

Grenzsituationen des menschlichen Lebens aus medizinischer und ethischer Sicht

Themenpredigt am Sonntag. 1. Juni 2008 in der Stadtkirche in Bönningheim.
Dr.Christoph Küenzlen.

Meine Damen und Herren,
liebe Gemeinde hier in Bönningheim,

Ich freue mich sehr, heute in dieser wunderschönen Kirche zu Ihnen sprechen zu dürfen.

Meine Damen und Herren,
liebe Gemeinde,

Schon an dieser Anrede können Sie erkennen, welche Gedanken ich mir gemacht habe, seit ich mich bereit erklärt habe, an diesem Gottesdienst mitzuwirken.

Soll ich ein Referat halten oder eine Predigt? – Ich bin Arzt und nicht Pfarrer, also ein Referat, meine Damen und Herren!

Im Ablauf dieses Gottesdienstes steht mein Beitrag aber an der Stelle der Predigt – also eine Predigt, liebe Gemeinde!

Ein Referat hat ein Thema und mein Thema heute lautet „Grenzsituationen des menschlichen Lebens aus medizinischer und ethischer Sicht.“

Bei einer Predigt spricht man über einen Text aus der Bibel und legt diesen aus.

Ich möchte gerne eine Themenpredigt halten mit meinem Thema und dieser Predigt auch einen Text aus dem Neuen Testament zugrunde legen, ohne ihn auslegen zu wollen.

Ich lese aus dem Römerbrief, Kapitel 14 die Verse 7+8 in der Übersetzung von Martin Luther.

„Unser keiner lebt sich selber und keiner stirbt sich selber. Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Darum wir leben oder sterben, so sind wir des Herrn.“

Unser Leben ist begrenzt. Es hat einen Anfang und ein Ende. Wir sind einmal geboren worden und wir werden einmal sterben. Dies sind die vorgegebenen Grenzen unseres Lebens.

An beiden Grenzpunkten sind medizinische Eingriffe möglich, bei denen es um die Frage geht, ob alles, was medizinisch machbar ist, auch ethisch zu rechtfertigen ist.

Die Frage ist für beide Grenzpunkte die gleiche und es ist sicher kein Zufall, dass die Diskussion um Stammzellenforschung und Sterbehilfe gerade fast gleichzeitig geführt wird.

In unserem Alltag erleben wir die Stammzellenforschung nur am Rande, deshalb will ich sie als Beispiel für medizinische Eingriffe am einen Grenzpunkt nur erwähnen, aber nicht näher darauf eingehen.

Mit der Grenzsituation im Leben, wenn wir mit Krankheit und Tod konfrontiert werden, müssen wir uns alle einmal auseinandersetzen, auf jeden Fall, wenn es uns selbst betrifft, aber auch bei unseren nächsten Angehörigen und Freunden.

Dabei sind gerade durch den Fortschritt der Medizin inzwischen Ängste aufgetreten.

Doch zunächst möchte ich betonen:

Der Fortschritt der Medizin ist ein Segen für uns Menschen.

Ich möchte Ihnen dazu 3 Ärzte mit ihren Entdeckungen, die die moderne Medizin entscheidend beeinflusst haben, in Erinnerung rufen.

1. **Ignaz Semmelweis**, ein ungarisch-österreichischer Arzt, hat Mitte des 19. Jahrhunderts in Budapest festgestellt, dass in seiner geburtshilflichen Station, in der Ärzte und Medizinstudenten arbeiteten 6 x mehr Mütter an Kindbettfieber starben als in der Station, in der nur Hebammenschülerinnen arbeiteten. Ihm fiel auf, dass Ärzte und Medizinstudenten von der Obduktion an Kindbettfieber gestorbener Mütter in den Kreissaal kamen und dort Mütter vaginal untersuchten ohne vorherige gründliche Reinigung der Hände. Dies kam auf der Station mit den Hebammenschülerinnen nicht vor. Semmelweis erkannte den Zusammenhang und ordnete an, dass vor den Untersuchungen die Hände gründlich mit Chlorkalk gereinigt werden mussten. Nach Einführung dieser Maßnahme war die Sterblichkeit sogar noch geringer als auf der Hebammenstation. Allerdings dauerte es noch eine weitere Generation, bis diese hygienische Maßnahme allgemein anerkannt war. Heute sind hygienische Maßnahmen die Voraussetzungen erfolgreichen Operierens.
2. **Frederick Banting und sein Mitarbeiter Charles Best** entdeckten 1923 Insulin, mit dem die Zuckerkrankheit vor allem junger Menschen, die zuvor an ihrer Krankheit sehr früh verstarben, wirksam behandelt wird und diese Menschen weitgehend ein normales Leben führen können.
3. **Alexander Fleming** hat kurz vor dem 2. Weltkrieg durch einen Zufall die Bakterien tötende Wirkung des Penicillins entdeckt und damit das antibiotische Zeitalter eingeleitet, ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für die Erfolge der modernen Medizin.

