

# **Was schuldet die moderne Medizin dem Menschen?**

Vortragsveranstaltung  
vom 12. Juni 2012

mit Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber  
Bischof i. R. der Ev. Kirche Berlin – Brandenburg –  
schlesische Oberlausitz

Begrüßung durch Herrn Dr. Christoph von Ascheraden  
Präsident der Bezirksärztekammer Südbaden



Prof. Dr. Dr. h. c.  
Wolfgang Huber



Dr. Christoph von  
Ascheraden



## **Begrüßung durch den Präsidenten der Bezirksärztekammer Südbaden, Herrn Dr. Christoph von Ascheraden**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
meine sehr verehrten Damen und Herren,

zu unserer heutigen Veranstaltung möchte ich Sie recht herzlich begrüßen. Mein besonderer Willkommensgruß gilt Herrn Prof. Wolfgang Huber, der aus Berlin angereist ist, um mit uns am heutigen Abend über ethische Grundlagen ärztlichen Handelns nachzudenken. Ich habe mein Amt vor anderthalb Jahren unter dem Motto angetreten: Die Kammer ist für die Ärzte da und nicht umgekehrt. In diesem Zusammenhang sehe ich auch unsere öffentlichen Veranstaltungen, mit denen wir grundsätzliche medizinische, soziale, politische und auch ethische Fragen behandeln wollen. Nun also heute das Thema „Was schuldet die moderne Medizin dem Menschen?“.

Drei Fragen hat uns der kleingewachsene, große Philosoph aus Königsberg hinterlassen: Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen?

Mit der mittleren Frage des Immanuel Kant wollen wir uns heute beschäftigen, die er in seinem umfangreichen Werk immer wieder formuliert, präzisiert und komprimiert hat. Das Ergebnis ist der kategorische Imperativ, der ethische Grundsätze für das menschliche Han-

deln schlechthin formuliert. Im ärztlichen Bereich sind diese Fragen schon vor 2400 Jahren von Hippokrates aufgeworfen worden. Der Kollege Hippokrates betrieb auf der Insel Kos eine – wir würden heute sagen – Verbundweiterbildung und hat im Gespräch mit seinen Schülern und Kollegen erstmalig schriftlich fixiert einen Katalog formuliert, der die wesentlichen und grundlegenden ethischen Anforderungen an ärztliches Tun zusammenfaßt: Den hippokratischen Eid. Drei Dinge scheinen mir erwähnenswert aus diesem Eid:

Erstens ruft er als ersten Gott und Zeugen nicht unseren Standesgott Asklepios an, sondern Apollon. Dieser olympische Gott steht für Licht, Heilung, Frühling, aber auch für sittliche Reinheit und Mäßigung. Die kürzeste Formel für ein maßvolles Leben steht im Apollontempel in Delphi: μηδὲν ἄγαν (Nichts im Übermaß). Diese grundsätzliche philosophische Erkenntnis bezieht sich natürlich nicht alleine auf die Ausübung des Arztberufs, ist aber heute bei den scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten der modernen Medizin als Richtschnur des Handelns genauso wichtig wie vor 2400 Jahren.

Der zweite Punkt des hippokratischen Eides, auf den ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte, bezieht sich auf die antike Tätigkeit des Hausarztes: Er solle sich aller ungebührlichen Handlungen, insbesondere sexueller Übergriffe bei seinem Krankenbesuch, enthalten, sei es gegenüber Mann oder Frau, Freien oder Sklaven. Die Erwähnung der Sklaven als Rechtssubjekte ist im Altertum eigentlich nirgendwo zu finden, um so überraschender ist die Erwähnung im hippokratischen Eid. Schon damals wurde die Forderung gestellt, alle

Patienten ohne Ansehen von Person, Geschlecht, politischer Überzeugung oder sonstigen Unterscheidungsmerkmalen in gleicher Weise zu behandeln.

Das Dritte ist das absolute Tötungsverbot, das dem Arzt das grundsätzliche Eintreten für das Leben auferlegt. Damit erweist sich Hippokrates als weitsichtiger Ethiker.

Über die Jahrhunderte galt der Eid des Hippokrates als „Grundgesetz der Ärzte“. Er konnte jedoch nicht verhindern, daß auch gegen Grundsätze ärztlicher Ethik immer wieder verstoßen wurde. Die schlimmsten Verbrechen wurden von deutschen Ärzten in der Zeit des Nationalsozialismus begangen. Deshalb sah sich der Weltärztebund 1948 aufgerufen, in der Genfer Deklaration die ethischen Grundsätze neu zu fassen, wenn auch in erkennbarer Anlehnung an Hippokrates. Daraus ist das Genfer Gelöbnis entstanden, das auch heute die Grundlage der Berufsordnung der Ärztekammern in Deutschland bildet und worauf die jungen Kolleginnen und Kollegen, die die Approbation erlangen, verpflichtet werden.

