht, dass bei dem Betroffenen der Sterbeprozess noch nicht eingetreten ist, dann spricht manches für die Option (1).

Nun möchte ich noch zu einem anderen Grundsatzproblem Stellung nehmen: Aus verfassungsrechtlicher Sicht halte ich es für unzulässig, auf Lebenswertbeurteilungen Dritter abzustellen. Die Frage der Zumutbarkeit stellt sich immer nur für den Betroffenen selbst. Können wir diese Frage nicht beantworten, sei es, weil es keine Kommunikationsmöglichkeiten mehr gibt, sei es, weil kein valider Patientenwille erklärt worden ist, sei es, weil – will man tatsächlich darauf abstellen – keine konkreten Anhaltspunkte für die Ermittlung eines mutmaßlichen Willens vorliegen, dann bedeutet das für mich, dass es Drittbewertungen nicht geben kann. Grundgesetzlich spricht alles für eine Position der Lebenswertindifferenz. Das ist die zentrale Aussage der grundgesetzlichen Menschenwürdegarantie. Das ist im Übrigen (und ich sage das jetzt ohne jeden moralischen Überlegenheitsanspruch) eine spezifisch deutsche verfassungsrechtliche Ausgangsposition. Art. 1 Abs. 1 GG ist eine

historische Antwort auf einen bestimmten Umgang mit Menschen. Diese Antwort ist positiviert als eine verfassungsrechtliche Garantie, und zwar als eine unmittelbar wirkende verfassungsrechtliche Garantie. Das bedeutet auch: Es ist in kein fremdes Urteil gestellt, ob ein Leben noch wert, d. h. erhaltenswert ist.

Das kann durchaus zu problematischen Konstellationen führen, wenn wir den Willen des Patienten nicht mehr ermitteln können. In solchen Situationen bleibt dann nur eine einfache Regel – mit der umzugehen indes für die Betroffenen keineswegs einfach ist: Es gilt eine Vermutungsregel zugunsten der Integrität des Betroffenen. Anderes gilt natürlich dann, wenn der Sterbeprozess irreversibel eingesetzt hat.

Auch was die Frage der Einbeziehung der Familie angeht, noch einige grundsätzliche Ausführungen. Hier sind zwei Dinge zu unterscheiden:

Es gibt keine Entscheidungsmacht der Familienmitglieder in einer solchen Situation. Allerdings spielt es für die Ermittlung des Willens des Betroffenen sehr wohl eine Rolle, wie er selbst in seiner Familie zurechtkommt. Dies ist ohne Zweifel auch ein Element seiner eigenen Willensbildung. Wenn diese Familie – wir werden gleich einen Fall haben, der so etwas anzudeuten scheint – sich ein bestimmtes Leben mit dem Betroffenen nicht mehr vorstellen kann, dann sind hieraus gezogene Schlussfolgerungen des Patienten selbst durchaus eine vom Arzt zu respektierende Willenserklärung. Insoweit gibt es keine Vernunftthoheit des Arztes. Allerdings will ich jetzt nicht missverstanden werden: Ich glaube schon, dass ich ein anderes Autonomieverständnis habe als etwa Herr Landau oder Herr Schmidt-Jortzig. Autonomie ist – nicht nur, aber vor allem im medizinischen Kontext – ein sehr voraussetzungsreiches Konzept, das an viele Bedingungen geknüpft ist.

Merks

Ich weiß nicht, ob dem Veranstalter klar war, dass zwischen dem „Sozialethiker“ Dietmar Mieth und dem „Theologen“ Karl-Wilhelm Merks engste fachwissenschaftliche Beziehungen bestehen, auch wenn wir manchmal eine andere Sprache reden und manchmal auch anders urteilen. Die Theologie ist inzwischen (der Vergleich sei erlaubt) in sich mindestens ebenso differenziert und andererseits aufs gleiche Ziel verpflichtet wie die Disziplinen innerhalb der Medizin. Ich kann Ihnen also nicht versprechen, dass der „Theologe“ hier anders reden wird als der „Sozialethiker“.

Die Fälle, die im Folgenden besprochen werden, können zugleich auch als Beispiele für eine allgemeinere Problematik gelten, die auch darüber hinaus eine Rolle spielt. Darauf will ich jeweils kurz eingehen.

Bei diesem zunächst zu besprechenden Fall ist es die Beziehung zwischen den in der Sterbehilfe-Diskussion häufig verwandten Kriterien „aktiv / passiv“, „direkt / indirekt“, „beabsichtigt / in Kauf genommen“.