Kann der Fortschritt der Medizin auch Nachteiliges bewirken?

Der Fortschritt der Medizin, vor allem der Intensivmedizin, macht es in zunehmendem Maße möglich, den Tod schwer kranker und leidender Menschen hinauszuschieben. Dabei besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass nicht alles, was die Medizin kann, auch tatsächlich durchgeführt werden soll.

Das ethisch Richtige ergibt sich nicht aus dem technisch Möglichen. Doch an was soll man sich orientieren? Wann soll eine Behandlung abgebrochen werden? Oft kann sich der betroffene Patient dazu nicht mehr äußern und damit für sich selbst entscheiden. Zudem ist unsere Gesellschaft von einer zunehmenden Vielzahl von Wertüberzeugungen und Lebensstilen geprägt, sodass wir bei der Bewertung lebenserhaltender Maßnahmen nicht mehr auf eine allgemein verbindliche Übereinstimmung zurückgreifen können.

Der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist eine Form der Sterbehilfe.

Da ich häufig erlebe, dass bei der Verwendung des Begriffs Sterbehilfe Unklarheiten bestehen, da er sowohl bedeuten kann Hilfe zum Sterben als auch Hilfe beim Sterben, was ein großer Unterschied ist, muss ich an dieser Stelle über die verschiedenen Formen der Sterbehilfe sprechen.

Man unterscheidet aktive und passive Sterbehilfe. Unter einer *passiven* Sterbehilfe versteht man das Unterlassen oder Abbrechen von lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen bei einem schwer kranken und aussichtslos leidenden Menschen. Dieses passive Geschehenlassen des Sterbens kann auch in einem „aktiven“ Abstellen eines Beatmungsgerätes bestehen.

Von einer *aktiven* Sterbehilfe spricht man dagegen, wenn durch ein (aktives) Eingreifen in den Sterbeprozess der Todeseintritt beschleunigt wird, z.B. durch die Gabe eines hochdosierten Medikaments.

In Abhängigkeit von der Handlungsabsicht kann darüber hinaus noch zwischen einer *direkten* und *indirekten* (aktiven) Sterbehilfe unterschieden werden.

Bei der *direkten* Sterbehilfe wird die Lebensverkürzung als primäres Ziel einer Maßnahme angestrebt, während bei der *indirekten* Sterbehilfe die Lebensverkürzung als unvermeidbare Nebenfolge einer medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahme, zum Beispiel Schmerztherapie, lediglich in Kauf genommen wird.

Unter Verwendung der Begriffe direkt/indirekt und aktiv/passiv verbleiben 3 Formen der Sterbehilfe:

1. Die (direkte) *aktive* Sterbehilfe
2. Die *indirekte* (aktive) Sterbehilfe und
3. Die *passive* Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) ist in Deutschland strafrechtlich verboten, die indirekte und passive Sterbehilfe hingegen erlaubt. Eine weitere Form, die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung, der sogenannte ärztlich assistierte Suizid, widerspricht nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer dem ärztlichen Ethos und kann zumindest standesrechtlich strafbar sein.

Am Beispiel einer Tumorerkrankung möchte ich Ihnen zeigen, wie sich die Therapie an der jeweiligen Krankheitssituation ausrichten muss.

Ein 50-jähriger Mann hat bei sich Blut im Stuhl bemerkt. Bei einer Darmspiegelung wird dann ein Dickdarmkrebs festgestellt. Die Umgebungsuntersuchungen zeigen, dass der Tumor noch nicht gestreut hat. Es kann eine tumorspezifische Therapie durchgeführt werden, in diesem Fall die chirurgische Entfernung des Tumors. In einem anderen Fall hätte die tumorspezifische Therapie auch in einer Strahlentherapie oder einer Chemotherapie bestehen können. Bei den Nachsorgeuntersuchungen konnte bei unserem Patienten über Jahre kein Tumor mehr nachgewiesen werden. Nach 6 Jahren wird bei der Sonografie eine diffuse Metastasierung der Leber festgestellt. Es wird eine Chemotherapie eingeleitet, unter der es unserem Patienten sehr schlecht geht, aber er entschließt sich, 3 Zyklen über sich ergehen zu lassen, in der Hoffnung auf eine Besserung.

Die Kontrolluntersuchungen zeigen, dass trotz der Chemotherapie das Tumorgeschehen erheblich fortgeschritten ist.

Soll man die Behandlung fortsetzen?

