

Hospitalorden des heiligen Johannes von Gott

ETHISCHE REFLEXION ZUM LEBENSENDE



ARBEITSGRUPPE FÜR BIOETHIK – EUROPA

Februar 2021

PRÄSENTATION

Angesichts der Diskussion, die es aktuell in verschiedenen europäischen Ländern zur Entkriminalisierung der Euthanasie gibt, hielt es die Europäische Arbeitsgruppe für Bioethik des Ordens des hl. Johannes von Gott für angebracht, eine Reflexion zum Thema durchzuführen, die wir Ihnen mit diesem Dokument vorlegen.

Der Zweck des Dokuments ist es, unsere Position für den Schutz des Lebens in allen seinen Phasen zu bekräftigen, sich der unterschiedlichen Positionen und der aktuellen Gesetzgebungen in Europa bewusst zu werden sowie die Prinzipien und Orientierungen in Erinnerung zu rufen, die vom Orden des hl. Johannes von Gott in diesem Zusammenhang befolgt und gefördert werden.

Vor diesem Hintergrund wurde das Dokument auf der Grundlage der rechtlichen Situation und der wichtigsten Veränderungen und Diskussionen in unserem gesellschaftlichen Umfeld erstellt. Das Dokument erläutert die Position der Kirche und des Ordens und schließt mit einigen praktischen Vorschlägen zum Umgang mit der komplexen Frage des Lebensendes.

Die Methode, nach der das Dokument erstellt wurde, bestand darin, dass ein Mitglied der Arbeitsgruppe als Hauptautor fungierte. Dies war Frau Dr. Maria Teresa Iannone. Die anderen Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sie bei dieser Aufgabe als Co-Autoren unterstützt.

Unser Anliegen ist es, dass die Lektüre und Verbreitung des Dokuments eine Hilfe bei der Auseinandersetzung mit diesem Thema ist, das gegenwärtig Teil der gesellschaftlichen Diskussion ist und das Tätigkeitsfeld vieler Zentren des Ordens betrifft. Wir hoffen, dass es auf Ihr Interesse stößt, und danken Ihnen für die Aufmerksamkeit und die Bereitschaft, sich mit diesem aktuellen Thema zu beschäftigen.

EUROPÄISCHE ARBEITSGRUPPE FÜR BIOETHIK

Frau Dr. Maria Teresa Iannone, Hauptautorin, Italien

Herr Dr. Jose M^a Galán, Spanien

Schw. Margarita Bofarull, Spanien

Frt. Lukasz Dmowski, Polen

Frt. Joaquim Erra, Spanien

Herr Dr. Jürgen Wallner, Österreich

Herr Dr. Salvino Leone, Italien

Schw. Maria Carmen Masse, Spanien

Frau Dr. Corinna Porteri, Italien

Europäische Arbeitsgruppe für Bioethik
Überlegungen zum Thema Lebensende
Maria Teresa Iannone

Einführung

Die Situation in Europa

Die Position der Kirche und des Ordens

Vorbemerkung

Charta der Hospitalität

**Neue Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen des Päpstlichen Rates
für die Pastoral im Krankendienst**

Katechismus der katholischen Kirche

Schreiben der Kongregation für die Glaubenslehre "Samaritanus Bonus"

Praktische Vorschläge

Palliativmedizinische Ausbildung als Antwort

Die Wiederentdeckung der Beziehung

Die Chance der ethischen Beratung

Die Bedeutung von Aus- und Fortbildung

Richtig kommunizieren lernen

Schlussfolgerungen

Einführung

Heute registriert man in der öffentlichen Meinung, zumindest laut Umfragen, zunehmend Aussagen, wonach es besser scheint, zu sterben, als ohne Würde zu leben. Deswegen sei es notwendig, einen Kampf der Zivilisation zu führen, der bisher von einer bigotten Gesellschaft, die von einer obskurantistischen Kirche dominiert wird, ignoriert wurde.

Wir müssen uns jedoch fragen, was für die öffentliche Meinung, für den Durchschnittsbürger - der sich der Komplexität bestimmter Fragen nicht immer bewusst ist - Würde überhaupt ist. Welcher Maßstab bestimmt, ob unser Leben würdig ist oder nicht: Ist es der Wille? Erkennt man mit der rechtlichen Anerkennung der Sterbehilfe wirklich ein Recht an und ist dies wirklich ein Recht, das ein „zivilisierter Staat“ anerkennen muss? Und unsere Medizin und das Gesundheitssystem, in das sie eingebettet ist, haben sie wirklich alle möglichen Wege beschritten, damit ein leidender Mensch nicht allein bleibt mit seinem Schmerz und seinen vorgeblichen "Gewissheiten"?

Bei einer sorgfältigen Lektüre stellt sich schnell heraus, dass die öffentliche Meinung in vielen Fällen semantisch irreführende Botschaften erhält. Man hat oft den Eindruck, dass nicht alle, die zum Thema sprechen, die notwendigen Werkzeuge besitzen, um sich adäquat mit den Worten auszudrücken, die wir häufig lesen. Ja, wir können sagen, dass das Problem nicht so sehr „die Kirche“ ist, als vielmehr eine bestimmte wissenschaftsgläubige Medizin, die aus Gründen der Selbstverteidigung eine Lösung bevorzugt, die von den Beziehungsschwierigkeiten ablenkt, die es heute in unseren Krankenhäusern gibt.

Und schließlich: Sind wir sicher, dass die Forderung nach dem Recht auf Selbstbestimmung wirklich von denjenigen kommt, die gerade schwer krank sind? Es genügt, einen Rundgang durch katholische und nicht-katholische Krankenhäuser zu machen - zumindest in einigen der europäischen Nationen, die Euthanasie noch nicht endgültig akzeptiert haben -, um zu erkennen, dass dort die „Forderungen“ ganz anders sind als die, denen man auf „Facebook“ begegnet, und dass die große Arbeit, die wirklich getan werden muss, darin besteht, eine Arzt-Patienten-Beziehung wiederherzustellen, in der, wie es zur Zeit geschieht, die beiden

Hauptakteure, die dazu berufen sind, Leben und Gesundheit zu schützen, sich nicht wie zwei moralisch Fremde gegenüberstehen.

Von der modernen technologischen Medizin wird immer mehr verlangt. Dabei verliert man oft die Unverhältnismäßigkeit zwischen technischem Aufwand und effektivem Nutzen aus den Augen. Unsere Gesellschaft tut alles, um uns von dem Gedanken abzubringen, dass der Tod ein Moment des Lebens ist. Der Fortschritt der Medizin mit seinen ständigen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, den unzähligen neuen technologischen Möglichkeiten und seiner modernen Organisation hat zu tiefgreifenden Veränderungen im natürlichen Verlauf vieler Krankheiten geführt, bis hin zu dem Punkt, dass Leben und Tod mit biologischen und technischen Inhalten sowie professionellen Zuständigkeiten ausgefüllt sind, die oft die menschlichen, spirituellen, moralischen und sozialen Aspekte in den Hintergrund drängen und die philosophischen, politischen und, infolgedessen, auch rechtlichen Ansätze verzerren.

Um den Menschen zu helfen, sich eine tiefe moralische Überzeugung zu bilden, die nicht auf Hörensagen bzw. pseudo-journalistischen Untersuchungen beruht, auf welche wir auf einer Gefühlswelle reagieren, von der wir uns angesichts des Leidens von Grenzfällen leicht mitreißen lassen, erscheint es notwendig, die Reflexion über das Thema Freiheit und Autonomie/Selbstbestimmung des Individuums dahingehend zu vertiefen, dass der ontologischen Konsistenz der Komplexität des menschlichen Wesens Rechnung getragen wird, die nicht in einem Reduktionismus trivialisiert werden darf, der dazu führt, dass die Person das Gefühl hat, dass ihre Würde nicht wertgeschätzt wird.