1. Mir ist aufgefallen, dass Sie bei der Wiedergabe des Falles soeben die dritte Option nicht mehr in Betracht gezogen haben, die wohl noch auf dem Papier stand, das wir zur Vorbereitung bekommen haben. Nämlich „die rasche Beendigung des Leidens durch hochdosierte Opiattherapie, so dass der Patient, ohne das Bewusstsein wiederzuerlangen, schlafend verstirbt“. Ich bedauere das. Und zwar aus folgendem Grunde. Mir ist bei den gestrigen Fällen schon aufgefallen, dass häufig der Unterschied zwischen der Option (2) (die auf eine „mildere“ Opiatbehandlung und Sedierung zielt) und der Option (3) nur ein gradueller ist. Man kann die Lösung (2) so weit „dehnen“, dass sie an einen Punkt kommt, wo sie umschlägt in Lösung (3), das heißt, wo die *mögliche* Lebensverkürzung umschlägt in eine *wahrscheinliche* oder sogar *sichere* Lebensverkürzung.

Dazu meine ich nun doch als Theologe etwas sagen zu sollen, der ja für das Leben einstehen soll, wie wir soeben belehrt worden sind. Grundsätzlich sollten wir Theologinnen und Theologen das auch, und natürlich nicht wir allein. Und wir tun das auch. Aber das Leben „ist der Güter höchstes nicht“. Da brauchen wir nicht allein auf die Freiheit zu rekurrieren, es gibt noch andere Dinge, andere Werte, die hier auch genannt werden müssen, auch wenn sie ebenso wenig scharf definiert sind wie die Freiheit: z. B. Lebensqualität, Leidensdruck und Schmerzgrenzen, Würde usw.

Kommt Lösung (3) deshalb nicht zur Sprache, weil sie als *aktive* Euthanasie angesehen werden könnte? Dann würde sich die grundsätzliche Frage stellen, ob dies zu Recht so ist. Was heißt nämlich „aktiv“ dort, wo „passiv“ in „aktiv“ übergehen kann, wo es sozusagen eine Grenzüberschreitung gibt, die nicht genau markiert werden kann, auch wenn sie gleichwohl stattfindet? Hört die Schmerzlinderung mit Inkaufnahme der Lebensverkürzung (die ja schon durch Pius XII. für legitim erklärt wurde) dort auf, wo der – immer noch in Kauf genommene und nicht etwa als solcher intendierte – Tod rasch eintritt und wo das auch gewusst und gewollt wird? Müsste man nicht doch versuchen zu formulieren, wann eine Lösung des dritten Typs *in extremis* vielleicht doch eine verantwortbare Entscheidung ist, natürlich mit allen Kautelen umgeben?

Das heißt, wir müssen aufs Neue sprechen über Begriffe wie aktiv, passiv, direkt, indirekt usw. In *extremis* gehen diese Kategorien ineinander über. Dazu müssen wir stehen können. Gerade, wenn wir Euthanasie als Töten im *aktiven* Sinne nicht wollen, verdient diese Grauzone mit den schwierigen Überlegungen, die sie uns abfordert, unsere Aufmerksamkeit. Ich finde, dass auch Lösung (3) die Annahme unserer Grenzen bedeuten kann und keineswegs Ausdruck von unerlaubter Selbstverfügung sein muss. Dies scheint mir auch theologisch sehr wohl vertretbar,

aus Liebe zum Leben – Leben begriffen nicht als Fortführung der physiologisch usw. noch aktiven Funktionen, sondern Leben in seiner Verschmelzung mit der Menschenwürde, als Quantität *und* Qualität.

2. Damit kann ich nun zugleich eine Brücke schlagen zu unserem Fall. In der Beschreibung von Option (2) findet sich eine Formulierung, die soeben schon von Dietmar Mieth mit einem Fragezeichen versehen wurde. Es wird davon gesprochen, durch „Reduktion der Beatmung usw. gezielt den Tod ... zu ermöglichen“. Was heißt „gezielt“ hier? Ist damit einfach nur gemeint: „den Tod in Kauf nehmen“? Oder kann ich in einem qualifizierteren Sinne den Tod „gezielt“ in Kauf nehmen, weil ich eben weiß, dass er durch die Behandlung mit Gewissheit in Kürze kommen wird? Ist hier „in Kauf nehmen“ nicht doch ein *Wollen*, ein so genanntes „voluntarium in causa“, d. h. ein Wollen, in das ich mit der Ursache auch die unvermeidbaren Folgen einschließe? Also: Wenn ich die Ursache setze, will ich auch die Folgen, ganz gleich, ob ich sie „eigentlich“ nicht möchte, aber doch ...