Ethische Entscheidungen im ärztlichen Handeln gibt es täglich. Es sind nicht nur die großen Themen, die einem breiten gesellschaftlichen Diskurs unterliegen: Die Präimplantationsdiagnostik, Schwangerschaftsunterbrechung, die ärztliche Begleitung Sterbender und die Fragen des assistierten Suizids. Jeder Arzt, jede Ärztin fällt ständig ethische Entscheidungen: Welche Therapie ist unter den gegebenen Umständen für den Patienten die Beste, wie kann ich die Patienten-

autonomie wahren und zusammen mit dem Patienten eine angemessene Entscheidung für oder gegen eine Therapie erreichen. Darüber hinaus sind wir alle dem Sozialrecht verpflichtet, das uns vorschreibt, den Gedanken der Wirtschaftlichkeit bei unserem Handeln nicht außer acht zu lassen. Dieser Bereich bewegt sich weit weg von Immanuel Kant, hin zum ökonomisch/ethischen Ansatz des Utilitarismus, der von Jeremy Bentham und John Stuart Mill in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelt wurde. Dabei bedeutet Utilitarismus nicht – wie oft mißverstanden – daß jeder nur seinen eigenen Vorteil im Sinn habe. Auf die Formel gebracht bedeutet er: Mit den gegebenen Mitteln für möglichst viele Menschen das Beste zu erreichen. Ein edles Ziel, das jedoch auf den gesellschaftlichen Nutzen abzielt und nicht auf das Wohl des Individuums. Eine praktische Ethik für ärztliches Handeln wird beide Aspekte einbeziehen müssen. Und so sind diese beiden Prinzipien, nämlich die kantsche Tugendethik und der Utilitarismus, wenn man so will, gesetzlich in zwei Traditionen lebendig: Das Berufsrecht beschreibt die Pflichten des einzelnen Arztes gegenüber dem individuellen Patienten, während das Sozialgesetzbuch V sich den Fragen der gerechten Verteilung von Gesundheitsgütern bei endlichen Ressourcen widmet.

Nun möchte ich aber unseren heutigen Referenten kurz vorstellen: Wolfgang Huber wurde 1942 in Strasbourg geboren, damals Sitz einer „Reichsuniversität“. Seine Eltern siedelten am Ende des Krieges nach Falkau im Schwarzwald und nach Freiburg um, wo er Volksschule und Gymnasium besuchte. Dem Studium in Heidelberg, Göttingen und Tübingen folgten Promotion und Habilitation zu sozialetischen

Grundproblemen. Nach der Wende wurde er zum Bischof von Berlin, Brandenburg und der Schlesischen Oberlausitz gewählt, später auch zum Ratsvorsitzenden der evangelischen Kirche in Deutschland. Wolfgang Huber ist Mitglied im Deutschen Ethikrat und hat sich seit vielen Jahren mit ethischen Grundfragen, auch im medizinischen Bereich, beschäftigt. Herr Professor Huber, wir freuen uns auf Ihren Vortrag.





Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber  
Bischof i. R. der Ev. Kirche Berlin – Brandenburg –  
schlesische Oberlausitz

## **Was schuldet die moderne Medizin dem Menschen?**

Vortrag auf Einladung der Bezirksärztekammer Südbaden  
am 12. Juni 2012 in Freiburg / Breisgau

### **I.**

Schuldet die moderne Medizin dem Menschen etwas anderes als das, was die Medizin ihm immer geschuldet hat?

Vor zweieinhalb Jahrtausenden, im fünften vorchristlichen Jahrhundert verpflichtete der griechische Arzt Hippokrates die Ärzte bereits darauf, das Wohl der Leidenden ins Zentrum zu rücken und die eigenen Interessen dahinter zurücktreten zu lassen. Das lateinische Wort „Patient“, das sich in der ärztlichen Sprache durchgesetzt hat, bedeutet nichts anderes als „der Leidende“. Im Einflussbereich des Christentums brach sich, dem Beispiel des barmherzigen Samariters folgend, der Grundsatz Bahn, dem Kranken Gastrecht zu gewähren, für ihn zu sorgen wie für einen Gast (*hospes*). Neben die Hospize traten die Hospitäler, Orte, an denen Kranke Aufnahme und Beistand fanden.

Im Jahr 1948 bekräftigte die „Genfer Erklärung“, der Hippokratische Eid der Moderne, dass die Gesundheit des Patienten das erste An-

liegen des Arztes sei. Die heutige Fassung fügt hinzu, dass jeder, unabhängig von Alter, Krankheit oder Behinderung, von Bekenntnis, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Nationalität, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung oder sozialem Status gleiche Achtung verdient, so dass solche Unterschiede nicht zwischen die ärztliche Pflicht und den Patienten treten dürfen. Das ärztliche Ethos orientiert sich damit nicht nur an der Hilfsbedürftigkeit des Patienten, sondern auch an dem Gleichheitsgedanken der Menschenrechte. Die Orientierung am Wohl des Hilfsbedürftigen verbindet sich mit der Verpflichtung auf Gerechtigkeit, die nicht nur das Gesundheitssystem als Ganzes, sondern auch der einzelne Arzt zu achten hat.

Und heute? Gibt es neue Herausforderungen in der Medizin, die auch neue ethische Überlegungen nötig machen? Schuldet die moderne Medizin dem Menschen etwas anderes, als ihm die „alte“ Medizin geschuldet hat? Gleich zu Beginn will ich in dieser Hinsicht auf zwei revolutionierende Vorgänge aufmerksam machen, von denen der eine medizinische, der andere dagegen kulturelle und politische Ursachen hat.

