

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in *Wege zum Menschen* 58 (2006). It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Ohly, Lukas

Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und der gemutmaßte Wille von Koma-Patienten

in: *Wege zum Menschen* 58 (2006), pp. 122–134

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Vandenhoeck & Ruprecht: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in *Wege zum Menschen* 58 (2006) erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Ohly, Lukas

Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und der gemutmaßte Wille von Koma-Patienten

in: *Wege zum Menschen* 58 (2006), S. 122–134

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags Vandenhoeck & Ruprecht publiziert: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Ihr IxTheo-Team

Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und der gemutmaßte Wille von Koma-Patienten

Lukas Ohly

Zusammenfassung: Der Artikel eruiert die versteckten Implikationen des Sozialkonstrukts „Mutmaßlicher Wille“ bei medizinischen Behandlungsabbrüchen, die zum Tod führen. Dadurch lässt sich ein weiter Raum menschenwürdiger Hilfe im/zum Sterben abstecken. Die existenzialen Schuldkonflikte gegenüber Verstorbenen verschärfen sich allerdings gegenüber Patienten, deren Sterben quasi „angehalten“ ist.

Abstract: A logical analysis shows that respect for one's dignity leaves more room for the proxy than only respecting the patient's presumed will at the end of life. Despite ethical conflicts seem to be inevitable because of the existential feelings of guilt we feel in the face of death. These feelings increase in decision-making at the end of life by a proxy.

Sterbehilfe, Patientenverfügung, Schuld

1 Einleitung

Der Fall *Terri Schiavo* hat die ethische Debatte um Sterbehilfe einmal mehr neu angestoßen. Die Koma-Patientin aus dem US-Staat Florida, deren Mann sieben Jahre lang und schließlich 2005 erfolgreich um Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen einschließlich der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erstritt, ist ein Paradefall der Themen, um die auch in Fachdebatten seit Jahrzehnten debattiert wird. Dabei zeigt sich eine deutliche Ambivalenz der Gefühle hinsichtlich des Konzepts vom mutmaßlichen Willen. Zwar bestätigen Umfragen hierzulande immer noch den hohen gesellschaftlichen Zuspruch zu Patientenverfügungen; allerdings ist er enormer Schwankungen ausgesetzt, die belegen, dass je nach Formulierung die Befragungen vereindeutigt werden, wohingegen die Stimmungslage eher verunsichert ist.¹ Außerdem ist der prozentuale Wert derjenigen, die eine Patientenverfügung wirklich ausfüllen, antiproportional zur scheinbaren Zustimmung mancher Umfragen.² Auch die Medieninszenierung spielt bei dieser öffentlichen Verunsicherung eine Rolle, wie dies beim Fall Schiavo frappant war. In ihrem Fall versagten zudem noch prozeduralrechtliche Institutionen, die in den USA über Klinik-Kommissionen bzw. Ethical Consultants etablierter sind als in Deutschland und eigentlich die Idee des „informed consent“ advokatorisch und in einer pluralen Gemengelage ausgewogen umsetzen soll.

Im vorliegenden Artikel sollen zwei Aspekte des advokatorischen Eintretens für Behandlungsverzicht ethisch bewertet werden: Zum einen soll das Konzept des „mutmaßlichen Willens“ kritisch hinterfragt werden, das bei der Diskussion um therapeutische Behandlungsabbrüche mit Todesfolge eine

¹ „Deutsche für verbindliche Patientenverfügungen“; in: Frankfurter Rundschau 31.03.2005, 5.

² <http://www.hospize.de/presse/pm29-00.htm>. Stand: 11.04.2005

wesentliche Rolle spielt. Zum anderen soll gezeigt werden, warum bei der advokatorischen Entscheidung um Behandlungsabbruch schwere Zerrüttungen unter nahen Angehörigen kaum vermeidbar sind und damit die Frage auch im gesellschaftlichen Zusammenleben Dritter offen bleiben muss, was der betroffene Patient wirklich will. Anders könnte es allerdings aussehen, sobald die seelsorgerische Dimension solcher Zerrüttungen und ihre Hintergründe gründlicher beachtet werden.

2 Das Konzept vom mutmaßlichen Willen

Leitend für eine medizinische Behandlung ist die Zustimmung der Patientin. Wird diese zurückgenommen, so muss grundsätzlich auch eine bereits begonnene Behandlung enden. Dies gilt auch für lebenserhaltende Maßnahmen. Die Bundesärztekammer hat sich bereits in ihren Richtlinien von 1998 grundsätzlich dieser Regel unterstellt. Dort werden auch erstmals von einer Bundesärztekammer Patientenverfügungen für verbindlich erklärt, „sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde“.³ Auch in ihrer aktualisierten Fassung von 2004 wird dieser Maßstab grundsätzlich geltend gemacht, allerdings an die Entscheidung eines Vormundschaftsgerichts rückgebunden⁴. Patientenverfügungen sind Willensäußerungen, die ein Mensch für den Fall mündlich oder schriftlich vorab abgeben kann, dass er später aufgrund einer inzwischen eingetretenen körperlichen Beeinträchtigung oder geistigen Bewusstlosigkeit nicht mehr aktuell zu medizinischen oder therapeutischen Maßnahmen einwilligen kann. Allerdings ist die obige Richtlinie der Bundesärztekammer für potenzielle Patienten schwer zu erfüllen, da die Patientenverfügung medizinische Detailkenntnisse über ihren späteren Gesundheitszustand antizipieren können müsste, um ausreichend verbindlich gelten zu können. Deshalb wird gegenwärtig geraten, eine Patientenverfügung in häufigen Zeitabständen zu aktualisieren und zudem einen nahen Angehörigen als Betreuer vorab zu verfügen, der die betroffene Person gut genug kennt, um stellvertretend für sie entscheiden zu können, so dass die Verfügung auch weniger detailliert sein kann. Daher sind inzwischen viele Formulare von Patientenverfügungen kombiniert mit Vorsorgevollmachten und werden auch so von der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland gemeinsam empfohlen.⁵

Neben diesem Problem der zeitlichen Nähe und der in Hinsicht auf medizinische Informationen oft unzureichend ausgestatteten

³ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 25. September 1998 (19), A-2366-7.