Sauber formuliert müsste man sagen: Wir wissen genau, dass der Tod kommen wird, und eben den Tod zielen wir (unter den gegebenen Umständen) *mit* an – sei es als Begleiterscheinung, sei es als Folge.

3. Ein weiterer Punkt, der mir auffallen ist, betrifft den Wunsch des Patienten. Darüber wird hier nichts gesagt, obwohl ich denke: Bei solch einer Krankheitsgeschichte wird er sich irgendwann doch dazu geäußert haben. Die Familie kann dieses Fehlen nicht ganz ersetzen. Sie kann natürlich bezeugen, was geschehen ist in dramatischen Situationen zu Hause. Der Patient wurde nochmals wieder kontaktfähig, steht im Bericht. Offensichtlich wurde dadurch aber nicht eine Besprechung der weiteren Behandlung möglich, jedenfalls ist davon keine Rede.

4. Alles in allem würde ich sagen: Angesichts der Tatsache, dass die Situation sich unwesentlich verbessern wür-

de, neige ich dazu, in diesem Falle die Lösung (2) als die menschenwürdigste Lösung anzunehmen.

Ich will dazu noch Folgendes anmerken: Mein Vater bekam mit etwa 70 Jahren plötzlich asthmatische Anfälle, deren Ursache rätselhaft blieb, die aber immer schlimmer wurden; nach wenigen Jahren ist er dann gestorben, wahrscheinlich an Herzversagen.

Wenn ich daran denke, sage ich mir: Diese Situation war – trotz aller Behinderung und Not – nicht unerträglich, nicht vergleichbar mit unserm Falle hier, nicht so dramatisch. Wenn aber jemand (wie der Bergarbeiter in unserm Falle) nur mit immer wiederholten Notfallbehandlungen überleben kann, und auch das nur einigermaßen und unter immer dramatischeren Umständen, muss man dann nicht sagen: Bei einer solchen Zuspitzung der Krankheitssituation soll man jemanden nicht immer wieder trotz sich verschlimmernder Umstände „ins Leben“ zurückrufen?

5. Die Alternativen, die sich dann stellen, sind m. E. lediglich noch die „mildereren“ und „weniger milden“ Formen des *gezielten* In-Kauf-Nehmens des Todes. Und dann plädiere ich für die „mildereren“, als deutlicheren Ausdruck dafür, dass hier etwas Unabwendbares akzeptiert wird.

Dies kann ich sehr wohl von einem theologischem Standpunkt aus verteidigen (von einem medizinischen und medizinethischen sowieso, denke ich). Diese verschiedenen Zugänge sollten ja doch miteinander kompatibel sein. Was *lege artis* medizinisch vertretbar oder sinnlos ist, bestimmt auch die medizinethische Vertretbarkeit. Und die theologische Ethik kann sich auch auf nichts anderes stützen als auf das Prinzip der Menschenwürde und die sachliche Angemessenheit. Neben „sachlichen“ Theologen gibt es zum Glück auch Mediziner, die Verständnis haben für ethische und theologische Überlegungen – oh, was habe ich jetzt gesagt! Nein, das klingt negativer, als es gedacht ist. Ich wollte sagen: Ich habe große Hochachtung

für die Mediziner und Medizinerinnen in den Entscheidungssituationen, in denen sie sich oft befinden. Dann soll man nicht meinen, als Theologe wüsste man es nochmals besser.

Stock

Ich bin erstaunt, dass ich hier als Journalist eine Position vertrete, die sich von der des Philosophen und des Theologen, die wir eben gehört haben, absetzt. Denn ich kann mit meiner laienhaften Kenntnis nicht erkennen, dass der Patient bereits im Sterben liegt. Ich kann auch aus der Darstellung der Therapieoption (1) nicht erkennen, dass er danach aus seiner Sicht möglicherweise kein lebenswertes Leben mehr führen könnte. Ich habe sogar die Vermutung, dass er in sein häusliches Umfeld entlassen werden könnte, auch wenn das für die Umgebung, seine familiäre häusliche Umgebung, zu einer Belastung werden könnte.

Ich kann deshalb nicht nachvollziehen, warum hier – sehr provokant formuliert – der „finale Rettungsschuss“ freigegeben werden sollte.