In der Medizin selbst ist eine tief greifende Veränderung begründet, die ärztliches Handeln heute prägt. An heutigen Maßstäben gemessen, musste die alte Medizin vielen Dingen ihren Lauf lassen. Geburt und Tod, Kindbettfieber und Epidemien, Organversagen und Infektionen – das meiste an diesen Vorgängen war dem ärztlichen Handeln entzogen. In einer stürmischen, Staunen erregenden Weise ist das anders geworden: Die Verbesserung der hygienischen Verhält-

nisse, Impfstoffe und Antibiotika, Organtransplantation und Intensivmedizin, In-Vitro-Fertilisation und Palliativmedizin – vom Anfang bis zum Ende des menschlichen Lebens erstreckt sich ein tiefgreifend verändertes ärztliches Handlungskonzept, das auch die Frage aufwirft: Schuldet der Arzt dem Menschen alles, was er medizinisch kann?

Eine zweite Veränderung hat ihre Ursachen in der kulturellen und politischen Entwicklung. Mit dem Gedanken unantastbarer Menschenrechte setzt sich in der Moderne auch der Grundsatz individueller Selbstbestimmung durch. Er hat einschneidende Folgen für das ärztliche Handeln. Während dieses sich bisher am Gedanken der Fürsorge für den Patienten orientierte, ist es nun von der freien Selbstbestimmung des Patienten abhängig. Das nach ärztlicher Einsicht Notwendige und das vom Patienten in einem „informierten Konsens“ Akzeptierte müssen zusammen gebracht werden. An die Stelle einer paternalistischen Verfügung des Arztes über den Patienten tritt ein partnerschaftliches Gegenüber von Arzt und Patient – auch von Pflegekräften und Angehörigen –, in dem beide Seiten Verantwortung tragen. Die Gesundheitsverantwortung des Patienten gewinnt ebenso an Bedeutung wie die Informationspflicht des Arztes. Gesundheitskommunikation wird zu einem wichtigen Thema – in einer kulturell pluralen Gesellschaft erst recht.

Die revolutionäre Veränderung ärztlicher Handlungsmöglichkeiten und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sind – so fasse ich diese einleitende Überlegung zusammen – die entscheidenden

Gründe dafür, dass die moderne Medizin dem Menschen etwas anderes schuldet als die „alte“ Medizin. Doch was schuldet sie ihm?

## II.

Die Antwort auf diese Frage hängt nicht nur damit zusammen, welche Optionen die Medizin heute anbieten kann und zu welchen Optionen der Patient ein informiertes Ja sagt. Sie wird vielmehr untergründig auch durch das Bild vom Menschen bestimmt, von dem die Medizin sich leiten lässt und an dem sie ihre Angebote und Vorschläge orientiert.

Denn alle Antworten auf die Frage, was ich tun soll, werden durch das Bild vom Menschen mitbestimmt, durch das ich mich leiten lasse. Die drei Fragen Immanuel Kants – Was kann ich wissen? Was darf ich hoffen? Was soll ich tun? – führen insofern auf eine vierte Frage zu: Was ist der Mensch?

Giovanni Maio hat in seinem gerade erschienenen Lehrbuch der Medizinethik – mit dem Titel: „Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin“ – nach den Menschenbildern in der modernen Medizin gefragt und vier solche Menschenbilder hervorgehoben. Der Mensch als Körper-Maschine, der Mensch als souveräner Kunde, der Mensch als atomistisches Einzelwesen und der Mensch als das Machbare. Die Liste ist bestimmt nicht vollständig; und die vier von Maio ausgewählten Bilder vom Menschen schließen sich keineswegs aus. Vielmehr weisen sie gerade in ihrer Zusammengehörigkeit auf Züge im modernen Men-

schenbild hin, die keineswegs auf die Medizin beschränkt sind, in ihr aber besonders deutlich hervortreten. Ich will den inneren Zusammenhang dieser vier Bilder folgendermaßen skizzieren.

Der Siegeszug der modernen Naturwissenschaft hat auch vom Menschen Besitz ergriffen. Der Mensch erkennt nicht nur die Natur und bemächtigt sich ihrer; er ist auch selbst Natur. Indem er die eigene Natur erforscht, will er auch über sie die Herrschaft erringen. Deshalb gehört es zu den großen Kränkungen neuzeitlichen Selbstbewusstseins, wenn dem Menschen nachgewiesen wird, dass er nicht Herr im eigenen Hause ist, wie dies durch Sigmund Freuds Psychoanalyse geschah. Doch selbst diese Kränkung hat den Siegeszug der naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin nicht aufhalten können. Dessen Grundsatz heißt: Der menschliche Körper ist nach den Gesetzen der Naturwissenschaften zu erforschen und nach Möglichkeit funktionsfähig zu halten. Die Aufgabe einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin besteht demnach darin, die Grenzen des Machbaren nach Möglichkeit immer weiter hinauszuschieben und Menschen dabei zu helfen, dass sie immer größere Teile ihrer Lebensspanne bei guter Gesundheit ausschöpfen können. Mit den Erfolgen medizinischer Forschung und Praxis verbindet sich deshalb die Vorstellung von einer Perfektibilität des Menschen; die Aufgabe der Medizin wird nicht nur darin gesehen, Leben zu erhalten, sondern es zu vervollkommen.