⁴ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 19, 7. Mai 2004, A 1298-9. – Hintergrund für die Reformulierung der Kammer war ein Urteil des Bundesgerichtshofs von 2003. S. hierzu *Markus Zimmermann-Acklin*: Der gute Tod. Zur Sterbehilfe in Europa; Aus Politik und Zeitgeschichte; Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament B 23-24/2004 (31-38), 36.

⁵ Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland; Bonn / Hannover 2003.

Patientenverfügung gibt es aber ein grundsätzliches Problem mit ihr: Der mutmaßliche Wille ist nämlich ein Sozialkonstrukt, das sich *grundsätzlich nicht* irrtumsfrei darstellen lässt. Der Grund ist schlicht der, dass Wollen sich wesensmäßig hier und jetzt vollzieht und sich damit grundsätzlich nicht antizipieren lässt. Anders gesagt: Was als mutmaßlicher Wille konstruiert wird, ist nicht das *Wollen* des Patienten selbst, sondern allenfalls ein möglicher *Willensinhalt*. Jeder Mensch weiß aber von seiner Alltagserfahrung, dass sich der einst getroffene Willensentschluss über einen bestimmten Inhalt zu einem späteren Zeitpunkt ändern kann, was zum Wesen des spontan auftretenden Wollen gehört. Somit kann es durchaus sein, dass ein Patient zum Zeitpunkt seiner Nichteinwilligungsfähigkeit etwas anderes will als er es vorab verfügt hat.

2.1 Ethische Implikationen der Achtung des mutmaßlichen Willens

Unter ethischen Gesichtspunkten ist nicht zu fragen, wie ein möglicher Irrtum des Konzepts vom mutmaßlichen Willen vermieden werden kann, denn prinzipiell kann die Möglichkeit des Irrtums gar nicht ausgeschlossen werden. Vielmehr ist zu fragen, ob und inwieweit ein solches Irrtumsrisiko zumutbar ist. Zur Einschätzung solcher Irrtumsrisiken werden etwa Äußerungen von Sterbenden mit ihren vormaligen Aussagen verglichen⁶ oder Stimmungen von Demenzkranken rekonstruiert⁷, um daraus den Transfer zu leisten, wie stabil der Wille eines nichteinwilligungsfähigen Patienten ist. Die Zumutbarkeitsgrenze solcher Irrtümer ließe sich aber nur dann durch empirische Studien auch entscheiden, wenn der mutmaßliche Wille *immer* mit früher geäußerten Willensentscheidungen übereinstimmen würde oder umgekehrt wenn er *nie* damit übereinstimmen würde, damit entweder das Konzept bestätigt oder abgelehnt werden könnte. Wahrscheinlich liegt aber die Abweichung zwischen Wollen und mutmaßlichem Willen zwischen diesen beiden Extremen, so dass die Zumutbarkeitsgrenze *ethisch* (statt empirisch) bestimmt werden muss, etwa über ein Prinzip, eine Norm oder eine Regel. Als Prinzip kann natürlich nicht die Autonomie des Patienten selbst dienen, weil diese gerade hier nicht evident einer Öffentlichkeit zur Verfügung steht und eine Begründung des Konzepts vom mutmaßlichen Willens somit über die Autonomie tautologisch begründet würde. Demgegenüber argumentieren *Harry M. Kuitert* und *Ronald Harri Wettstein*, dass sich der Unterzeichner einer Patientenverfügung bewusst und autonom dem Risiko des Unwissens aussetzt und somit Befolgung seiner Vorabverfügung verlangt, selbst wenn sie seinem späteren Wollen nicht mehr entspreche.⁸ Damit wird aber das Konzept des mutmaßlichen Willens vom Wollen des Betroffenen abgekoppelt und avanciert zu einer schlichten positivistischen Entscheidungskategorie, welche die Grundlagen ignoriert, die

⁶ *Christopher James Ryan*: Betting Your Life: an Argument Against Certain Advance Directives; *Journal of Medical Ethics* 22/1996 (95-99), 96.

⁷ *Rebecca Dresser*: *Dworkin* on Dementia. *Elegant Theory, Questionable Policy*; *Hastings Center Report*, Nov./Dec. 1995 (32-38), 34.

⁸ *Harry M. Kuitert*: Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben; Gütersloh 1991, 128; *Ronald Harri Wettstein*: *Leben- und Sterbenkönnen. Gedanken zur Sterbebegleitung und zur Selbstbestimmung der Person*; Bern / Berlin / Frankfurt, u.a. 1997, 42.

zu diesem Konzept überhaupt erst geführt haben. Diese Grundlagen sollen im Folgenden entfaltet werden.