Beim Thema Würde müssen wir zuvorderst erkennen, dass sie dem Leben selbst vorausgeht, wenn wir wollen, dass Würde uns wirklich repräsentiert und eine vorrechtliche Instanz ist, die das Recht nur anerkennen, aber nicht festlegen kann. Ohne diese Voraussetzung wird alles in unserem Leben messbar, als wäre das Leben und auch unser Daseinsgrund eine rein biologische Angelegenheit in den Händen des Menschen. Eine Gesellschaft, die sich darauf beschränkt, unsere Willensäußerungen anzuerkennen, uns aber nicht vollumfänglich in unserem Menschsein annimmt, ist eine Gesellschaft, die an ihrem wichtigsten Ziel scheitert: die Menschen zu respektieren, die sie ausmachen. Der Horizont des menschlichen

Fortschritts kann nicht als eine positive Entwicklung betrachtet werden, wenn das Leben des Menschen nicht bis zum letzten Augenblick gelebt werden kann und wenn die Zivilgesellschaft sich nicht in die Pflicht genommen fühlt, alle ihr zur Verfügung stehenden Mittel einzusetzen, damit dies mit Respekt vor dem Menschen, seinen Bedürfnissen, seinen Leiden und seinen Ängsten geschieht. Nur unter diesem Vorzeichen kann die Würde zum Fundament der gesellschaftlichen, institutionellen und kulturellen Bestrebungen werden, die notwendig sind, um die Freiheit des Menschen zu garantieren, wobei Freiheit nicht als die Fähigkeit missverstanden werden darf, alles zu tun, was möglich ist, sondern als die spontane Suche nach dem Guten mit Respekt vor den Werten, die den verschiedenen menschlichen Gemeinschaften wichtig sind.

Vor diesem Hintergrund ist offensichtlich, dass der Sinn und die Qualität des Lebens eines Menschen, der seine letzten Momente erlebt, nicht ein Problem sein kann, das der Einzelne in der Einsamkeit seines Gewissens zu lösen hat, sondern die ganze Gesellschaft betrifft und Fragen berührt, die eminent anspruchsvolle Entscheidungen in der Wirtschafts-, Sozial- und Rechtspolitik verlangen. Dabei ist wichtig, dass die große Verantwortung nicht unterschätzt wird, die Entscheidungen in eine Richtung zu lenken, die den Menschen in seiner Gesamtheit schützen und nicht zu heuchlerischen Lösungen führen, die in dem Versuch, die Erfüllung eines vorgeblichen Rechts auf den Tod zu demonstrieren, eine therapeutische, soziale, moralische und menschliche Verlassenheit zum Ergebnis haben, die ebenso schwerwiegend ist wie ihr Gegenteil, die therapeutische Aggression.

Die Situation in Europa

Unter rechtlichem Gesichtspunkt fällt die Frage der Regelung des Endes des menschlichen Lebens nicht in die Gesetzgebungskompetenz der Europäischen Union: Über das Ende des Lebens entscheiden die einzelnen Staaten in völliger Autonomie, welchen Weg sie einschlagen. Wenn man sich die Regelungen ansieht, die in den vergangenen 20 Jahren erlassen wurden, stellt man zahlreiche Unterschiede fest, die sich jedoch in letzter Zeit immer mehr angleichen. Um diese anfänglichen Unterschiede zu verstehen, muss man nicht nur die ideologischen und politischen Positionen der verschiedenen europäischen Länder berücksichtigen, die

sich teilweise stark voneinander unterscheiden, sondern auch die kulturellen und ethnischen Identitäten in Bezug auf die sozialen Beziehungen und die Familienstrukturen, die manchmal selbst innerhalb ein und desselben Staates unterschiedlich konzipiert sind.

Der einzige gemeinsame Bezugspunkt für die Staaten der Europäischen Union ist das am 4. April 1997 in Oviedo unterzeichnete Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin, das als das erste vom Europarat geförderte biorechtliche Instrument betrachtet werden kann.

Artikel 5 besagt Folgendes: *"Eine Intervention im Gesundheitsbereich darf erst dann erfolgen, nachdem die betroffene Person über sie aufgeklärt worden ist und frei eingewilligt hat. Die betroffene Person ist zuvor angemessen über Zweck und Art der Intervention sowie über deren Folgen und Risiken aufzuklären. Die betroffene Person kann ihre Einwilligung jederzeit frei widerrufen."*

Artikel 9 bekräftigt: *"Kann ein Patient zum Zeitpunkt der medizinischen Intervention seinen Willen nicht äußern, so sind die Wünsche zu berücksichtigen, die er früher im Hinblick auf eine solche Intervention geäußert hat."*

Das Thema erfordert sicherlich eine eingehende Analyse. Die Voraussetzung, von der man ausgehen sollte, muss Lösungen in Betracht ziehen, die niemals aus der Not heraus entstehen, sondern die Frucht einer umfassenderen Reflexion sind. Andererseits sind die Überlegungen, von denen die verschiedenen Länder ausgegangen sind, die sich zur Euthanasie - was wörtlich *einen guten Tod* bedeutet - geäußert haben oder darüber diskutieren, um ihren Bürgern das Recht und die Fähigkeit zu garantieren, zu wählen, ob sie davon Gebrauch machen wollen oder nicht, mit dem Gedanken verbunden, dass, wenn es ein Recht auf Leben gibt, es vielleicht auch ein Recht auf Tod geben kann oder sogar geben *muss*.

In den letzten zwanzig Jahren hat in Europa eine zum Teil sehr hitzige Diskussion über das Thema Lebensende stattgefunden, die dazu geführt hat, dass Lösungen beschlossen wurden, die in einigen Fällen nuancierter und in anderen radikaler sind, wobei einige Länder die Euthanasie anerkannt haben, während sie andere weiterhin als Mord ansehen und verbieten. Es gibt verschiedene Formen, die die verschiedenen Staaten zur Regulierung dieses Sektors angewandt haben, und daher

gibt es auch verschiedene Begrifflichkeiten, die verwendet werden. Deshalb ist es sicherlich nützlich, einige Definitionen der verschiedenen Praktiken voranzustellen, die sich um den Umgang mit den letzten Lebensphasen drehen:

- *Euthanasie* im eigentlichen Sinne des Wortes, d.h. *aktive Sterbehilfe*, liegt vor, wenn der Tod angestrebt wird, um das Leiden der Person zu beseitigen, und der Tod durch die Verabreichung tödlicher Medikamente herbeigeführt wird.

- Von *passiver Euthanasie* bzw. *passiver Sterbehilfe* spricht man fälschlicherweise, wenn der Tod durch den Abbruch oder die Unterlassung einer verhältnismäßigen und für das Überleben des Betroffenen notwendigen, medizinischen Behandlung eintritt.

- *Assistierter Suizid* hingegen liegt vor, wenn eine medizinische Fachkraft den Patienten "berät", welche Medikamente zu verabreichen sind, vorausgesetzt, der Patient spielt physisch eine aktive Rolle bei der Verabreichung der Medikamente.

- Die *Patientenverfügung* enthält die Verfügungen, die eine volljährige, entscheidungs- und willensfähige Person dem Arzt für die Zukunft vorgibt, wenn sie selbst nicht mehr entscheiden kann, z.B. über lebenserhaltende bzw. lebensverlängernde Therapien. Es gibt verschiedene Formen, diese Verfügungen festzulegen, bei einem Notar oder mit einem einfachen Schreiben, das persönlich bei einem öffentlichen Amt in der eigenen Gemeinde deponiert wird, mit oder ohne Zeugen. Es muss jedoch in jedem Fall beweisbar sein, dass die Verfügungen auf die betroffene Person zurückgehen. Die Verfügungen können widerrufen oder geändert werden.

Das Vorgehen ist dann:

. *freiwillig (verlangt)*, wenn es auf ausdrücklichen Wunsch der entscheidungs- und willensfähigen Person oder durch eine Patientenverfügung erfolgt;

. *unfreiwillig (unverlangt)*, wenn es gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird.

Die Position der Kirche und des Ordens

Vorbemerkung

In der postmodernen Ära, in der wir leben, hat sich, wie weiter vorne erwähnt, der Blick auf Fragen, die um das Lebensende des Menschen kreisen, verändert. In Europa setzt sich in der Wahrnehmung des Lebensendes und des Umgangs damit immer stärker das Konzept der Lebensqualität als alleinige Richtschnur der persönlichen Entscheidungen durch, die der Einzelne in Einsamkeit treffen soll, was zu einer fortschreitenden Verdrängung – auch auf kultureller Ebene – des Begriffs der Heiligkeit des Lebens geführt hat. Das Europa von heute ist sicherlich ein Europa in Schwierigkeiten. Wie sich unschwer erkennen lässt, stellt in der Aktualität die menschliche Würde nicht mehr die Grundlage des modernen europäischen Paktes und der Beziehungen Europas zum Rest der Welt dar.

Wie können wir in einem solchen Rahmen das zerstörerische Potential des Leidens auffangen und darauf reagieren? Können wir noch vom Wahren und Rechten, vom Guten und Schönen sprechen, nachdem wir die "Differenz" zu einem Wertmaßstab erhoben haben und sie von einer der Existenz innewohnenden Bedingung fälschlicherweise zu einem "Wert" gemacht haben, der nur den ökonomischen Kraftverhältnissen gehorcht und dem Menschen seine ontologische soziale Natur abspricht?