Die so begründete und ausgestaltete medizinische Tätigkeit ist angesichts der Staunen erregenden Fortschritte der Medizin auch öko-

nomisch so erfolgreich, dass der Gesundheitsmarkt sich zu einem Treiber der wirtschaftlichen Entwicklung insgesamt entwickelt hat. Der Patient wird zum Kunden, der selbstbestimmt – auf der Grundlage der von der Ökonomie schon lange verfochtenen Konsumentensouveränität – Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, diese aber zugleich vom Solidarsystem finanzieren lässt. Soweit er sich lediglich als selbstbestimmtes Individuum versteht, wird er dazu neigen, die Vorteile dieses Systems für sich in Anspruch zu nehmen, ohne sich über dessen langfristige Nachhaltigkeit allzu viele Gedanken zu machen.

Naturwissenschaftliches Kausalitätsdenken, die Zuwendung zum Gedanken der Perfektibilität des Menschen und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens stehen in einem inneren Zusammenhang miteinander. Doch kann das durch diese Eckpunkte bestimmte Menschenbild das letzte Wort haben? Allzu selbstverständlich sollte es gerade von Ärzten nicht genommen werden. Denn beim Notfalleinsatz nach einem Unfall, bei der Notaufnahme im Krankenhaus, beim Kampf um ein Menschenleben auf der Intensivstation und bei vielen anderen Gelegenheiten tritt ihnen der Mensch in seiner Verletzlichkeit entgegen. Er begegnet ihnen als ein Wesen, das auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Sie bemühen sich darum, das Leben von Menschen zu erhalten, die in vielen Fällen nicht bei Bewusstsein sind, so dass sie sich zu den Therapiezielen, an denen sich das ärztliche Handeln orientiert, gar nicht äußern können. In vielen Fällen sind die Suche nach einer Patientenverfügung, das Gespräch mit Angehörigen oder andere Maßnahmen, um die fehlende Einwilligungsfähig-

keit auszugleichen, erst in einem zweiten oder dritten Schritt möglich. Unmittelbare, unvertretbare Verantwortung der Ärztin und des Arztes ist gefragt.

Das ärztliche Handeln hat auch nach meinen persönlichen Erfahrungen den vulnerablen, beziehungsbedürftigen, auf Stellvertretung angewiesenen Menschen vor Augen. Im Alltag von Ärztinnen und Ärzten zeigt sich deshalb ein anderes Bild vom Menschen, als ich es zunächst geschildert habe. Nicht die perfekte Maschine, der souveräne Kunde, der isolierte Egoist, der das Machbare ausschöpfende *homo faber* tritt ihnen vor Augen. Sie begegnen vielmehr dem Menschen in seiner Endlichkeit und Verletzlichkeit, in seiner Hilfsbedürftigkeit, in der er nur leben kann, wenn andere für ihn eintreten.

So zeigen sich in der Praxis der heutigen Medizin zwei Grundlinien des Menschenbildes in ihrem spannungsvollen Miteinander, die in unserem durch Antike und jüdisch-christliche Tradition geprägten Kulturkreis und seinem Ethos das Nachdenken über den Menschen immer wieder in Bewegung gesetzt und in Bewegung gehalten haben. Diese beiden Grundlinien manifestieren sich historisch besonders markant einerseits im griechischen, andererseits im biblischen Bild vom Menschen. Unser Menschenbild beruht auf der Spannung wie auf dem Zusammenklang dieser beiden Grundlinien.

Das griechische Bild eines Menschen, der durch die Vollkommenheit der Tugend, durch das Ideal der Schönheit und durch gelingendes Leben ausgezeichnet ist, orientiert sich an der gesunden, ja makel-

losen Person, wie sie in den Statuen von Phidias oder Praxiteles in einer uns auch heute unmittelbar anrührenden Weise dargestellt ist. Die Vorstellung von menschlicher Würde ist an der Person ausgerichtet, in der sich die Qualität der Leistung und die Anmut des Körpers miteinander verbinden, also an der unmittelbaren Verbindung des Guten und des Schönen. Der Sieger in den Wettkämpfen von Olympia ist der Prototyp dieser Vereinigung zwischen dem Guten und dem Schönen. Man kann insofern von einem olympischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Autonomie, der Selbstbestimmung des Menschen.

Auch die biblische Tradition ist von einer bemerkenswerten Hochschätzung des Menschen geprägt. Sie zeigt sich in der Überzeugung, dass Gott den Menschen zu seinem Ebenbild geschaffen hat. Der Mensch ist deshalb nur „wenig niedriger“ als Gott (Psalm 8). Doch mit dieser Hochschätzung verbindet sich eine ausdrückliche Hinwendung zum Leidenden, Kranken, der Hilfe Bedürftigen. Dass der Mensch ein verletzliches, auf die Hilfe anderer angewiesenes Wesen ist, tritt in der biblischen Tradition markant hervor – ganz besonders im leidenden Hiob, der scheinbar alles Unglück dieser Welt auf sich zieht, aber nicht zuletzt auch in Jesus, dem „Schmerzensmann“, der Leiden und Tod auf sich nimmt, um ihnen die letzte Macht zu nehmen. Wir können deshalb von einem jesuanischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Nächstenliebe, der Fürsorge für den Mitmenschen.