Als naheliegendes Achtungskriterium für den mutmaßlichen Willen bietet sich das Menschenwürdekriterium an, wie unbestimmt es auch zunächst mal erscheint. Denn trotz aller Unbestimmtheiten geht es bei unserem Thema um die Frage, inwieweit der mutmaßliche Wille eines Patienten auch irrtümlich rekonstruiert werden kann, ohne dabei die Menschenwürde des Betroffenen zu verletzen. Aus dieser Fragestellung kann man durchaus einige Verbindlichkeiten folgern. Im Hinblick auf Patientenverfügungen, die den Verzicht lebenserhaltender Mittel anmahnen, geht es nämlich präzise um die Frage, inwieweit es zumutbar ist, einen Patienten gegen sein mögliches *aktuelles* Wollen aufgrund seiner früheren Erklärungen sterben zu lassen, ohne dabei die Menschenwürde des Betroffenen zu verletzen. Nur wenn dies überhaupt zumutbar ist, kann auch das Argument Kuiterts und Wettsteins gültig sein.

In dieser zugespitzten Charakterisierung des Problems wird zweierlei suggeriert. Erstens: Es widerspricht nicht grundsätzlich der Menschenwürde, dass Menschen sterben und dass man sie sterben lässt. Folglich muss die Art und Weise, wie Menschen sterben könnten, mit der Art und Weise verglichen werden, wie sie am Leben gehalten werden könnten. Stellt sich dabei heraus, dass das Sterbenlassen des Patienten menschenwürdig sein könnte, die Lebenserhaltung des Patienten unter gegebenen Umständen aber nicht, so folgt zweitens, dass diese Entscheidung unabhängig von der Irrtumsbelastetheit der Konstruktion des mutmaßlichen Willens ist. Anders gesagt: Eine irrtümliche Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens, zu sterben, verletzt auch dann nicht die Menschenwürde des Patienten, wenn dieser im aktuellen Wollen am Leben erhalten bleiben möchte. Ansonsten dürfte man sich nie auf das Irrtumsrisiko dieses Konzeptes einlassen. Das bedeutet aber, dass sich ein menschenwürdiges Konzept zu Behandlungsabbrüchen lebenserhaltender Maßnahmen nicht in erster Linie am aktuellen Wollen des betroffenen Patienten orientiert, sondern vielmehr an intersubjektiv nachprüfbar Gegebenheiten der Lebens- und Sterbesituation. Bemerkenswert an dieser Schlussfolgerung ist: Sie gilt auch dann, wenn man aufgrund des Menschenwürdekriteriums dieser Argumentationskette nicht folgt! Wer etwa im Gegenteil behauptet, dass es der Menschenwürde widerspricht, dass Menschen sterben, lässt sich damit ebenso wenig vom aktuellen Wollen eines Patienten leiten. Oder wer behauptet, dass sich nie herausstellen könnte, dass die Lebenserhaltung eines Patienten unter gegebenen Umständen nicht menschenwürdig sein könnte, lässt sich damit ebenso wenig vom aktuellen Wollen eines Patienten leiten. Das Menschenwürdekriterium also durchbricht so oder so das strikte Festhalten am aktuellen Wollen eines Patienten. Dies gilt, noch bevor man weitergehende inhaltliche Bestimmungen für die Menschenwürde ausführt.

Will man dieses Ergebnis umgehen, könnte man nur versuchen, die Irrtumsfähigkeit bei der Bestimmung eines mutmaßlichen Willens auf prinzipieller Ebene in Zweifel zu ziehen. Man müsste also dann behaupten, dass prinzipiell die Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens eines Patienten garantiert werden kann. Das ist eine starke These, die im post-metaphysischen Ethikdiskurs der Gegenwart ungewohnt eindeutige weltanschauliche Prämissen setzt. Wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, impliziert nämlich

eine solche These mindestens die folgenden Prämissen im Hinblick auf einen Koma-Patienten:⁹

1. Auch ein Koma-Patient hat einen aktuellen und faktischen Willen. Hätte er ihn nicht, könnte das Konzept vom mutmaßlichen Willen nicht zur Anwendung kommen.¹⁰
2. Das Wollen des Koma-Patienten ist zu berücksichtigen.
3. Seine Rekonstruktion kann garantiert werden, obwohl die sprachliche, mimische und gestische, somit leiblich-willentliche Äußerungsfähigkeit ausgefallen ist.
4. Das impliziert schließlich, dass es über die Ebene hinaus, in der wir uns leiblich verständigen, eine weitere Ebene gibt, in der Menschen sich *unmissverständlich* ausdrücken und verstehen können und dass es diese Ebene ist, die den mutmaßlichen Willen des Betroffenen eindeutig zur Darstellung bringt.