Ansonsten glaube ich nicht, dass dieser Fall aus der Sicht der Öffentlichkeit, für die ich hier als Journalist stehe, sehr interessant wäre. Ich glaube beispielsweise nicht, dass in der Schaltkonferenz des BILD-Chefredakteurs Kai Dieckmann mit seiner Regionalredaktion in Köln / Aachen dieser Fall besprochen würde. Ein „Kumpel“ mit Staublunge ist ein alltäglicher Fall, obwohl man natürlich beim Alter (58 Jahre) etwas zurückschreckt, wenn man sagt, hier könne man nichts mehr machen.

Was ich für einen gesellschaftlichen Skandal halte (und da schließe ich mich Herrn Höfling ausdrücklich an) ist die Tatsache, dass hier offensichtlich ein Versagen des Hausarztes vorliegt. Ich kann überhaupt nicht nachvollziehen, dass

ein Hausarzt diese entscheidende Frage nicht vorher mit dem Patienten besprochen hat und die Ärzte dadurch in eine Situation bringt, die überhaupt nicht beneidenswert ist.

Wenn ich der Kommunikationschef Ihrer Universität wäre, Herr Schumpelick, und Sie beraten dürfte, dann würde ich Ihnen vorschlagen, einen Hintergrundkreis mit Fachjournalisten zu einem Stammtisch einzuladen und die Frage der Patientenverfügung zu thematisieren, damit das ein Thema wird.

Schmidt-Jortzig

Ich mache eine Vorbemerkung, die auch für meine nachfolgenden Kommentare und Statements gilt. Es erfolgt hier nicht die Äußerung „des“ Politikers, sondern nur „eines“ bzw. „dieses“ Politikers. Politik ist ja bekanntlich die aktive, tätige Suche nach dem Gemeinwohl bzw. nach den Gestaltungen, Problemlösungen und Ansätzen, die für gemeinwohldienlich gehalten werden. Man kann also heftig streiten über die richtige politische Sicht, und jeder, der sich in diesen Diskurs einlässt, tut dies aus seiner ganz eigenen, konkreten und selbst verantworteten Perspektive heraus.

Nun zum Fall. Die dritte Option muss auf jeden Fall ausscheiden, weil sie die Verbotsschwelle des eigenständigen Herbeiführens des Todes überschreitet. Dies nämlich kann und darf nach geltendem Recht ebenso wenig wie rechtspolitisch akzeptabel sein. Von den beiden verbleibenden Optionen wäre die erste die konsequentere, prinzipiellere, kompromissloser normgerechte Lösung, während die zweite als die mitfühlendere, menschlichere, gnädigere erscheint. Beide jedenfalls sind auch unter dem Aspekt von öffentlicher Akzeptanz oder weiter reichender Vorbildfunktion vollauf zufriedenstellend. Ich persönlich würde für die zweite Option votieren.

Allerdings hätte ich mir gewünscht, dass auf jeden Fall noch der potentielle Konsens des Patienten – vorab oder während der kurzen Besserungsphase (wenn das ging) – eingeholt worden wäre. Immerhin wird berichtet, der Patient habe wegen akuter Atemnöte bereits „zahlreiche Notarzteinsätze“ hinter sich. Da müsste es für den Hausarzt doch möglich gewesen sein, die Ernsthaftigkeit der Situation mit dem Betroffenen auch im Hinblick auf künftige Entwicklungen und Handlungsempfehlungen zu erörtern. Die Wünsche des Patienten bleiben jedenfalls auch und gerade in Krisensituationen immer die entscheidende Orientierung für das Handeln des Arztes.

Wöretshofer

Im Allgemeinen gilt, dass ein Eingriff oder der Verzicht auf eine Therapie nur mit Zustimmung des Patienten geschehen darf. Die Willensäußerung des Patienten muss basieren auf einer ausreichenden Information des Patienten. Der Arzt muss also dafür sorgen, dass der Patient den Sachverhalt zu begreifen vermag.

Die Zustimmung des Patienten geschieht, wenn dieser sich äußern kann, dadurch, dass er zum aktuellen Zeitpunkt der Therapieentscheidung seinen Willen mitteilt. Ist der Patient zum Zeitpunkt der Therapieentscheidung dazu nicht in der Lage, dann kann eine von ihm früher abgegebene schriftliche Willenserklärung diese Funktion übernehmen.

Steht der Patient unter Kuratel oder hat er einen Mentor, dann ist der Kurator oder Mentor derjenige, der die Interessen des Patienten wahrnimmt.

Wenn der Patient keinen Kurator oder Mentor hat, aber sich nicht äußern kann und er auch keine schriftliche Willenserklärung aufgestellt hat, dann kann ein schriftlich

durch den Patienten Bevollmächtigter die Interessen des Patienten wahrnehmen.