Die Spannung zwischen den beiden geschilderten Menschenbildern ist tief in unserem kulturellen Bewusstsein verankert. Das olympische, leistungsorientierte Ideal ist ein kräftiger Anstoß für die Bereitschaft, sein Bestes zu geben und seine Gaben zu entfalten. Das jesuanische Ideal, das den leidenden Menschen würdigt, gibt unserem Menschenbild und unserem Wertesystem eine tiefe und echte Humanität. Es ist an der Zeit, dass wir die Spannung wie die Zusammengehörigkeit dieser Haltungen wieder entdecken und in unserer Gesellschaft zur Geltung bringen. Das bedeutet aber auch, dass Autonomie und Nächstenliebe, Selbstbestimmung und Fürsorge in der Balance gehalten werden. Bei aller Pflicht, sich am Patientenwillen sowie am medizinisch Machbaren auszurichten, hat das ärztliche Ethos nach meiner Auffassung seine Grundlage in dieser Balance von Autonomie und Nächstenliebe, von Selbstbestimmung und Fürsorge, von olympischem und jesuanischem Modell.

Die Medizin schuldet dem Menschen ein unverkürztes, ganzheitliches Menschenbild. Eine solche Erweiterung des Blicks auf den Menschen verbindet sich mit der Einsicht, dass die Medizin es nicht nur mit der Perfektibilität, sondern auch, ja vor allem mit der Vulnerabilität des Menschen zu tun hat. Diese Einsicht muss gerade angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin erneuert und vertieft werden. Daraus folgt die Bereitschaft, die Verletzlichkeit, Hinfälligkeit und Endlichkeit ebenso als Teil des Menschseins zu verstehen wie Leistungsfähigkeit und Lebenskraft.

### III.

Die Medizin ist ein Anwalt des Lebens. Der Arzt übernimmt einen Garantenstatus gegenüber dem Leben wie gegenüber dem Willen seines Patienten. Dieser doppelte Garantenstatus kann nur aufrechterhalten werden, so lange im ärztlichen Ethos Handlungen aktiver Lebensbeendigung durch die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zum Suizid ausgeschlossen sind. Der Deutsche Ärztetag hat deshalb am 1. Juni 2011 bekräftigt, dass Ärzte keine derartige Beihilfe leisten dürfen. In den Regelungen zum Beistand für Sterbende in der ärztlichen Berufsordnung wurde ausdrücklich klargestellt: „Ärztinnen und Ärzten ist es verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Diese Klarstellung ist wichtig und hilfreich, auch wenn wahrscheinlich jeder erfahrene Arzt Grenzsituationen kennt, in denen er sich fragt, ob nicht die konkrete Situation eines Patienten und die ärztliche Beziehung zu ihm einen Schritt über die Grenze hinaus nahe legen könnten. Doch auch in diesen Grenzsituationen muss im Bewusstsein bleiben, was der verstorbene Bundespräsident Johannes Rau unter Berufung auf einen Arzt folgendermaßen formuliert hat: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet.“

Dieser Parteinahme für das Leben wird heute entgegengehalten, niemand könne daran gehindert werden, aus freier Selbstbestimmung für sich den Tod und nicht das Leben zu wählen. Doch auch wenn aus Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen die Strafbar-

keit des Suizids aus unserer Rechtsordnung verbannt wurde, folgt daraus keine Gleichwertigkeit der Entscheidung für das Leben und für den Tod. Aber, so mag man einwenden, gehört zur Lebenskunst nicht auch die Bereitschaft, das Sterben anzunehmen, wenn seine Zeit gekommen ist? Gewiss – doch diese Bereitschaft gründet nicht darin, dass der Freiheit für das Leben eine gleichrangige Freiheit für den Tod zur Seite träte. Es ist nicht die Freiheit für den Tod, sondern die Freiheit vom Tod, die uns Menschen ermöglicht, Sterben und Tod anzunehmen, wenn ihre Zeit gekommen ist. Diese Freiheit wurzelt in der Gewissheit, dass Leiden, Krankheit und Tod nicht das letzte Wort über unser Leben sind; denn diesem Leben ist eine über all das hinausweisende Gültigkeit zugesprochen, die wir als ewiges Leben bezeichnen.

Religiös und ethisch gibt es keine Gleichwertigkeit zwischen der Option für das Leben und der Option für den Tod. Besteht rechtlich eine solche Gleichwertigkeit? Das Bundesverfassungsgericht hat formuliert, die Freiheit des Einzelnen bestehe in der „Selbstbestimmung über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug“. Für die individuelle Lebensführung, so hat der Verfassungsrechtler Horst Dreier erläutert, kann das auch Entscheidungen einschließen, die unvernünftig, medizinisch unvertretbar, ja selbstzerstörerisch sind. Doch selbst wenn das Grundrecht auf Selbstbestimmung solche Entscheidungen einschließt, ergibt sich daraus kein Verzicht auf den Versuch, einen Menschen dazu zu bewegen, dass er nicht zu unvernünftigen, medizinisch unvertretbaren und selbstzerstörerischen Handlungsweisen greift. Gerade auf solche Situationen bezieht sich unsere

Pflicht zur Fürsorge und zur Verantwortung für fremdes Leben. Dem Mitmenschen auch in solchen Situationen zu raten, beizustehen und zum Leben zu helfen, ist unsere vorrangige Aufgabe. Seine Entscheidung ist zu respektieren; die Einsamkeit, die ihn vielleicht zu dieser Entscheidung führt, ist dagegen nicht hinzunehmen. Alle Anstrengung ist darauf zu richten, dass er nicht unberaten und unbegleitet zu einer solchen Entscheidung kommt. Das erscheint als so normal, dass man darüber gar nicht reden mag. Doch je riskanter unser Leben wird, desto wichtiger werden die elementaren Lebensgewissheiten – insbesondere Vertrauen und Zuversicht.