Prämisse 2 gibt einfach nur das Interesse am Autonomieprinzip wieder. Dagegen bedürfen die übrigen Prämissen einer umfassenden Erklärung, vor allem die vierte. Diese müsste dabei nicht nur die Möglichkeit einer überleiblichen zwischenmenschlichen Verstehensebene argumentativ liefern, sondern auch ihre Wirklichkeit belegen und eine transparente Methode beifügen, mit der Verstehen zwischen einem leiblich nicht geäußerten Wollen und seiner Berücksichtigung durch Andere garantiert werden kann. Ich verzichte hier auf den m.E. vergeblichen Versuch, eine solche Argumentationslast zu stemmen.¹¹

2.2. Hinter-Gründe für die Idee des mutmaßlichen Willens

Warum spielt das Konzept vom mutmaßlichen Willen überhaupt eine so ausschlaggebende Rolle für die Medizinethik? M.E. legt sich dieses Konzept nicht deshalb nahe, weil es das Wollen eines Betroffenen berücksichtigen könnte. Sondern es legt sich deshalb nahe, weil üblicherweise die Anerkennung der Würde eines Menschen durch andere über die Anerkennung seines Willens geht. D.h. wir präsupponieren einem Menschen einen Willen, wenn wir ihn als ethisches Subjekt und überhaupt als Mensch anerkennen. Diese Präsupposition ist m.E. nicht zwingend, empfiehlt sich aber durch die spezifische Thematik der Ethik. Dies soll der folgende Gedankengang zeigen. Es bedürfte keiner Ethik, wenn wir in einer Welt leben würden, in der niemand und nichts etwas wollte. Es bedürfte ebenso wenig einer Ethik, wenn es zu jedem beliebigen Zeitpunkt jeweils nur einen Willensträger gäbe, der stets nur einen Willensinhalt wollte. Denn auch wenn er dieses Ziel nicht erreichen könnte, wäre das mit Ethik nicht veränderbar. Die spezifische Thematik der Ethik setzt daher mit der *pluralen Gegebenheit* von Trieben,

⁹ Lukas Ohly: Sterbehilfe: Menschenwürde zwischen Himmel und Erde; Stuttgart 2002, 299.

¹⁰ Das Menschenwürdekriterium könnte dagegen das Konzept des mutmaßlichen Willens auch dann zur Anwendung bringen, wenn die betroffene Patientin keinen aktuellen Willen hat. S. Ohly, Sterbehilfe, 299f.

¹¹ Auch wenn ich an anderer Stelle das Verhältnis zwischen lebenden und verstorbenen Menschen als ein Kommunikationsverhältnis interpretiert habe, so folgt daraus gerade nicht, dass hier unmissverständliche Verstehensprozesse ablaufen. Die Interpretationsoffenheit von aufgefassten Botschaften Verstorbener ist vielmehr gerade ein Anlass des Schmerzes Trauernder. S. hierzu Ohly: Vom sechsten Sinn der Ewigkeit im Angesicht des Todes – Eine zeichentheoretische Interpretation; WzM 55/2003 (264-279), 270; 274.

Interessen und Willensentscheidungen sowie ihrer subjektiven Träger ein. Darin stimmen sowohl die aristotelische wie die kantische Ethik überein und übrigens auch eine Ethik, die vom Primat des Anderen ausgeht.¹² Selbst wenn eine Ethik Subjekten Schutz und Wert abspricht, wird sie sie als Subjekte nur dadurch *logisch* kennzeichnen können, dass sie dabei deren Wollen als Gegebenheit anerkennt. Ein ethisches Problem ist also allgemein dadurch charakterisiert, dass das Wollen eines Willensträgers einen Widerstand erfährt oder erfahren könnte, der in einem anderen Wollen eines Willensträgers liegt. Nehmen wir nun in ethischen Wahrnehmungszusammenhängen unsere Mitmenschen wahr, dann nehmen wir sie als Willensträger wahr¹³. Davon können wir auch dann offenbar nur schwer abstrahieren, wenn wir es mit Sterbenden zu tun haben, die sich nicht mehr äußern können. Deshalb kommt es zum Eindruck, der stumme Sterbende müsse noch einen Willen haben bzw. wir müssten seinen Willen berücksichtigen. Als Alternative stünde uns offenbar nur zur Verfügung, ihn nicht mehr als unseren Mitmenschen zu betrachten. Nun betrachten wir Sterbende, auch wenn sie nicht mehr äußerungsfähig sind, allerdings „üblicherweise“ – außer in utilitaristischen Vereinfachungen, welche die Ebene der Wahrnehmung übergehen – eben doch noch unter ethischen Gesichtspunkten als unsere Mitmenschen und fühlen uns ihnen gegenüber verpflichtet. Diese Wahrnehmung suggeriert uns, ihren mutmaßlichen Willen feststellen zu sollen.

Wenn diese Erklärung über die Genese der Idee vom mutmaßlichen Willen zutrifft, dann gibt sie uns eine Strategie in die Hand, wie das Dilemma aufgelöst werden kann, Sterbende als Menschen anzuerkennen, obwohl das Risiko erheblich ist, ihr Wollen nicht entsprechend zu berücksichtigen. Die Pointe dieser Erklärung liegt nämlich darin, dass die Verbindlichkeit des mutmaßlichen Willen in erster Linie auf der zwischenmenschlichen *Beziehungsebene* liegt und nicht etwa auf medizinischer oder anders gearteter Sachebene. Wenn wir uns dem mutmaßlichen Willen eines Patienten verpflichtet fühlen, dann heißt das in erster Linie, dass wir uns verpflichtet fühlen, ihn als Mensch zu respektieren, d.h. den Willen bei ihm zu unterstellen und zu achten, menschenwürdig behandelt zu werden. Dies beruht schlicht auf der ethischen Thematisierung des Schicksals des Patienten.¹⁴

Von dieser Bestimmung her ist der Inhaltsbereich, der unter den mutmaßlichen Willen fällt oder fallen könnte, sehr weit gefasst. Auch paternalistische Handlungen gegen das augenscheinliche Wollen eines Patienten können menschenwürdig sein, d.h. seinem „mutmaßlichen Willen“ im weiten Sinn entsprechen, nämlich auf der ethischen Beziehungsebene. Sie können es allerdings auch nur dann, wenn der Betroffene dem Respekt der Handlungsperson *vertrauen* könnte, auch wenn er ihre Handlungen selbst nicht wollen würde. Diese wichtige Differenz zwischen Vertrauenkönnen und Wollen ist für die Bestimmung des Raums menschenwürdigen Handelns

¹² *Aristoteles*: Nikomachische Ethik; hg. v. Günther Bien; Hamburg ⁴1985, 1; *Immanuel Kant*: Grundlegung der Metaphysik der Sitten; Leipzig ³1947, 10; *Emanuel Levinas*: Totalität und Unendlichkeit. Versuch über Exteriorität, Freiburg / München 1987, 317.