Wie kann der Orden auf diese fragile Situation reagieren?

Charta der Hospitalität

Schon in der Einleitung zu den Kapiteln 4 und 5 der Charta der Hospitalität des Ordens, die sich mit der ethischen Vision des Auftrags des Ordens befassen, finden wir einige Ideen, welche die Grundlagen für unsere Reflexion über die Fragen des Lebensendes aufzeigen.

4.1.1. Achtung vor dem Menschen

Die Würde des Menschen vor Gott ist das Fundament für seine Würde vor den Menschen und vor sich selbst.

...

Von der Würde des Menschen vor Gott leitet sich auch für jeden Menschen das Recht und die Pflicht her, sich selbst zu achten und zu lieben.

4.1.3. Sorge für den kranken und hilfsbedürftigen Menschen. Da der Wert und die Würde des Menschen bei Krankheit, Behinderung und Tod eher in Frage gestellt und bedroht werden, sieht der Hospitalorden bei seiner Tätigkeit für den kranken und hilfsbedürftigen Menschen eine seiner Hauptaufgaben darin, allen Menschen das wunderbare Vermächtnis des Glaubens und der Hoffnung zu verkünden, das er vom Evangelium empfangen hat.

4.2.1. Das Leben als fundamentales Gut der Person. Das menschliche Leben, das für den Gläubigen ein Geschenk Gottes ist, muss von seinem Anfang bis zu seinem natürlichen Ende geachtet werden. Denn das Recht auf Leben ist unantastbar und das stärkste Fundament des Rechtes auf die Gesundheit und die anderen Rechte des Menschen.

4.2.4. Pflichten und Grenzen beim Schutz des eigenen Lebens. Das Leben ist zwar ein fundamentales Gut der menschlichen Person und Grundvoraussetzung zum Genuss aller anderen Güter, aber kein absolutes Gut. Das Leben kann für andere Menschen oder für Ideale, die den Sinn des eigenen Lebens ausmachen, geopfert werden. Das Leben, die Gesundheit und jedes zeitliche Werk ist spirituellen Werten untergeordnet.

Wir erkennen dem Menschen nicht die absolute Herrschaft über das Leben zu: Er hat kein Recht, sich zu einer totalen und unabhängigen Herrschaft über das Leben aufzuwerfen, die auch die Freiheit mit einschließt, es zu vernichten. Wohl aber steht ihm das Recht zu einer „vernünftigen“ Herrschaft über das Leben zu, die miteinschließt, dass es nicht um jeden Preis erhalten werden muss. Das Leben ist ohne Zweifel heilig; aber auch die Qualität dieses Lebens ist wichtig, das heißt, die Möglichkeit, es menschenwürdig und sinnvoll zu leben. Es gibt keine Pflicht, das

Leben in besonders leidvollen Zuständen zu erhalten, die den Einsatz von unverhältnismäßigen oder sinnlosen Mitteln erfordern.

5.1.2.3. Selbstbestimmung. (...) Schließlich muss man sich auch mit den Grenzen der Selbstbestimmung auseinandersetzen. Obwohl die Selbstbestimmung das erste Prinzip der Bioethik ist – aber auch jenes, auf das die meisten Bioethik-Probleme unserer Zeit zurückzuführen sind, kann sie weder als absolutes noch als über den anderen stehendes Prinzip gewertet werden. Selbstbestimmung hat objektive Grenzen, zum Beispiel jene, die mit dem eigenen Leben verbunden sind. Diese können nicht direkter oder unbedingter Gegenstand einer Entscheidung des Patienten oder des Betreuten sein. Denn das würde zur Legitimierung jeder Form von Selbstmord führen. Vielmehr sollte man berücksichtigen, dass in der Beziehung zum kranken oder zum betreuten Menschen, der höchste zu achtende Wert nicht die Selbstbestimmung, sondern vielmehr das Wohl des Menschen ist, zu der die Selbstbestimmung natürlich gehört.

5.1.2.4. Gewissensfreiheit. Das Recht auf Gewissensfreiheit, klar formuliert im Artikel 18 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und fester Bestandteil der Verfassungen der meisten modernen Staaten, leitet sich von der ethischen Dimension des Menschen her und ist eine unabdingbare Lebensgrundlage, wenn man das Leben des Menschen als Gabe und Aufgabe versteht. Jeder Mensch hat das Recht auf Achtung seiner Gedanken, seiner philosophischen, ideologischen, politischen, kulturellen Anschauungen, vorausgesetzt diese verletzen die grundlegenden Menschenrechte nicht. Angesichts des heute bestehenden Multikulturalismus und der Vielfalt ethischer Optionen der zeitgenössischen Gesellschaft, ist dies von besonderer Bedeutung.

5.1.3. Pflichten der Betreuten

Den Rechten des Kranken und der betreuten Personen stehen die Pflichten derselben gegenüber, obwohl sie in der bioethischen Reflexion und Praxis weit weniger definiert sind.

5.1.3.1. Achtung des Trägers und seiner Prinzipien. Die Pflegeeinrichtungen des Hospitalordens sind konfessionelle Strukturen der katholischen Kirche. Gerade deshalb wenden sich ihre Dienste, als Ausdruck der universellen Sendung der Kirche, an alle Menschen ohne jegliche ethische, weltanschauliche oder religiöse Unterscheidung. Gleichzeitig hat jedoch der Patient oder Betreute, der den katholischen Glauben nicht teilt oder die ihm zugrundeliegenden Prinzipien nicht anerkennt, die Pflicht, den Geist zu achten, der unsere Einrichtungen beseelt. Deswegen wird er auch Verhaltensweisen vermeiden müssen, die in eindeutigem Widerspruch zu den Prinzipien des Trägers der Einrichtung stehen. Dies schließt natürlich weder die eventuellen Einforderungen im Fall von Unrecht oder objektiv erlittenen Nachlässigkeiten aus (die auch unabhängig von der religiösen Konfession als solche zu werten sind) noch die angemessene Achtung der eigenen religiösen Zugehörigkeit, wie bereits hinsichtlich der Rechte des Kranken und der betreuten Personen gesagt wurde.

5.2.3. Chronisch Kranke und Kranke in fortgeschrittenem Krankheitszustand

5.2.3.1. Euthanasie. Die Achtung vor dem Leben muss von seinem Beginn über die gesamte Spanne der Existenz bis zu seinem natürlichen Ende reichen. Mit dem Begriff Euthanasie beziehen wir uns sowohl auf Verfahren, die den Tod absichtlich und gezielt herbeiführen oder anstreben (unpassend aktive Sterbehilfe genannt), als auch auf die Unterlassung beziehungsweise den Abbruch von Verfahren, die ihn vermeiden können. Die letztgenannte Möglichkeit wird ebenso unpassend als passive Sterbehilfe bezeichnet, ein Begriff der zweifelhaft und irreführend ist: entweder es handelt sich um eine absichtliche Unterdrückung von Leben (vorgenommen sowohl durch die Ausübung als auch Unterlassung einer Handlung) oder es handelt sich um die Vermeidung einer sinnlosen therapeutischen Aggression (aber dann ist es keine Sterbehilfe). Immer häufiger wird der Begriff medizinisch assistierter Selbstmord verwendet, um von einer vom Patienten geforderten Euthanasie zu sprechen, und um in gewissem Maße die ganze Verantwortung auf letzteren abzuwälzen. De facto aber enthebt dies den Arzt weder seiner Verantwortung noch seiner direkten Mitwirkung am Vorgang.

Analog zum Doppeleffekt, von dem wir bereits beim Schwangerschaftsabbruch gesprochen haben, ist ein Eingriff, der zum Ziel hat, den pathologischen Zustand eines Menschen zu verbessern (wie zum Beispiel die Schmerzbeseitigung es ist), kein Tun im Sinne der Euthanasie, selbst wenn sich daraus unter anderem in einer unvermeidlichen und nicht gewollten Weise eine mögliche Beschleunigung des Todes ergibt.

Die Pflicht, allen Personen ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, beinhaltet zugleich die Pflicht, dass der Kranke bis zum letzten Augenblick seines Lebens gepflegt werden muss. Der grundlegende Unterschied, der zwischen Therapie (cure) und Pflege (care) besteht, weist uns unmissverständlich darauf hin, dass es wohl unheilbar Kranke, aber keine „unpflegbar“ Kranken gibt. Parenterale Ernährung, Wundreinigung, Körperpflege und eine angemessene Umgebung sind unantastbare Rechte, die jedem Kranken bis zum letzten Augenblick seines Lebens zuerkannt werden müssen.