Die Medizin ist ein Anwalt des Lebens; aber sie ist nicht ein Anwalt des unbegrenzten Lebens. Sie entwickelt keine „Immortalitäts-Technosophie“ und entdeckt kein „Unsterblichkeitsenzym“. Ärztinnen und Ärzte sind vielmehr Experten in der Endlichkeit des Lebens. Sie haben ihre Aufgabe deshalb nicht nur darin, die Todesgrenze nach Kräften hinauszuschieben; zu ihrer humanen Verantwortung gehört es vielmehr auch, dem Sterben Raum zu geben, wenn es an der Zeit ist. Die biblische Weisheit, nach der nicht nur das Leben, sondern auch das Sterben seine Zeit hat, enthält deshalb eine unaufgebbare medizinethische Einsicht. Ob diese Einsicht das ärztliche Handeln noch bestimmt, ist die entscheidende Frage hinter vielen medizinethischen Debatten der Gegenwart.

Zur ärztlichen Kunst gehört die Einsicht, dass Sterben seine Zeit hat. Man muss einen Menschen an der Grenze des Todes auch gehen lassen. Damit ist nicht gemeint, das Sterben in die Hand zu nehmen,

sondern das Leben loszulassen, wenn es an der Zeit ist. Zum ärztlichen Ethos gehört es, dem Sterben Raum zu geben, wenn seine Zeit kommt, und sich auf das „Caring“ zu beschränken, wenn die Zeit des „Curing“ abgelaufen ist. Der Chirurg Axel Haverich hat diese Haltung einmal so beschrieben: „Ausführliche Gespräche, die notwendige Zeit, den Entschluss auch überdenken zu können, und dann der einfache Satz, wenn es nicht weitergeht: ‚Lasst ihn gehen‘.“

Wenn allgemein bekannt wäre, dass dies die ärztliche Haltung ist, würden manche erhitzten Debatten über eine standesrechtliche Anerkennung des ärztlich assistierten Suizids wieder verstummen. Diese Debatten flammen immer wieder auf, weil der modernen Medizin der Ruf vorseilt, sie betreibe Lebensverlängerung um jeden Preis; wehrlos werde der Patient zum Anhängsel intensiv-medizinischer Apparaturen und zum Empfänger lebensverlängernder Pharmaka, auch wenn die Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben bereits vollkommen unmöglich geworden sei. So übertrieben solche Bilder den Experten auch erscheinen mögen, so wirksam sind sie doch. Aus ihnen erklärt sich der populär gewordene Ruf nach dem assistierten Suizid und der Erfolg von Organisationen, die Sterbehilfe anbieten oder sogar vermarkten.

So richtig es ist, die kommerzielle Organisation solcher Sterbehilfe zu unterbinden, so reicht dies allein nicht zu. Wichtiger ist es, das Vertrauen in das ärztliche Handeln zu erneuern – in ein Handeln, das nicht nur von fachlicher Expertise und technischer Fertigkeit, sondern darüber hinaus auch von Empathie, ja von Weisheit geprägt ist.

Dazu gehört auch der Mut, Therapieziele zu ändern, wenn die Erhaltung des Lebens unmöglich und deshalb auch die Belastung der letzten Wegstrecke durch lebensverlängernde Maßnahmen selbstwidersprüchlich geworden ist. Wenn das Ideal des vertrauenswürdigen Arztes nicht in Vergessenheit geraten soll, ist die Rückkehr zu Maßstäben erforderlich, wie sie der große amerikanische Kardiologe Bernard Lown in Erinnerung gerufen hat. Das Credo seines Buchs über „Die verlorene Kunst zu heilen“ heißt, dass der Mediziner die Wissenschaft beherrscht, aber auf ihrer Grundlage die ärztliche Kunst praktiziert. Das setzt voraus, dass er im Menschen mehr sieht als die Summe seiner Organe, nämlich ein Ganzes aus Körper und Geist. Die entscheidende Folgerung besteht darin, dass sorgfältige Gesprächsführung und Annahme des Patienten im ärztlichen Handeln ebenso wichtig sind wie technische Verfahren und Medikamente.

Lown warnt davor, dass die Konzentration auf die Apparatemedizin, ökonomischer Druck und überbordende Administration sich zu einer Gefährdung der ärztlichen Aufgabe insgesamt summieren können. Wohlgemerkt: Diese Warnung stammt nicht aus Ivan Illichs Kampfschrift über „Die Nemesis der Medizin“, sondern von einem berühmten amerikanischen Kardiologen, der zugleich die internationale Vereinigung der Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs (IPPNW) begründet hat. Dafür wurde er zusammen mit seinem russischen Kollegen Eugen Tschasow mit dem Friedens-Nobelpreis ausgezeichnet. Vielleicht hätte man ihm auch den Nobelpreis für Medizin verleihen können; man hätte damit einer ganzheitlichen Sicht auf die Aufgabe des Arztes einen Dienst erwiesen. Da die fachliche Kompetenz wie die

menschliche Autorität dieses Arztes in gleicher Weise anerkannt sind, erlaube ich mir, noch ein paar Sätze von ihm zu zitieren: „Die Patienten werden sich nicht mit der endgültigen Verfremdung abfinden, zu standardisierten Objekten degradiert zu werden. Niemand wird auf Dauer akzeptieren, ausschließlich auf Grund seiner Krankheitssymptome gekennzeichnet zu werden – als nichts anderes als eine Ansammlung entzwei gegangener biologischer Teile. Patienten erbitten eine Partnerschaft mit ihren Ärzten, die ein Gespür sowohl für ihre schmerzgepeinigten Seelen als auch für ihre schlecht funktionierende Anatomie haben. Sie haben überhaupt kein Verlangen nach einem präzise aufgesetzten Geschäftsvertrag, sondern nach einem Bündnis des Vertrauens zwischen Gleichrangigen. Dieses Vertrauen erwirbt sich der Arzt, indem er die Kunst der Anteilnahme am Patienten ausübt.“