¹³ *Jean-Paul Sartre*: Der Existentialismus ist ein Humanismus und andere philosophische Essays 1943-1948; Reinbek bei Hamburg ²2002, 172; *Bernhard Waldenfels*: Phänomenologie der Aufmerksamkeit, Frankfurt 2004, 233.

¹⁴ Auch für Bewusstlose und sogar für Verstorbene muss aus ethischen Gründen mindestens ein Interesse unterstellt werden. Dies ist das Interesse des Subjekts an seiner eigenen Subjektivität. S. *Ohly*, Sterbehilfe, 96-104.

nutzbar zu machen.¹⁵ Der prinzipielle Vorbehalt gegen paternalistische Eingriffe in der gegenwärtigen Medizinethik, der inzwischen tautologisch anmutet¹⁶, kann dagegen argumentativ nur eingeholt werden, wenn zwischen dem aktuellen Willen eines Patienten und seiner Achtung als Mensch eine eindeutige Beziehung hergestellt wird. Weder die utilitaristische Wegkürzung der Achtung bei Koma-Patienten noch die umgekehrte metaphysische Überhöhung transzendenter Kommunikation über der leiblichen Verstumtheit scheinen dies leisten zu können. Deshalb liegt die ethische Achtsamkeit gegenüber einwilligungsunfähigen Patienten in einem weiten Raum, der das stellvertretende Handeln aus Achtung vor der Menschenwürde fordert, ohne dabei einen schuldbefreienden Trumpf eines garantierten „mutmaßlichen Willens“ in der Rückhand zu haben. Mit einem Anti-Paternalisten wie *Jürgen Habermas* ist zu betonen, dass Paternalismus die kommunikativ unhintergehbare Bedingung für die autonome Selbstwerdung von Personen und Rechtssubjekten ist.¹⁷ Unter dieser Voraussetzung sind paternalistische Eingriffe zwar unbedingt Kontrollen zu unterziehen, aber nicht einem Generalverdacht auszusetzen, der sie prinzipiell diskreditiert. Wirksame Kontrollen für individuelle Fälle könnten m.E. in Kommunikationsprozeduren liegen, die Mediziner und Angehörige ebenso an einen Tisch bringen wie Seelsorger oder Mediatoren, welche die unausgesprochenen Motive paternalistischer Eingriffe an der Lebensgrenze transparent werden lassen könnten.¹⁸

3 Familienzerrüttungen bei Streit um Sterbehilfe

Man kann allerdings auch von solchen prozeduraethischen Entscheidungsinstanzen allerdings keine konfliktfreien Lösungen erwarten. Das liegt darin, dass sich die ethische Dimension mit einem seelsorgerischen Existenzproblem auf heikle Weise vermischt. Dies soll im Folgenden gezeigt werden. In einem ersten Schritt sollen die Chancen prozeduraethischer Strategien vor dem Blickwinkel der Menschenwürde ausgelotet werden, um daraus in einem zweiten Schritt zu folgern, dass selbst bei geschickter Anwendung der Entscheidungsprozedur ein Konflikt zurückbleiben kann, der auf der Vermischung seelsorgerischer und ethischer Aspekte beruht.

3.1 Der ethische Konflikt zwischen Advokaten verschiedener Meinung

Es ist nicht zu erwarten, dass eine Ethik-Kommission ein sich selbstverpflichtendes Konsensprinzip durchhält und zugleich grundsätzlich

¹⁵ *Ohly*, Sterbehilfe, 136.

¹⁶ Paradigmatisch hierfür ist *Zimmermann-Acklins* Rezension meiner Rekonstruktion: ZEE 48/2004 (147-150), 148f.

¹⁷ *Jürgen Habermas*: Faktizität und Geltung; Frankfurt 1992, 154; Ders.: Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt 2001, 111.

¹⁸ Zu Funktion, Besetzung und Begrenzung paternalistischer Entscheidungen von Ethik-Kommissionen s. *Ohly*, Sterbehilfe, 249-253; 290-292. – Die Kritik in *Zimmermann-Acklins* Rezension an mangelnder empirischer Abgleichung meiner Vorschläge greift m.E. deshalb nicht, weil die Kommissionen in meinen Vorschlägen einen anderen Arbeitsauftrag haben und auf einer anderen Rechtsgrundlage stehen sollten als bisher etablierte Ethik-Kommissionen in Deutschland.