5.2.3.2. *Patientenverfügung*. Die Patientenverfügung (engl. auch living will genannt), besteht aus den Verfügungen, mit denen eine Person, durch eine schriftlich niedergelegte Willenserklärung, Vorsorge dafür trifft, dass ihre Überzeugungen und Werte respektiert werden, sollte sie eines Tages aufgrund einer Unfallverletzung oder einer Krankheit nicht mehr dazu imstande sein, ihren Willen rechtsverbindlich zu artikulieren. Konkret nimmt der Betroffene mit einer solchen Verfügung das Recht in Anspruch, bei Eintritt einer der obengenannten Situationen, nicht unverhältnismäßigen und unnützen Behandlungen unterzogen zu werden, dass der Sterbeprozess nicht sinnlos hinausgezögert wird und dass die Schmerzen mit geeigneten Medikamenten gemildert werden, auch wenn das eine herabgesetzte Lebenserwartung zur Folge haben sollte.⁷¹ Außerdem kann eine bevollmächtigte Person angegeben werden (proxy), die anstelle des Patienten entscheiden kann, sollte dieser dazu unfähig sein.

Auf diese Art als Absichtserklärung formuliert, gibt es keinen Zweifel daran, dass die Patientenverfügung gut und empfehlenswert ist. In den Ländern, in denen es keine spezifische Gesetzgebung in diesem Sinne gibt, verlangt ein Großteil der Gesellschaft lautstark und wohlbegründet nach einem entsprechenden rechtlichen Schutz.

Die Kirche kann es in keinem Fall billigen, dass der Tod herbeigeführt wird, auch wenn das der freie Wille des Betroffenen sein sollte. Die Grenze, im Falle einer unheilbaren und dauerhaften Krankheit oder Invalidität mithilfe Dritter über sein eigenes Leben zu verfügen, bis hin zur direkten Herbeiführung des Todes, sowie die Ablehnung von unverhältnismäßigen Behandlungen, kennzeichnet den Unterschied zwischen der für Katholiken annehmbaren Patientenverfügung und anderen Formen der Patientenverfügung.

Offen bleibt das Problem der künstlichen Ernährung, die, insofern sie als ein allgemeines und angemessenes Mittel betrachtet wird, nicht Gegenstand einer Patientenverfügung sein kann. Allerdings kann sie gemäß der Interpretation vieler, berücksichtigt man die eindeutig medizinischen Verfahrensweisen, mit denen sie durchgeführt wird, durchaus einer regelrechten Therapiemaßnahme gleichgestellt werden.

5.2.3.4. Palliativmedizin. Wir können sagen, dass der Mensch schon immer die Schmerztherapie angewandt hat, indem er die Situation von Kranken in der „Endphase“ mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln gelindert hat und sie helfend und tröstend bis in den Tod hinein begleitet hat. Heute hat sich ein wissenschaftlich fundiertes Konzept der Schmerztherapie herausgebildet, das in konkreten Strukturen (Hospizen, Palliativstationen usw.) Anwendung findet, die uns erlauben, den unheilbar kranken Patienten nicht seinem Schicksal zu überlassen. Die Palliativmedizin versteht sich heute immer mehr als „Ganzheitsmedizin“, die dem Betroffenen eine globale Hilfestellung anbietet und sich aller seiner Bedürfnisse annimmt.

Die Palliativmedizin ist genau „das, was für diese Gruppe von Kranken zu machen ist.“ Es wird sicher nicht die Heilung sein, da sie unmöglich ist, aber es werden eine Reihe von Maßnahmen durchgeführt (bisweilen auch unter großem technischen Aufwand), um den Betroffenen in der Zeit, die noch bleibt, eine bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten.

Eine besonders heikle Phase ist der Übergang von der Therapie zur Palliativmedizin. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang das Simultaneous CareModell

(oder Share Care-Modell), nämlich der gleichzeitige Einsatz von zweierlei Behandlungsformen: klassische Therapie und Palliativmedizin. So können die Vorteile der einen und der anderen genutzt werden, absolut zu Gunsten einer eindeutigen klinischen Verbesserung einerseits und einer besseren Lebensqualität andererseits. Dieser doppelte Ansatz kann auch im Rahmen klinischer Forschungsmaßnahmen usw. eingesetzt werden. Dies ermöglicht dem Patienten einerseits weitere therapeutische Möglichkeiten zu nutzen, andererseits zwingt es ihn nicht, zwischen zwei verschiedenen Behandlungsformen entscheiden zu müssen. Im Lichte dieser Überlegungen müssen in den Einrichtungen des Hospitalordens, in denen schwerstkranke Patienten in der Endphase ihres Lebens gepflegt werden, im Rahmen des Möglichen, Palliativstationen errichtet werden, in denen das Leiden dieser Patienten fachkundig gelindert und ihnen zugleich eine angemessene, humane Begleitung angeboten wird.

5.2.3.5. Palliative Sedierung. Sie wird auch „pharmakologische“ oder, eher unangemessen, „Terminal“-Sedierung genannt und ist ein therapeutisches Verfahren, das in allen Situationen zur Anwendung gelangt, in denen die letzten Phasen des Lebens von starken Schmerz-, Angst- und Sorgezuständen gekennzeichnet sind und nicht anders bewältigt werden können. So wünschenswert es ist, die letzte Phase des Lebens bei vollem Bewusstsein zu erleben, so soll den Patienten, die in dieser Phase nur Schmerz und Leid empfinden, die Möglichkeit gegeben werden, diese Behandlung einvernehmlich und ohne Absichten in Richtung Euthanasie vornehmen zu können. Sollte durch diese Behandlung der zum Tode führende Prozess beschleunigt werden, so wäre dies in jedem Fall zulässig, unter der Bedingung, dass das Prinzip der sogenannten Doppelwirkung respektiert wird.

5.2.4.1. Verhältnismäßigkeit der Behandlung. Obwohl unsere Krankenhäuser grundsätzlich der Erhaltung und Förderung der Gesundheit dienen, können sie den Tod nicht wie ein ihnen fremdes Phänomen behandeln, das es zu verdrängen gilt, sondern müssen ihn als ein innig zum Leben gehörendes Element betrachten, das für die umfassende und transzendente Verwirklichung des Patienten von grundlegender

Bedeutung ist. Deswegen muss jedem Patienten, je nach seiner Glaubenszugehörigkeit oder Weltanschauung, das Recht zuerkannt beziehungsweise die Möglichkeit gegeben werden, verantwortlich den Schritt des Sterbens zu vollziehen. Dem würde ein Vorgehen, das ihm die Wahrheit verschweigt oder ihn, ohne stichhaltigen und dringenden Grund, von seiner Familie, seinen Freunden, seiner Glaubensgemeinschaft usw. isoliert, zuwiderlaufen. Denn nur so kann in den letzten und entscheidenden Momenten der menschlichen Existenz eine Humanisierung der Medizin verwirklicht werden.

Dies bedeutet natürlich auch, jeden Augenblick des eigenen Todes verantwortungs- und würdevoll zu erleben. Wenn dies einerseits nicht direkt erreicht werden kann, so sollte man andererseits nicht auf Behandlungen bestehen, die keine signifikante Verlängerung des Lebens oder Verbesserung der Lebensqualität ermöglichen, denn so würde die Agonie, durch Übertherapie, nur sinnlos hinausgezögert werden. Jeder hat das Recht in Würde und Frieden zu sterben, ohne sinnlose Qualen, und die Behandlungen zu erhalten, die wirklich angemessen sind.

Zu den unverhältnismäßigen Mitteln gehören unter anderem Maßnahmen mit geringer Aussicht auf klinische Besserung, die Verwendung von besonders kostspieligen oder seltenen Medikamenten oder Instrumenten, Maßnahmen mit einer starken psychologischen Ablehnung vonseiten des Patienten (zum Beispiel solcher, die mit schweren Verstümmelungen einhergehen usw.), extreme Betreuungsschwierigkeiten usw.

Unverhältnismäßige Behandlungsformen können im Rahmen ihrer klinischen Bedeutung regelrecht als sinnlos betrachtet werden. In diesem Fall kann ihre Ablehnung als wahre moralische Pflicht gesehen werden.