An dieser Stelle muss man sich nach den ethischen Bedingungen ärztlichen Handelns fragen. Drei Bedingungen sind hier zu nennen, die sich von den ethischen Grundprinzipien ärztlichen Handelns ableiten:

1. Die Maßnahme muss medizinisch indiziert (angezeigt) sein, das heißt sie sollte einen Nutzen bzw. insgesamt mehr Nutzen als Schaden für den Patienten erwarten lassen.
2. Der Patient muss, nach entsprechender Aufklärung in die Durchführung der Maßnahme eingewilligt haben. Ausnahme Notfallbehandlung bewusstloser Patienten oder Zwangseinweisung in die Psychiatrie.
3. Als weitere Bedingung ist erforderlich, dass die Maßnahme nach den Regeln der ärztlichen Kunst bzw. nach dem aktuellen Wissensstand durchgeführt wird.

Bei unserem Patienten treffen 2 Bedingungen für eine weitere Behandlung nicht zu.

1. Es wäre mehr Schaden als Nutzen für den Patienten zu erwarten gewesen.
2. Der Patient wollte nicht mehr weiter behandelt werden. Dies hätte auch respektiert werden müssen, wenn man von einer weiteren Therapie mehr Nutzen als Schaden zu erwarten gehabt hätte, denn der Wille des Patienten hat Vorrang vor seinem Wohl.

Auch wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig gewesen wäre, bliebe sein Selbstbestimmungsrecht grundsätzlich erhalten.

Nach Möglichkeit sollte zunächst auf den vorausverfügten, noch im einwilligungsfähigen Zustand erklärten Willen zurückgegriffen werden.

In einer Patientenverfügung können Patienten für den Fall des Verlusts der Einwilligungsfähigkeit festlegen, ob und in welchem Ausmaß sie in einer bestimmten Krankheitssituation behandelt werden möchten. Ergänzt werden sollte diese Patientenverfügung durch eine Vorsorgevollmacht, in der sie eine oder mehrere Personen ihres Vertrauens bevollmächtigen, Entscheidungen für sie zu treffen. Gibt es keine Vertrauenspersonen, so können in einer Betreuungsverfügung dem Vormundschaftsgericht Vorschläge zur Person des Betreuers (auch Ablehnung einer bestimmten Person ist möglich) und zur inhaltlichen Ausgestaltung gemacht werden.

Liegt keine Patientenverfügung vor muss man versuchen etwas über die Wertvorstellungen und Lebenseinstellung des Patienten zu erfahren, um daraus den sogenannten mutmaßlichen Willen zu rekonstruieren.

Ist dies nicht möglich soll man sich am objektiven Wohl des Patienten orientieren.

Kommen wir zurück auf unseren Patienten.

Er hat sich zusammen mit seinen Ärzten für den Abbruch einer auf Lebensverlängerung ausgerichteten Behandlung entschieden, was nicht den Abbruch aller ärztlichen Bemühungen bedeutet, im Gegenteil: durch die Entscheidung wird der Weg frei gemacht für palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen mit Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen sowie die menschliche und seelsorgerische Begleitung.

Diese Behandlung wird bei den Patienten im Hospiz durchgeführt und wir erleben dort oft, wie in dem durch die Krankheit schwer eingeschränkten Leben noch eine besondere Qualität und Kreativität entsteht, eine ganz intensiv gelebte letzte Zeit ihres Lebens.

An dieser Stelle wäre ich eigentlich am Ende meiner Predigt angelangt.

Ich kann aber heute hier nicht über Leben, Sterben und Tod sprechen und den ganz konkreten schrecklichen Tod, der sich in Ihrer Gemeinde ereignet hat, außer Acht lassen.

Gestern wurde die kleine Juliane beerdigt, die eine Woche zuvor bei einem tragischen Unfall ums Leben kam.

Als Arzt stehe ich diesem Geschehen genauso fassungslos wie Sie alle gegenüber und Worte des Verstehens und des Trostes wollen einem nur schwer über die Lippen kommen.

Ich kann nur hoffen, dass die schwer leidgeprüfte Familie, aber auch der unglückliche Fahrer des beteiligten Autos von ihrem sozialen Umfeld aufgefangen werden können und sie sich in den Händen ihres Schöpfers geborgen wissen.

„Unser keiner lebt sich selber und keiner stirbt sich selber. Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Darum wir leben oder Sterben, so sind wir des Herrn. Denn dazu ist Christus auch gestorben und auferstanden und wieder lebendig geworden, dass er über Tote und Lebendige Herr sei.“

Amen.

Literatur:

1. Marckmann G (2004)

Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Entscheidungskonflikte bei der passiven Sterbehilfe, ÄBW 9/2004

2. Synofzik M (2005)

Persistent vegetative state

Verdurstet lassen oder sterben dürfen?

Deutsches Ärzteblatt, Hg.102, Heft 30, 29. Juli 2005

3. Christliche Patientenverfügung 2003, Evangelische Kirche in Deutschland, Deutsche Kath. Bischofskonferenz.