Entscheidungen über Leben und Tod treffen kann, wenn ihre Besetzung die gesamte Gemengelage der Angehörigen und der medizinisch-therapeutischen Verantwortungsträger um den betroffenen Patienten repräsentiert. Beharrt darüber hinaus eine Partei auf der Meinung, dass die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen menschenunwürdig ist, während die Gegenpartei umgekehrt darauf beharrt, dass gerade die Lebenserhaltung menschenunwürdig ist, so ist jeglicher Kompromiss ausgeschlossen, wie der Patient behandelt werden soll. Denn die Parteien behaupten dann eine vollständige Disjunktion der Möglichkeiten menschenwürdigen Handelns. In diesem Fall muss eine Ethik-Kommission eine Entscheidung fällen, die den Eindruck menschenunwürdigen Handelns hinterlässt. Selbst die Entscheidung, keine Entscheidung zu fällen, wäre zumindest in den Augen derjenigen Partei menschenunwürdig, die das Sterbenlassen des Patienten als einzig mögliche menschenwürdige Handlung betrachtet.

Aber selbst in dieser Situation muss nicht zwangsläufig auch wirklich ein Dilemma vorliegen. Zwar ist in Zeiten, wo Konventionen im Umgang mit Sterbenden brüchig werden, keine Handlung *eo ipso* vertrauenswürdig. Dennoch kann für die eine oder andere Entscheidung um Vertrauen geworben werden. Menschenwürdige Handlungen bemessen sich an ihrer Vertrauenswürdigkeit, was nicht mit dem faktischen Vertrauen identisch ist, das ihm entgegengebracht wird. Auch wer einer Handlung mit Gründen misstraut, hat damit noch nicht notwendig über ihre *objektive* Vertrauenswürdigkeit entschieden. Vertrauenswürdig ist eine Handlung, wenn es *möglich* ist, ihr mit Gründen zu vertrauen, wobei unterstellt sein muss, dass die Person, um deren mögliches Vertrauen es geht, die volle Information *hätte*, wenn sie sich zum Vertrauen der Handlung auch wirklich *entschiede*.¹⁹ Das fordert von der Handlungsperson, dass sie sich entsprechend zu dieser Möglichkeit verhält, indem sie selbst über diese Handlung hinaus Mögliches intendiert, und zwar ein Mögliches, dem der Betroffene wieder vertrauen könnte. Wie könnte aber ein solches Mögliches einen infiniten Regress vermeiden? Vermeidbar ist er, wenn das Mögliche, auf das sich die Handlungsperson bezieht, etwas ist, das *um seiner selbst willen* gewollt wird und deswegen etwas ist, dem der Patient *ohne weiteres* vertrauen könnte. Ein solches Mögliches ist die mögliche Liebe zum Patienten als Intention zu einem Du, das um seiner selbst willen gewollt wird. Menschenwürdiges Handeln bemisst sich dann also an einem Handeln, für das es möglich ist, dass ihm vertraut wird, *weil* das Handlungssubjekt sich dabei auf den Adressaten der Handlung so bezieht, dass es ihn *darüber hinaus* lieben *könnte*.²⁰

Transparentes Handeln allein ist dagegen nicht ausreichend, um die Vertrauenswürdigkeit einer Handlung zu ermessen, weil ein solches Kriterium gerade bei Koma-Patienten versagt, für die das Handeln nicht transparent ist. Zudem verlieren gerade strittige Handlungen wie Sterbehilfe bei Ausfall ihrer konventionell eindeutigen Bewertung ihre moralische Transparenz. Damit verlieren Handlungen aber noch nicht ihre Vertrauenswürdigkeit, d.h. die Möglichkeit, dass man ihnen dennoch vertraut. Vielmehr wird die Vertrauenswürdigkeit auf kleine Öffentlichkeiten oder auf die Beziehung zwischen Handlungssubjekt und dem Adressaten der Handlung

¹⁹ Diese umständliche hypothetische Formulierung ist zwingend, damit dieses Kriterium auch erfüllt ist, wenn es sich um einwilligungsunfähige Patienten handelt.

²⁰ Ohly, Sterbehilfe, 137.

begrenzt. Das mag ein Nachteil sein für die Eindeutigkeit der moralischen Bewertung von Handlungen. Man könnte aber versuchen, gerade in dieser Situation die Verbindlichkeit der Beziehung zwischen Handlungssubjekt und Adressaten wieder zu veröffentlichen. Dies könnte dadurch geschehen, dass das Handlungssubjekt verpflichtet wird, seine Beziehung zum betroffenen Adressaten mit Handlungen zu begleiten, die auch in einer größeren Öffentlichkeit für die Beziehung stimmig erscheinen.²¹ Im Falle der Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen könnte es dabei um postume Verpflichtungen gehen (Förderung des öffentlichen Gedächtnisses, partieller Verzicht auf Erbschaftsanteile). Es handelt sich dabei um symbolische Gesten, die aber reell dem Eindruck wehren, das Handlungssubjekt wolle sich einer unerwünschten Person entledigen. Gerade an der Lebensgrenze gilt: *Symbolische Gesten erreichen Realpräsenz* – in dem Sinn, dass man von der dabei intendierten Beziehung nicht loskommt.²²

3.2 Der seelische Schuldkonflikt beim angehaltenen Sterben

Dennoch ist zu vermuten, dass der Konflikt noch eine Tiefendimension hat, die kaum prozeduraethisch bewältigt werden kann. Diese Tiefendimension liegt darin begründet, dass mit dem Tod eines nahen Angehörigen die *Schuld* seiner Hinterbliebenen für diese zum Thema wird und durch technisch verlängerte Sterbeprozesse noch mehr ins Leben rückt. Dabei hat die Schuldthematisierung als solche existenziale Hintergründe, die aber durch technisch verlängerte Sterbeprozesse irritiert werden.