Neue Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen des Päpstlichen Rates für die Pastoral im Krankendienst

Sterben in Würde

Artikel 149

In der Terminalphase verwirklicht sich die Würde des Menschen im Recht, in größtmöglicher Geborgenheit und mit der ihm zustehenden menschlichen und christlichen Würde zu sterben.

Die Würde des Sterbens zu bewahren bedeutet, den kranken Menschen in der letzten Lebensphase zu respektieren und sowohl die Vorwegnahme des Todes (Euthanasie) als auch dessen Verlängerung durch sogenannte "Übertherapie" auszuschließen. Dieses Recht stellt sich heute dem menschlichen Bewusstsein, insofern es darum geht, ihn im Sterben vor einem Technizismus zu schützen, der missbraucht zu werden droht. Die heutige Medizin verfügt nämlich über Mittel, die den Tod künstlich hinauszögern können, ohne dass der Patient einen wirklichen Nutzen davon hat.

Artikel 150

Im Bewusstsein, dass sie weder der Herr des Lebens noch der Bezwingen des Todes sind, müssen die im Gesundheitsdienst tätigen Personen bei der Bewertung der ihnen gegebenen Mittel die geeignetsten Entscheidungen treffen. Hier kommt der bereits dargelegte - Grundsatz der *Verhältnismäßigkeit der Behandlung* zur Anwendung, der wie folgt auf den Punkt gebracht werden kann: "In der Unmittelbarkeit eines trotz der eingesetzten Mittel unvermeidlichen Todes ist es zulässig, nach dem Gewissen die Entscheidung zu treffen, auf Behandlungen zu verzichten, die nur eine prekäre und schmerzhaft Lebensverlängerung bewirken würden, ohne darüber jedoch die dem Kranken in solchen Fällen für gewöhnlich zustehende Pflege zu unterbrechen". Daher hat der Arzt keinen Grund zur Besorgnis, als hätte er eine Hilfeleistung unterlassen.

Der Verzicht auf solche Behandlungen, die nur eine prekäre und schmerzhaft Lebensverlängerung bewirken würden, kann auch bedeuten, dass die Wünsche des Sterbenden, die er in der *Patientenverfügung* zum Ausdruck gebracht hat, respektiert

werden, wobei jedoch jede Handlung mit Euthanasiecharakter ausgeschlossen sein muss.

Patienten können im Voraus ihre Wünsche über die Behandlungen äußern, denen sie unterzogen werden möchten oder nicht, wenn sie im Verlauf einer Krankheit oder aufgrund eines plötzlichen Traumas nicht mehr in der Lage sind, ihre Zustimmung oder Ablehnung zu äußern. "Entscheidungen müssen vom Patienten getroffen werden, wenn er die Kompetenz und die Fähigkeit dazu hat, oder andernfalls von Personen, die gesetzlich dazu berechtigt sind, wobei stets der begründete Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu respektieren sind."

Der Arzt ist jedoch kein bloßer Vollstrecker; er hat das Recht und die Pflicht, sich Wünschen zu verweigern, die gegen sein Gewissen verstoßen.

Katechismus der katholischen Kirche

2258 *"Das menschliche Leben ist heilig, weil es von seinem Beginn an ‚der Schöpfermacht Gottes‘ bedarf und für immer in einer besonderen Beziehung zu seinem Schöpfer bleibt, seinem einzigen Ziel. Nur Gott ist der Herr des Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende: Niemand darf sich, unter keinen Umständen, das Recht anmaßen, ein unschuldiges menschliches Wesen direkt zu zerstören."*

Euthanasie - 2276 Menschen, die versehrt oder geschwächt sind, brauchen besondere Beachtung. Kranke oder Behinderte sind zu unterstützen, damit sie ein möglichst normales Leben führen können.

2277 Die direkte Euthanasie besteht darin, dass man aus welchen Gründen und mit welchen Mitteln auch immer dem Leben behinderter, kranker oder sterbender Menschen ein Ende setzt. Sie ist sittlich unannehmbar.

Eine Handlung oder eine Unterlassung, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer, schuldet. Das Fehlurteil, dem man gutgläubig zum Opfer fallen kann, ändert die Natur dieser mörderischen Tat nicht, die stets zu verbieten und auszuschließen ist.

2278 Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Außerordentliche oder zum erhofften Ergebnis in keinem Verhältnis stehende aufwendige und gefährliche medizinische Verfahren einzustellen, kann berechtigt sein. Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können. Die Entscheidungen sind vom Patienten selbst zu treffen, falls er dazu fähig und imstande ist, andernfalls von den gesetzlich Bevollmächtigten, wobei stets der vernünftige Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu achten sind.

2279 Selbst wenn voraussichtlich der Tod unmittelbar bevorsteht, darf die Pflege, die man für gewöhnlich einem kranken Menschen schuldet, nicht abgebrochen werden. Schmerzlindernde Mittel zu verwenden, um die Leiden des Sterbenden zu erleichtern selbst auf die Gefahr hin, sein Leben abzukürzen, kann sittlich der Menschenwürde entsprechen, falls der Tod weder als Ziel noch als Mittel gewollt, sondern bloß als unvermeidbar vorausgesehen und in Kauf genommen wird.

Schreiben der Glaubenskongregation "Samaritanus bonus"

Auch die Glaubenskongregation hat sich mit dem Schreiben "Samaritanus bonus" zu Euthanasie und assistiertem Suizid geäußert und darin ihre entschiedene Verurteilung aller Formen von Euthanasie und assistiertem Suizid betont. "Aus diesen Gründen ist die Kirche der Ansicht, dass sie als endgültige Lehre bekräftigen muss, dass die Euthanasie ein Verbrechen gegen das menschliche Leben ist, weil sich der Mensch mit dieser Handlung dazu entscheidet, den Tod eines anderen, unschuldigen menschlichen Lebewesens direkt herbeizuführen (...) Euthanasie ist daher eine in sich schlechte Handlung, bei jeder Gelegenheit oder unter allen Umständen."

Dieses Dokument über das Lebensende, das die Sorgen des Papstes in diesen Fragen aufnimmt, steht im Einklang mit seinem Lehramt, in dem er ohne Unterlass die Schwachen in Schutz nimmt und sich für prekäre Lebenszustände einsetzt, die es heute in unserer Gesellschaft gibt. Die Kongregation für die Glaubenslehre bietet mit diesem Dokument eine Reihe praktischer Hinweise, die den Menschen helfen sollen, den letzten Augenblick ihres Lebens auf menschliche und christliche Weise zu erleben. Papst Franziskus erinnerte daran, dass es notwendig sei, um den Kranken

eine menschliche Plattform der Beziehungen zu schaffen, welche einerseits die medizinische Versorgung fördert und andererseits Hoffnung schenkt, vor allem in Situationen, in denen der Mensch aufgrund physischen Leidens von emotionaler Bedrängnis und geistlicher Angst begleitet werde. Die relationale - und nicht nur klinische - Annäherung an den kranken Menschen, betrachtet in der Einzigartigkeit und Integrität seiner Person, verpflichtet uns alle, niemanden in einer unheilbaren Krankheit allein zu lassen. Das menschliche Leben bewahrt, aufgrund seiner Bestimmung zur Ewigkeit, vollumfänglich seinen Wert und seine Würde in jedem Zustand, auch in dem größter Unsicherheit und Zerbrechlichkeit, und ist als solches immer größten Respekts würdig.

In dem Schreiben heißt es weiter: "Die Sorge für das Leben ist daher die erste Verantwortung, die der Arzt in der Begegnung mit dem Kranken erfährt. Sie ist nicht auf die Fähigkeit, die Kranken zu heilen, reduziert, da ihr anthropologischer und moralischer Horizont breiter ist: Selbst wenn Heilung unmöglich oder unwahrscheinlich ist, ist die medizinisch-pflegerische Begleitung (Sorge um die wesentlichen physiologischen Funktionen des Körpers) sowie die psychologische und spirituelle Begleitung eine unausweichliche Pflicht, da das Gegenteil ein unmenschliches Verlassen des Kranken darstellen würde." (...) "Daher kommt die moralische Verantwortung, die mit dem Bewusstsein jeder Person, welche sich um den Patienten kümmert (Arzt, Krankenpfleger, Familienmitglied, Freiwilliger, geistlicher Hirte), verbunden ist, mit einem grundlegenden und unveräußerlichen Gut konfrontiert zu werden - der menschlichen Person -, einem Gut, das die Unfähigkeit erfordert, die Grenze zu überschreiten, innerhalb deren sich selbst und dem anderen Respekt entgegengebracht wird. Es ist die Annahme, der Schutz und die Förderung des menschlichen Lebens bis zum natürlichen Todeseintritt."