Wenn der Patient niemanden ermächtigt hat, dann werden seine Interessen wahrgenommen durch eine der folgenden Personen: Ehepartner, (registrierter) Partner, Elternteil, Kind, Bruder oder Schwester, und zwar in dieser Reihenfolge. Wenn keine dieser Personen die Interessen des Patienten wahrnehmen will, handelt der Arzt nach eigenem professionellem Ermessen.

Wenn der behandelnde Arzt gute Gründe hat, von der schriftlichen Willenserklärung des Patienten oder von dem Willen des durch den Patienten Bevollmächtigten abzuweichen, so darf er dies tun.

Bezogen auf unseren konkreten Fall heißt dies, dass die Behandlung nur fortgesetzt werden darf mit der Zustimmung des Patienten. Wenn der Patient sich nicht äußern kann, bestimmt das Gesetz als erste Person, die Entscheidungen über eine Behandlung treffen kann, die Ehefrau. Wenn die Ehefrau diese Verantwortung übernimmt und keine Zustimmung zur Behandlung gibt, dann muss der Arzt im Prinzip die Behandlung unterlassen – es sei denn, dass er die deutliche Überzeugung hat, als Arzt im Interesse des Patienten anders handeln zu müssen.

Wenn der Patient unter der Atemnot so sehr leidet und das Leiden nicht anders vermindert werden kann, dann darf der Arzt die lebensverkürzende Behandlung im Sinne der Therapieoption (2) vornehmen. In den Niederlanden gilt sie als normales medizinisches Handeln. Übrigens ist natürlich auch hier wieder die Zustimmung des Patienten nötig, es sei denn, dass der Patient sich nicht äußern kann. Im letzten Fall gilt wieder, dass die Zustimmung der Ehefrau nötig ist.

Der Arzt darf nur dann lebensbeendend handeln im Sinne der Therapieoption (3), wenn erstens der Patient darum ausdrücklich und freiwillig gebeten hat, wenn zweitens der Zu-

stand des Patienten aussichtslos ist (das ist hier anscheinend der Fall) und wenn drittens das Leiden des Patienten unerträglich ist (das könnte hier der Fall sein, aber mehr Sicherheit gäbe es, wenn der Patient sich auch dazu geäußert hätte). Zudem darf es keine angemessene andere Lösung geben (das kann hier der Fall sein). Das Gesetz sieht die Ehefrau hier nicht als Rechtsvertreterin ihres Mannes. Lebensbeendendes Handeln ist kein normales medizinisches Handeln. Für ein solches Handeln gilt aber auch nicht das Melde- und Überprüfungsverfahren. Wenn der Arzt sich hierfür entscheidet, dann würde ein solches Handeln eher rechtlich gebilligt werden, wenn die Entscheidung auch unterstützt wird durch die Ehefrau – allerdings nicht, wenn sie dazu Argumente anführt, die nur sie betreffen (z. B. die Last, die sie durch die Krankheit ihres Mannes trägt). Das Leiden der Ehefrau ist begreiflich, kann aber kein Grund sein, um hier auf eine solche Weise zu handeln.

Ehe eine Lebensbeendigung ausgeführt werden darf, muss ein zweiter unabhängiger Arzt den Patienten untersucht und ein schriftliches Urteil im Hinblick auf die Sorgfaltskriterien abgegeben haben.

Zu guter Letzt muss die Lebensbeendigung natürlich medizinisch fachgerecht ausgeführt werden.

Fazit: In diesem Fall ist nicht deutlich, was der Patient will. Wenn er sich dazu nicht äußern kann, dann muss der Arzt die Ehefrau zu Rate ziehen. Diese kann sich im Sinne des Gesetzes jedoch nur zu den Optionen (1) und (2) bindend äußern. Wenn sie sich nicht äußert (und auch kein anderes Mitglied der Familie), dann darf der Arzt gemäß seinem eigenen professionellen Ermessen handeln im Sinne von Therapieoption (1) oder (2).

In einer extremen Leidenssituation, wenn das Leiden nicht auf eine der unter (1) und (2) beschriebenen Weisen vermindert werden kann, dann ist es nicht ausgeschlossen,

dass lebensbeendigendes Handeln durch den Arzt gerechtfertigt ist. Voraussetzung dafür ist dann aber, dass er zumindest die übrigen Sorgfaltskriterien des Melde- und Überprüfungsverfahrens beachtet hat.¹

Anmerkungen

1 In den Fällen Prins und Kadijk, die ich in meinem Vortrag besprochen habe, war diese Bedingung erfüllt.