Dazu eine phänomenologische Zwischenbetrachtung:²³ Trauernden vergegenwärtigen sich Verstorbene evident in bestimmten Situationen, von denen sich die Trauernden zwar mit der Zeit distanzieren können, die aber dennoch wiederkehren können. Dabei können Trauernde über Tod oder Unfall des Verstorbenen sogar nach langer Zeit noch erneut erschrecken, wenn ihnen die Situation vor Augen tritt, und zwar obwohl sie wissen, dass Zeit vergangen ist und sie nicht mehr unmittelbar vom Tod des Verstorbenen getroffen werden. In diesem Schreck manifestiert sich eine lebendige Beziehung zum Verstorbenen, sonst wäre der Schreck ohne Bedeutung. Aber offenbar kann der Schreck sogar wiederkehren, obwohl Trauernde wissen, wie viel Zeit seit damals vergangen ist. Diese evident als lebendig wahrgenommene Beziehung wird daher zugleich als gefährdet erlebt, denn sonst würde sich niemand erneut erschrecken. Diese Ambivalenz ist der existenziale Grund dafür, dass Schuldgefühle gegenüber dem Verstorbenen

²¹ Ingeborg Maus hat vorgeschlagen, sich angesichts der Partikularisierung gesellschaftlicher Problemlagen und gesellschaftlicher Selbststeuerungen auf das „Experiment einer dezentralisierten Gesetzgebung“ einzulassen (Maus: Zur Aufklärung der Demokratietheorie. Rechts- und demokratietheoretische Überlegungen im Anschluß an Kant; Frankfurt 1992, 224). Genau dies wäre erreicht, wenn Ethik-Kommissionen eine Richtungskompetenz bei Präzedenzfällen erhielten (Werner Becker: Verrechtlichung oder Pluralismus der Sitten? in: Odo Marquard / Hansjürgen Staudinger (Hg.): Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme; Paderborn 1987, 109-110).

²² Zur phänomenologischen Herleitung dieser These s. Ohly, Sechster Sinn, 269ff.; Ders.: Wie heilt die Zeit Wunden? Zur Phänomenologie des Trauerns im fortgeschrittenen Stadium; in: WzM 56/2004, 134-150. Ferner Waldenfels: Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes; Frankfurt 2000, 85.

²³ Zum Folgenden s. Ohly, Zeit heilt, 143-146.

entstehen können. Denn wenn in manchen Situationen evident der Verstorbene in Beziehung zu uns tritt, wir aber über die Gefährdung dieser Beziehung *immer neu* erschrecken können, dann erschrecken wir darüber, dass wir von *unserer* Seite aus die Beziehung zum Verstorbenen nicht festhalten können. Die Gefährdung evidenter Manifestation des Verstorbenen geht dann von uns aus. Das ist keine Schuld im moralischen Sinne, denn sie erfährt keine Entlastung, wenn sie moralisch beschwichtigt wird. Ich interpretiere diese Ambivalenz vielmehr als „existenziale Schuld“. Diese hat ihren Grund in unserer *eigenen* menschlichen Sterblichkeit als Hinterbliebene, aufgrund derer wir die Beziehung zu den Verstorbenen nicht unter Garantie aufrecht erhalten können.

Diese existenziale Schuld wird nicht nur gegenüber der Beziehung zu Verstorbenen empfunden, sondern kann sich auf alle Wesen richten, zu denen eine personale Beziehung besteht. Allerdings verschärft sich der Konflikt m.E. durch das *essenzielle Schweigen* des Verstorbenen, der damit unsere (nicht-moralische!) Verantwortung für die Beziehungsgefährdung zu ihm schmerzlicher offen legt als in anderen personalen Beziehungen.²⁴ Genau in dieser verschärften Fassung reicht die existenziale Schuld in den Beziehungskonflikt zu einem Sterbenden hinein. Wird der Sterbeprozess aufgrund medizinischer Maßnahmen quasi „angehalten“, verwandelt sich nämlich der postmortale Schuldkonflikt in moralische Verantwortung gegenüber einem leiblich-körperlich bedürftigen Menschen. Dabei überlagern sich moralische Verantwortung gegenüber einem Lebenden und existenzialer Schuldkonflikt gegenüber einem Verstorbenen: Denn zumindest bei Koma-Patienten haben es die Angehörigen mit einem irreversibel Schweigenden zu tun, bei anderen Sterbenden mit Menschen, die wenig oder uneindeutig sprechen. Da sie allerdings noch nicht verstorben sind, kommt die moralische Verantwortung gegenüber Lebenden hinzu, die als solche erfüllt werden kann. Diese Überlagerung wird gerade dadurch dramatisch, dass damit auch der existenziale Schuldkonflikt als prinzipiell lösbar erscheint, und zwar weil die moralische Verantwortung gegenüber den Sterbenden eingelöst werden kann und sollte. Es erscheint dann den Angehörigen so, *als ob sie auch dem existenzialen Schuldkonflikt entkommen könnten*, weil die moralische Dimension der Beziehung ebenso stark ist wie die existenziale. Obwohl sich zwar prinzipiell auch in anderen personalen Beziehungen beide Dimensionen überlagern können, verschärft sich hier der Konflikt aufgrund des anhaltenden Schweigens des Sterbenden.