Die heute vorherrschende Kultur des Todes muss besiegt werden, denn: "Einige Faktoren schränken heutzutage die Fähigkeit ein, den tiefgreifenden und inneren Wert jedes menschlichen Lebens zu erfassen. Der erste ist der Hinweis auf eine zweideutige Verwendung des Konzepts des „würdigen Todes“ im Zusammenhang mit dem der „Lebensqualität“. Hier taucht eine utilitaristische anthropologische Perspektive auf. (...) Aufgrund dieses Prinzips wird das Leben nur dann als würdig angesehen, wenn es nach Einschätzung des Subjekts selbst oder Dritter ein

akzeptables Qualitätsniveau in Bezug auf das Vorhandensein beziehungsweise Fehlen bestimmter psychischer oder physischer Funktionen aufweist oder es wird häufig sogar mit der bloßen Anwesenheit einer psychischen Belastung identifiziert. Nach diesem Ansatz verdient das Leben nicht, fortgesetzt zu werden, wenn die Lebensqualität als niedrig erscheint. Somit wird jedoch nicht mehr anerkannt, dass menschliches Leben einen Wert an sich hat."

Praktische Vorschläge

Für den Orden des heiligen Johannes von Gott ist der Dienst am Kranken nicht bloß eine Tätigkeit, mit der er im öffentlichen Gesundheitsdienst mitarbeitet und ihn ergänzt, sondern die praktische Umsetzung des Gebots Jesu: "Heilt die Kranken" (*Mt* 10,7), das ihn verpflichtet, sein „Dasein“ für und mit den Kranken als unverkennbaren Ausdruck der Liebe Gottes zu den Menschen zu verwirklichen.

Bei seinen praktischen Entscheidungen muss sich der Orden heute, ausgehend vom Leitwert der Hospitalität, den Herausforderungen stellen, die von außen an ihn herangetragen werden. Er muss in einer Dimension des Verständnisses und des Respekts Pflegemuster und Pflegeprojekte entwickeln, in denen sich der Mensch in seiner Ganzheit auf- und angenommen fühlt. Mit der Intelligenz der Hospitalität können konkrete Modelle entstehen, bei denen die Werte des Ordens zum Bezugspunkt und zur Grundlage werden, um eine Brücke zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu schlagen. Die Bioethik kann in diesem Sinn eine Hilfe bei der Entwicklung von Lösungen sein, denn ihr Wesen ist der auf Reflexion ausgerichtete Dialog in einem fruchtbaren interdisziplinären Rahmen.

Das gesellschaftliche Unbehagen des heutigen Menschen kann uns nicht gleichgültig sein. Deshalb müssen wir, angesichts von Tendenzen, die den Menschen aus einer reinen Nützlichkeitsperspektive und nicht mehr aus der Perspektive der Heiligkeit des Lebens betrachten, Projekte bieten, in denen die Werte des Ordens zeichenhaft aufleuchten, indem sie den Reichtum des Charismas der Hospitalität mit der Komplexität der Wirklichkeit fruchtbar zu verbinden wissen.

Palliativmedizinische Ausbildung als Antwort

Es besteht kein Zweifel, dass das System der Palliativversorgung in allen Ländern weiter ausgebaut werden muss. Dies deswegen, weil hinter dem Vorstoß in Richtung Euthanasie und assistiertem Suizid heute auch eine stark ökonomisch geprägte Weltanschauung steht. Sicher ist, dass es keine Wahlfreiheit für den Kranken gibt, wenn die einzige Möglichkeit, die ihm zur Bekämpfung von Schmerzen und Leiden angeboten wird, darin besteht, seinem Leben ein Ende zu setzen. Die Rechte des Kranken werden nur dann respektiert, wenn es auch die Möglichkeit gibt, Wege der Pflege wie die Palliativmedizin in Anspruch zu nehmen. Dies wird umso deutlicher, wenn man bedenkt, dass das Phänomen Tod auf Verlangen, also Euthanasie, in palliativmedizinischen Einrichtungen und Diensten nahezu gleich Null ist. Zumindest bis jetzt und solange der Mentalitätswandel, den wir gerade erleben, nicht gänzlich vollzogen ist.

Es wird nicht genug in die Palliativversorgung investiert, obwohl es notwendig wäre, die Maßnahmen zu verstärken, die allen den Zugang dazu garantieren, denn die radikalen Veränderungen in der modernen medizinischen Praxis erfordern heute schnelle praktische Antworten. Andernfalls droht die - nunmehr auch von der öffentlichen Hand - viel beschworene Humanisierung der Medizin eine Abstraktion zu bleiben.

Ein effizientes System der Palliativversorgung ist der erste Schritt, um der subjektiven Dimension des Leidens im Krankheitsfall eine Stimme zu geben und die Pflege nicht nur zu einer ethischen Pflicht, sondern zu einem Beispiel guter klinischer Praxis auf der Höhe der Zeit zu machen, die sich um Patienten kümmert, die, wenn sie keine Aussicht mehr auf Heilung haben, dennoch Pflege brauchen, die Familien unterstützt und Gesundheitsfachkräfte schult.

Wir können den Ruf nach einem vermeintlichen Recht auf den Tod, der heute von vielen Seiten laut wird, natürlich nicht unterstützen, wir können uns aber auch nicht einfach damit begnügen, ihn als verwerflich abzulehnen. Vielmehr haben wir die Pflicht, ernsthaft über die Notwendigkeit nachzudenken, ein ethisches Umfeld zu schaffen, in dem es eine wahre Akzeptanz des leidenden Menschen und des Sorgetragens für ihn gibt. Die strategischen und operativen Instrumente, die dazu

notwendig sind, müssen von allen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, Management miteingeschlossen, gesucht und geteilt werden, damit Ökonomie und Ethik im Dienste der Klinik zusammenwirken.

Die Gesundheitsberufe haben die Aufgabe, sich dem kranken Menschen in einer Perspektive der Humanisierung zu widmen, damit er bis zum Tod mit voller Würde leben kann. Das ist die Voraussetzung, von der man an Palliativpflege denken muss, und von der man ausgehen muss, um den Horizont zu definieren, in dem man sich den Schwierigkeiten der letzten Momente des menschlichen Lebens stellen will. Kurz gesagt: Es geht darum, echte Antworten geben. Nur so, indem wir ein komplexes Phänomen wie das Leiden nicht banalisieren, können wir den Menschen auf dem Weg der Krankheit mit Respekt vor dem Leben begleiten, das auch in den schmerzhaftesten Situationen seine Heiligkeit und Unantastbarkeit bewahrt.

Die Wiederentdeckung der Beziehung

Die Risiken, die mit einem gesellschaftlichen Mentalitätswandel, wie wir ihn gerade erleben, einhergehen, können weitreichende Folgen für das praktische Handeln haben und eine Reihe von Schwierigkeiten verursachen, wenn die Aspekte der Information und der Arzt-Patienten-Beziehung nicht adäquat berücksichtigt werden.

Die Überwindung des hippokratischen Modells hat zur Profilierung eines modernen selbstbewussten Patienten geführt, der bezüglich seiner Gesundheit aktiv mitentscheidet. Information im Sinne von Aufklärung ist ein Recht, das es dem Patienten erlaubt, seine Zustimmung zu therapeutischen Maßnahmen durch seine ausdrückliche Einwilligung zu geben. Das ist gut und richtig, solange die richtige Balance zwischen der Dimension der professionellen, nach bestem Wissen und Gewissen getroffenen Entscheidung des Arztes und der bewussten Zustimmung des Patienten gewahrt bleibt. Wir müssen hier sehr vorsichtig sein, um zu vermeiden, dass eine abstrakte konzeptionelle Behauptung der Selbstbestimmung die Fragilität der betreuten Person außer Acht lässt, die nur in einer zwischenmenschlichen Pflegebeziehung wahr- und aufgenommen werden kann.