#### IV.

Anteilnahme entwickelt sich im Gespräch. Zuversichtlich erklärte der verstorbene Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe bei seinem Amtsantritt im Jahr 1999, die Stärkung der „sprechenden Medizin“ sei innerhalb der Ärzteschaft in den zurückliegenden Jahren mehrheitsfähig gewordenen. Hat sich diese Einstellung seitdem weiterhin durchgesetzt? Wenn, dann nur gegen erheblichen gegenläufigen Druck ökonomischer und organisatorischer Art. Dennoch bleibt richtig: Zur Weisheit der Medizin gehört die Kunst des Gesprächs, zwischen Arzt und Patient, in der Klinik zwischen den be-

handelnden Ärzten, im multiprofessionellen Team der Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger und anderer beteiligter Personen, mit den Angehörigen des Patienten – insbesondere bei dessen fehlender Äußerungsfähigkeit. Nur: In den diagnosebezogenen Fallpauschalen, die inzwischen das Rückgrat der Krankenhausfinanzierung bilden, sind solche Gespräche nicht vorgesehen. Wenn auch das ärztliche Handeln dem Diktat einer möglichst hohen Eigenkapitalrendite, eines wachsenden Shareholder Value, aber zugleich einer effektiven Kostenbegrenzung unterworfen wird, schwinden die Chancen für die „sprechende Medizin“. Die gegenwärtig vorherrschenden Rahmenbedingungen sind vielmehr allein darauf ausgerichtet, das „medizinisch Machbare“ und die ökonomischen Erfordernisse miteinander auszugleichen. Doch es gibt eine Aufgabe, die darüber hinausgeht. Sie besteht darin, wieder Spielräume für eine Medizin zu gewinnen, die auf die Patienten und ihre Angehörigen ausgerichtet ist.

Besondere Aufmerksamkeit verdient nicht nur das Patientengespräch, sondern ebenso das Angehörigengespräch; es dient dem Einholen medizinischer und persönlicher Informationen über den Patienten, der Aufklärung über die Erkrankung sowie über Therapieziele, Therapie und Prognose sowie der Betreuung und Beratung der Angehörigen in der akuten Krisensituation. Solche Gespräche brauchen eine ruhige Atmosphäre; deshalb wird neuerdings gefordert, dass im Raumprogramm von Krankenhaus-, insbesondere auch von Intensivstationen Besprechungsräume für das Angehörigengespräch vorzusehen sind.



Von besonderer Bedeutung ist das Angehörigengespräch in den Fällen, in denen der Patient nicht äußerungsfähig ist. Für diese Situationen gilt inzwischen die Patientenverfügung als „Königsweg“; denn sie ermöglicht, so heißt das Argument, die Selbstbestimmung des Patienten auch dann zur Geltung zu bringen, wenn er nicht mehr äußerungs- und einwilligungsfähig ist. Daraus wird die – inzwischen auch gesetzlich geregelte – Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen abgeleitet. Doch sollte im Blick bleiben, dass die selbstbestimmte Einwilligung im Verhältnis zwischen Arzt und Patient das Resultat eines Gesprächs ist, in dem die akute Situation des Patienten ebenso zur Sprache kommt wie die angesichts dieser Situation gegebenen Therapiemöglichkeiten. Patientenverfügungen aber müssen gerade unabhängig von einer solchen konkreten Situation und den mit ihr verbundenen Optionen formuliert werden. Ein Gespräch kann gerade nicht mit dem Patienten selbst, sondern nur mit einem von ihm Beauftragten, einer Person seines Vertrauens erfolgen.

Die christlichen Kirchen in Deutschland haben deshalb ihre Handreichung zu diesem Thema nicht mehr unter den Titel der „Patientenverfügung“, sondern unter die Überschrift der „Patientenvorsorge“ gestellt. Die damit verbundene Akzentverschiebung ist leider noch nicht in ausreichendem Maß öffentlich wahrgenommen worden. Die Handreichung der Kirchen rückt mit dieser Akzentverschiebung die Vorsorgevollmacht – und nicht die Patientenverfügung – als entscheidendes Instrument ins Zentrum. In Situationen, in denen der Patient nicht mehr äußerungs- und einwilligungsfähig ist, bildet die Erteilung einer Vorsorgevollmacht an eine Vertrauensperson den ent-