Dieses Risiko der Überlagerung ergibt sich unabhängig von der Option, ob die Angehörigen entweder dabei auf lebenserhaltende Maßnahmen setzen oder umgekehrt auf deren Einstellung. Wer unbedingt lebenserhaltende Maßnahmen durchsetzen will, könnte der evidenten Gefährdung der ebenso evidenten Beziehung zur Sterbenden gerade dadurch trotzen wollen, dass er den Sterbeprozess weiter anhält. Misslingt dieser Versuch, sind Schuldgefühle naheliegend, die Patientin nicht ausreichend geschützt zu haben. Wer umgekehrt auf Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen dringt, könnte dem evidenten Druck der ebenso evidenten Beziehung entkommen wollen, indem sie aufgelöst wird, als wäre sie – in ihrer Existenzialität – gar nicht erst da. Hierzu wäre es gerade eine geeignet erscheinende Suggestion,

²⁴ Ohly: Verstorbenen begegnen. Phänomenologische Revision einer Einschätzung Sartres; in: *Susanne Dungs / Heiner Ludwig* (Hg.): profan – sinnlich – religiös. Theologische Lektüren der Postmoderne. FS *Uwe Gerber*; Frankfurt 2005 (293-302), 300.

wenn ein mutmaßlicher Wille der Sterbenden für die Auflösung der Beziehung verantwortlich gemacht werden könnte, der sie abbricht, noch bevor wir die Maschinen abstellen könnten. Misslingt auch dieser Versuch, bleibt der Eindruck beharrlich stehen, gegen die existenziale Schuld gegenüber der Patientin nicht vehement genug eingetreten zu sein, erschien der Konflikt doch lösbar aufgrund der Koppelung mit moralischer Verantwortung. Beide Versuche von Angehörigen, der *eigenen* Endlichkeit entkommen zu wollen, sind tragisch, weil der Tod des Anderen die evidente Beziehung nicht beendet, sondern nur andere Manifestationen für sie sucht (Anwesenheit eines Verstorbenen in der Wohnung, in Kleidern, Briefen etc.). Die Tragik verschärft sich nochmals, wenn Angehörige in der Strategie, ihrer existenzialen Schuld entkommen zu wollen, entgegengesetzt handeln. Dann nämlich kommt es zur Zerrüttung unter den Angehörigen, die über ethische Entscheidungshilfen nicht beseitigt werden kann. Ethische Entscheidungsprozeduren können erst dann konsensorientiert wirken, wenn Menschen ihre existenziale Schuld angenommen haben und auf ihre Vergebung durch eine Instanz hoffen können, welche die eigene Endlichkeit der Angehörigen überwindet. Das ist eine wesentliche theologische Dimension an Konflikten um lebensbedrohliche Behandlungsabbrüche.

4 Schlussfolgerungen

Wenn intensivmedizinische Maßnahmen das Sterben eines Menschen quasi „anhalten“ bzw. das Leben künstlich verlängern können, so kann man fragen, ob die damit verbundenen Irritationen existenzialer Strukturen unter ethischen Gesichtspunkten überhaupt zumutbar sind. Anders gefragt: Werden nicht gerade deshalb lebensverlängernde Maßnahmen als ethisch inakzeptabel überführt? Darauf ist zu antworten, dass auch unter irritierten existenzialen Strukturen menschenwürdiges Handeln im Sinne vertrauenswürdigen Handelns möglich ist, ebenso wie umgekehrt das Absehen von lebenserhaltenden Maßnahmen die Flucht vor der eigenen existenzialen Schuld der Handelnden darstellen kann. Allerdings wird die Eindeutigkeit menschenwürdigen Handelns durch die Dilemmata der Intensivmedizin erschwert und auf kleinere Öffentlichkeiten begrenzt. Das erzeugt eine seelische Bürde bei Konflikten unter Angehörigen, die verschieden entscheiden würden. Es schützt aber gerade die Patientin und minimiert das Risiko der Irritation existenzialer Schuld, wenn betont wird, dass der Tod grundsätzlich auf der *Beziehungsebene* zur Patientin nichts ändert; d.h. grundsätzlich darf ihr Tod um der Menschenwürde willen sein, gerade weil die moralischen Verbindlichkeiten den Tod übergreifen. Die ethische Beziehung bricht ebenso wenig mit ihm ab wie die ethischen Verbindlichkeiten gegenüber Verstorbenen. Zwar hätten wir das Problem eines „angehaltenen“ Todes nicht, gäbe es nicht die Möglichkeiten der Intensivmedizin, womit die Suggestion einsetzt, man könne auch der existenzialen Schuld entkommen. Insofern ist die Intensivmedizin menschliches Schicksal geworden, das eine theologische Betrachtung nahe legt.²⁵ Mit der Irritation existenzialer Schuld und moralischer Verantwortung

²⁵ Das Problem erinnert an *Sören Kierkegaard*, der die menschliche Sünde auf die Formel gebracht hat, dass das Subjekt im Streben nach ewiger Seligkeit sich selbst loswerden wolle (*Kierkegaard: Die Krankheit zum Tode*, München 1962, 18f., 73).

leben zu müssen, schließt aber den ethischen Umgang am Lebensende nicht aus. Wer angesichts vage gewordener Grenzen zwischen richtigem und falschem Handeln auf eindeutigen Positionen beharrt, scheint dagegen selbst denjenigen Konflikt überwinden zu wollen, der auch dann zurückbleibt, wenn man alles richtig gemacht hat.

Pfr. Dr. Lukas Ohly, Kirchgasse 2a, 61130 Nidderau, ohly@kirche-ostheim.de