Eine sachgerechte Einschätzung der Beziehung ist außerdem die einzige Perspektive, um jene Aspekte zu überwinden, von denen die Rolle des Arztes

disqualifiziert zu werden droht, indem sie ihm die Autonomie einer mit dem Patienten durch dessen Einwilligung geteilten und nach bestem Wissen und Gewissen getroffenen Entscheidung nehmen. Damit wird eine Verfälschung der Pflegebeziehung begünstigt. Die Pflegebeziehung droht nämlich so, zu einem notariellen Prozess der Willensermittlung zu werden, indem sie gänzlich einer rechtlichen Entscheidung des Patienten im Sinne des Selbstbestimmungsprinzips untergeordnet wird, das, anstatt die Dimension der Freiheit zu fördern, sich auf eine utilitaristische Vision des Lebens zu beschränken scheint und damit die Pflegebeziehung in eine vertragliche Dimension taucht, die darüber hinwegtäuscht, dass die Entscheidungsfähigkeit mit komplexen, nicht nur kognitiven Variablen verbunden ist.

Menschen haben ein tiefes Bedürfnis nach Dialog. Wahrheit, Kultur, Logik und Fakten überleben und werden weitergegeben, weil dieses Bedürfnis Änderungen in Einstellungen und Verhaltensweisen sowohl persönlich als auch kollektiv fördert.

Deswegen ist es dringend notwendig, sowohl die Grundausbildung als auch die Fortbildung bei Ärzten und anderen Gesundheitsberufen verstärkt auf die Beziehung und die Kommunikation in erster Linie mit dem Patienten, aber auch mit den Familienangehörigen und eventuellen Vertrauenspersonen, auszurichten und dabei die große Bedeutung des Betreuungs- und Vertrauensverhältnisses mit konkreten, auch organisatorischen Maßnahmen zu betonen.

Die Beziehung zu einem Bildungsinhalt zu machen und erleben zu lassen, bedeutet, die konkrete Möglichkeit zu haben, sich auf den anderen einzustellen und auf ihn einzugehen: also Kontakt zu erleben. Was man heute jedoch im Alltag von Gesundheitseinrichtungen erlebt, ist ein klarer Mangel an Kommunikation. Ja, oft bildet dieses Defizit sogar die Grundstruktur der Pflegebeziehung, während es notwendig wäre, dass der Ansatz, vor allen anderen Dingen die Krankheit in den Blick zu nehmen, durch die Wiederentdeckung eines auf die Person gerichteten Ansatzes ersetzt wird.

Wir müssen uns dafür einsetzen, dass die *Einwilligung* in einem weiteren Sinne definiert wird als dem, der jetzt in den verschiedenen Gesetzestexten in reduzierender Weise beschrieben wird. Dazu gehört eine umfassende und effektive Aufklärung über die jeweilige Komplexität und die sich daraus ergebenden

Möglichkeiten. Dazu gehört aber auch, dass sie nicht a priori definiert werden darf, sondern nur dank des Arztes adäquat gebildet werden kann, der nicht einfach ein Techniker ist, dessen Aufgabe es ist, die Wünsche des Patienten zu erfüllen, sondern jemand, der kraft seiner Kompetenz Entscheidungen trifft und diese dann dem Patienten zu verstehen und zu befolgen hilft. Der Patient muss das Ziel der therapeutischen Aktivität sein und wird die letzte Entscheidung treffen, aber auf der Grundlage von Wahlmöglichkeiten, die ihm klar dargelegt werden, und mit der Hilfe der Personen, die sie dann mit ihm und an ihm ausführen.

Wenn man einmal erkannt hat, dass die Aufklärung auch die realen Auswirkungen der Krankheit auf die Lebensqualität des Patienten und seiner Familie sowie die realen Behandlungsmöglichkeiten beinhalten muss, ist es offensichtlich, dass die Quelle der Information nicht nur der Arzt sein kann, obwohl er für die Einholung der Einverständniserklärung verantwortlich bleibt, sondern auch andere Akteure, die für die Lebensqualität des Betroffenen verantwortlich sind, wie Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter und klinische Ethikberater. Nur eine Information in diesem Umfang kann die Betroffenen in die Lage versetzen, eine bewusste Zustimmung - oder Ablehnung oder Widerruf - zu äußern.

Auf diese Weise kann die Patientenverfügung auch ihre relationale Dimension zurückgewinnen, indem sie sich von der reduktiven Rolle einer zeitlich losgelösten Übermittlung steriler Willensbekundungen löst, um zu einem Vehikel zu werden, das dem Patienten dient, auch dann in einer Pflegebeziehung zu bleiben, wenn er nicht mehr in der Lage ist, selbständig Entscheidungen zu treffen.

Die Chance der ethischen Beratung

Die Bioethik hat sich aufgrund der wachsenden Komplexität der Medizin entwickelt. Sie ist da, um in der modernen Welt einerseits neue Verantwortungen gegenüber einer für den Schutz der Autonomie immer sensibler werdenden Gesellschaft zu übernehmen und andererseits auf immer neue Fragen zu Themen des Lebens eine Antwort zu suchen. "Die ethische Instanz, die untrennbar mit der medizinischen Praxis verbunden ist, stellt sich in all ihrer Problematik gerade zum Zeitpunkt der klinischen Entscheidung, das heißt, wenn es darum geht, eine durch und durch menschliche Handlung vorzunehmen, die, obwohl sie Ausdruck des freien Willens

ist, eine sorgfältige Prüfung all jener kognitiven Elemente erfordert, aufgrund derer die vorzunehmende Handlung gerechtfertigt werden kann".

Gerade weil es nicht einfach ist, in jeder einzelnen Situation alle in Betracht kommenden Werte im Blick zu haben, weil sie gleichzeitig die Professionalität und das Gewissen des Arztes und die unwiederholbare Einzigartigkeit des betroffenen Menschen betreffen, ist es notwendig, dass die Werte interpretiert werden, indem sie in den Kontext der Umgebung und der individuellen Umstände gestellt werden. Dabei muss man sich bewusst sein, dass alle Aspekte des eigenen Handelns, von den verfahrenstechnischen bis hin zu den spezifisch menschlichen, eine sorgfältige Bewertung erfordern.

Dieses Ziel kann unter anderem durch den Rückgriff auf eine *ethische Beratung* erreicht werden, die mit Hilfe einer genau definierten Arbeitsmethodik die Aufgabe hat, die grundlegenden Elemente zu sammeln, die es zu bedenken und erwägen gilt, sei es klinisch, ethisch oder in Bezug auf die Verantwortung, um zur bestmöglichen Entscheidung beizutragen und gebührende Aufmerksamkeit auf die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu lenken. Die Rolle dieser Beratung ist es, Bezugspunkt und Orientierung sowohl für den Patienten als auch für die medizinische Fachkraft zu sein und letzterem zu helfen, gemeinsam mit dem Patienten den Entscheidungsprozess in Bezug auf seine Krankheitssituation durchzuführen.

Diese Beratung, die von einem qualifizierten Berater für klinische Bioethik oder noch besser in Synergie von einem Ethikrat durchgeführt werden kann, um in einem größtmöglichen interdisziplinären Rahmen zu arbeiten, muss darauf abzielen, kritische Wege vom ethischen Standpunkt aus miteinander zu gehen, um zwischen den Gesundheitsberufen und den Patienten eine gemeinsame moralische Sprache auch durch die Unterstützung bei der Planung der Behandlung zu etablieren. Ziel ist es, das Recht auf Autonomie derjenigen zu schützen, die zum Schutz ihrer Gesundheit auf die Intervention der Medizin angewiesen sind, und gleichzeitig die berufliche Integrität derjenigen zu sichern, die im Dienst des Lebens arbeiten, und zwar mit Hilfe von Bezugspunkten, die aus "anderen" Bereichen kommen als die eigenen engen, unverzichtbaren, technischen und fachlichen Fähigkeiten.

Die Bedeutung von Aus- und Fortbildung

Neben der Grundausbildung des Gesundheitspersonals, die sich möglichst ausführlich mit diesen Themen befassen sollte, ist es unerlässlich, eine Fort- und Weiterbildung vorzusehen, die die Betroffenen mit der richtigen Pädagogik an die Komplexität der Frage heranführen, dass Abhängigkeit und gegenseitige Abhängigkeit ein integraler Bestandteil der menschlichen Natur sind.

Partizipation (Empathie, aktives Zuhören, Katharsis), Erfahrung, Überwindung von Bevormundung, Multidisziplinarität, ganzheitliche Sicht der menschlichen Existenz, Authentizität, Kritik am Reduktionismus usw. sind der Kanon einer neuen Medizin des Wortes und sollten in gewisser Weise die Leitlinien eines lebenslangen Lernens für die Gesundheitsberufe sein.

Die Ausbildung muss also darauf abzielen, neben den wissenschaftlichen Aspekten aller Details zum korrekten medizinischen Umgang mit dem Lebensende auch folgende Punkte zu klären:

- a) Die Rolle der Ärzteschaft: wer und wie bildet die Ärzte in einer neuen Pflegebeziehung aus, um zu vermeiden, dass eine vordefinierte gesellschaftliche Kultur die Mentalität der neuen Generationen bestimmt?
- b) Die Überwindung der Extreme, die es heute in Bezug auf die Autonomie der in die Pflegebeziehung involvierten Subjekte gibt (man denke hier auch an die sogenannte Defensivmedizin), um eine Beziehung der "Fürsorge im Zeichen des Vertrauens" wiederherzustellen und organisatorische Maßnahmen zu unterstützen, welche eine Beziehung im Sinne der therapeutischen Allianz fördert und das Problem der Übertherapie richtig angeht.
- c) Die Rolle, welche den Personen dabei zukommt, nicht nur ihren Tod, sondern auch ihren Zustand ontologischer Anhängigkeit neu zu überdenken, um sie in angemessener Weise zu einer Theorie der Komplexität zu erziehen, in dem Bewusstsein, dass Autonomie und Abhängigkeit eng miteinander verbunden sind und das menschliche und relationale Gesicht von Würde und Freiheit offenbaren.
- d) Die Rolle der Gesundheitsorganisation bei der tatsächlichen Vorausberechnung der Behandlungszeit, die als Kostenfaktor in das Budget aufgenommen werden muss, weil sie ansonsten nur ein theoretisches Konzept bleibt.

(e) Die Rolle der ethischen Beratung und der Ethikkommissionen bei der Unterstützung und Begründung von Entscheidungen.

f) Die Rolle der Strukturen, um unterstützend bei besonders fragilen Patienten einzugreifen, z.B. mit einer Arbeit im Zeichen der Versorgungskontinuität oder mit korrektem und frühem Zugang zur Palliativversorgung im Sinne einer koordinierten Betreuung (*simultaneous care*).

Richtig kommunizieren lernen

Der spanische Journalist Fernando Onega äußerte sich am Ende des ersten internationalen Kongresses des Ordens zum Thema Bioethik, der 2017 in Madrid stattfand, dankbar darüber, dass er in einem Crescendo von Einsichten verstanden hatte, dass für den Hospitalorden des heiligen Johannes von Gott Bioethik ein Weg ist, um zum Aufbau einer humaneren und gerechteren Gesellschaft beizutragen. Die Barmherzigen Brüder, so Onega, arbeiten mit den Menschen und für die Menschen, damit der Mensch im Mittelpunkt bleibt und gegen Feindseligkeit, gegen Egoismus und auch gegen den Relativismus der Ethik in Schutz genommen wird. Damit sei der Orden eine Institution, die wahrscheinlich einzigartig in der Welt ist mit seinen Zeugnissen und Beispielen.

Onega, begeistert, so viel Kraft gegen Ausgrenzung und jede Art von „Sensationsethik“, gegen soziale Exklusion und gegen neue von wirtschaftlichen, aber auch kulturellen Faktoren verursachte Armutformen gespürt zu haben, und glücklich, so viel Reichtum verstreut in den fünf Kontinenten entdeckt zu haben, warf dem Orden nur eines vor: nicht zu wissen, wie man diesen Reichtum möglichst vielen Menschen kommuniziert.

Wir sollten diesen von einer anerkannten Autorität gegebenen Impuls aufgreifen und die Herausforderung annehmen, zu einem "Brennpunkt und Forum der Ethik" zu werden, und nicht nur Betreiber von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen zu sein, sondern auch Förderer einer Gesellschaft, die hellhörig für den Menschen und seine Würde ist, ihn vor Leiden schützt, die soziale Integration der am meisten Benachteiligten fördert und um eine bestmögliche Lebensqualität bemüht ist, kurz, die, wie Pater General auf dem Kongress warnte, nicht zu einer Gesellschaft ohne

Seele wird. Der barmherzige Samariter ist die größte Revolution: Er baut an einer Welt, in deren Mittelpunkt Hospitalität, Gastfreundschaft steht und gibt so dem Wort Würde seinen vollen Sinn, indem er sich dafür einsetzt, dass der Mensch an sich würdig ist.

Wir müssen lernen, Zeugen zu sein, nicht nur in unseren Werken, sondern auch in der Vermittlung von Werten und Wissen durch einen Dialog, der uns als kirchliche Kraft mit ihren unveräußerlichen Bezugsprinzipien inmitten der Gesellschaft sieht und sich der Wissenschaftsgemeinschaft stellt. In diesem ständigen Dialog wollen wir, ohne den wissenschaftlichen Fortschritt abzulehnen, aber auch ohne uns ihm passiv zu unterwerfen, das vom heiligen Johannes von Gott begonnene Werk in zeitgemäßer Form fortführen.

Schlussfolgerungen

Die große anthropologische und kulturelle, ethische und wirtschaftliche, soziale und persönliche Herausforderung, vor die uns die Fragen des Lebensendes stellen, verlangt, dass wir unser Denken über das Leben im Licht seiner möglichen Grenzen neu akzentuieren und eine Ethik der Fürsorge und der gegenseitigen Verantwortung in den Blick nehmen.

Das Szenario, in dem wir uns bewegen, verlangt, dass wir die Herausforderung, vor die uns die Komplexität der modernen Gesellschaft stellt, annehmen und dabei die Fähigkeit haben, Entscheidungen im Zeichen einer "qualifizierten" transkulturellen Vermittlungsarbeit innerhalb unserer "pluralistischen" Gesellschaft zu treffen. Der beste Weg, dem zu begegnen, ist die Bemühung, einen praktischen Plan für die menschnahe Pflege von Patienten umzusetzen, dessen Ziel es ist, Anfragen und Wünsche zu vermeiden, die moralische Konflikte in unseren Zentren auslösen könnten.

Es ist wichtig, die Beziehung, die Zeit für Familienangehörige und die Zeit für zwischenmenschliche Kommunikation als Betreuungszeit zu *sehen und zu schätzen*. Aber es ist ebenso wichtig, sich in Beziehungen zu *schulen* und zu lernen, unsere werteorientierten Entscheidungen *richtig zu kommunizieren*.

Angesichts des gesellschaftlichen Drucks, den freiwilligen Abbruch des Lebens als ein einklagbares Recht anzuerkennen, ist es notwendig, dafür zu kämpfen, die positiven Aspekte hervorzuheben und zu nutzen, die sich aus einer guten klinischen Praxis ergeben können, die sich ethisch an der Achtung vor dem Leben orientiert, indem sie einerseits dem Arzt die Möglichkeit garantiert, die Durchführung einer Behandlung abzulehnen, welche die menschliche Existenz nicht respektiert, und andererseits dem Patienten eine angemessene Begleitung am Ende seines Lebens ermöglicht. In diesen Aspekt könnte in der Ausbildung viel investiert werden. Dabei ist immer von der Voraussetzung auszugehen, dass die Entscheidungsautonomie des Patienten und die Verantwortung des Arztes auf derselben Ebene liegen, auch wenn sie sich auf unterschiedliche Weise und nach unterschiedlichen Kriterien entwickeln. Nur in einem abstrakten Universum steht auf einer Seite der Patient, der entscheidet, und auf der anderen der Arzt, der seine Wünsche erfüllt. Das, was gerade um uns herum geschieht, sagt uns etwas ganz anderes und konfrontiert uns oft mit Fragen, die das Ergebnis eines Alleingelassenwerdens sind, das immer mehr durch unsere fortschrittsgläubige Gesellschaft erzeugt wird. Die Realität ist auch mit einem Leiden verbunden, das von der Frage nach dem Sinn des Lebens herrührt. Auch demgegenüber gibt es eine ärztliche Verantwortung im Sinne einer Antwort, die nach bestem Wissen und Gewissen gegeben werden muss. Vor diesem Hintergrund müssen wir auf gesellschaftlicher Ebene, jenseits gesetzgeberischer Maßnahmen, mit starken organisatorischen Entscheidungen agieren, um die ärztliche Verantwortung nicht auf einen bürokratischen, vertragsmäßigen, rationalistischen und effizienzorientierten Akt zu reduzieren. Nur so können wir der drohenden Entwicklung entgegentreten, dass das Recht, im Angesicht des Todes nicht allein gelassen zu werden, durch ein von außen beeinflusstes Selbstbestimmungsrecht ersetzt wird.

Auf dem Spiel stehen die Gegenwart und die Zukunft unseres unwiederholbaren und einzigartigen menschlichen Lebens und die der menschlichen Solidarität.