scheidenden Dreh- und Angelpunkt. Ihr kann eine Betreuungsverfügung für die Vertrauensperson, die eine Vorsorgevollmacht hat, hinzugefügt werden. Behandlungswünsche können niedergelegt werden. Auch die Handreichung der Kirchen enthält ein Formular für eine Patientenverfügung. Doch der Akzent ist gegenüber der üblichen Betrachtungsweise neu gesetzt: Das Wichtigste ist die Vorsorgevollmacht. Gewiss muss man berücksichtigen, dass es in den pluralen Familienkonstellation unserer Zeit oft sehr schwer ist, eine Vertrauensperson zu finden und zu benennen. Aber auch im Blick auf die Frage, wer auf der letzten Wegstrecke für mich sprechen kann, ist es gut, in der Vielfalt von Familienstrukturen Vertrauen und Verantwortung zu stärken, so dass die Frage danach, wem eine Vorsorgevollmacht erteilt werden soll, nicht unbeantwortet bleiben muss. Denn für die Ärztin oder den Arzt ist es entscheidend, bei fehlender Einwilligungsfähigkeit einen Ansprechpartner zu haben. Auch an der Todesgrenze muss der richtige Weg im Gespräch gefunden werden; er kann nicht allein von Festlegungen abhängig sein, die oft fern von der konkret eingetretenen Situation erfolgt sind. Vielmehr bedarf jede derartige Festlegung einer auf die aktuelle Lage bezogenen Interpretation. Doch wenn dies geschieht, können sich auch in Grenzsituationen, in denen es um Leben und Tod geht, Selbstbestimmung und Fürsorge miteinander verbinden.

## V.

Die Organtransplantation ist für diesen Zusammenklang ein besonders eindrückliches Beispiel; sie wurde durch jüngste politische Entscheidungen erneut ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Durch einen staunenswerten Fortschritt medizinischer Forschung und Praxis ist es möglich geworden, den Funktionsverlust einzelner Organe auf dem Weg der Transplantation von Spenderorganen auszugleichen. Praktizierte Liebe zum Mitmenschen ist dafür erforderlich, dass die benötigten Organe in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen – durch Lebendspenden wie in einem Fünftel der Fälle von Nierentransplantation oder durch postmortale Spenden wie in den meisten anderen Transplantationsfällen. Der in Deutschland eingeschlagene Weg und seine ethische Grundlage sind überzeugend: Die Bereitschaft zur Organspende ist ein Akt der Nächstenliebe, des altruistischen Einsatzes für das Leben eines anderen. Menschliche Organe sind keine Handelsware; deshalb halte ich die neuerdings aufkommende Debatte darüber, welchen Marktwert eine gespendete Niere erzielen könne, für kontraproduktiv.

Es ist überzeugend, dass in Deutschland nicht, dem Vorbild anderer europäischer Länder folgend, die bisher geltende erweiterte Zustimmungslösung durch eine Widerspruchslösung ersetzt wird. Ich hielt es auch für übertrieben, als in diesem Zusammenhang von politischer Seite erklärt wurde, in Deutschland müsse die Organspende „endlich zum Normalfall“ werden. Nein, es reicht, wenn die Beschäftigung mit diesem Thema zum Normalfall wird und jeder auf ausrei-

chende Anlässe dazu stößt, eine eigenständige Entscheidung zu treffen und diese Entscheidung zu dokumentieren.

Nach der Neuregelung wird jede krankenversicherte Person, die das 16. Lebensjahr vollendet hat, von ihrer Krankenversicherung wiederholt angeschrieben und zu einer freiwilligen Entscheidung in dieser Frage aufgefordert. Freiwillig ist nicht nur das Ja zur Organspende; freiwillig ist auch, ob der Angesprochene sich zum gegebenen Zeitpunkt überhaupt entscheidet. Denn aus dem Entscheidungsanlass soll nach dem Willen des Gesetzgebers kein Entscheidungsdruck werden. Dennoch bleibt festzuhalten: Wenn jeder Krankenversicherte über 16 Jahren zum wiederholten Mal mit der Aufforderung konfrontiert wurde, sich mit dieser Frage zu beschäftigen, sinkt die Plausibilität für stellvertretende Äußerungen der Angehörigen. Während bisher die erweiterte Zustimmungslösung praktisch bedeutete, dass in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle eine Äußerung der Angehörigen über den mutmaßlichen Willen des Hirntoten die Grundlage für eine Organentnahme bildete, wird die stellvertretende Äußerung sich in Zukunft auf die Gruppe junger Hirntoter beschränken müssen, die noch keine ausreichenden Anlässe hatten, sich mit der Frage der Organspende zu befassen. Der Anteil derer wird wachsen, bei denen man annehmen muss, dass sie eine genügend Zahl von Anlässen dazu hatten, ihre Entscheidung selbst zu dokumentieren. Die Entscheidungslösung führt insofern zu Eingrenzungen der „erweiterten“ Zustimmungslösung.

Wichtiger noch als die neue gesetzliche Regelung wird eine breite gesellschaftliche Bewusstseinsbildung sein, zu der nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch verschiedene gesellschaftliche Gruppen, die Kirchen eingeschlossen, beitragen sollten. Dabei muss in Erinnerung bleiben, dass Jahr für Jahr nur in ungefähr viertausend Fällen der Hirntod in einer Weise eintritt, in der zugleich durch die Aufrechterhaltung der Herztätigkeit und des Kreislaufs die Bedingungen für eine Organentnahme gegeben sind. Vorrangig scheint nach wie vor die Aufgabe zu sein, diese Fälle so gut und so schnell zu erfassen, dass die Möglichkeit einer Organentnahme rechtzeitig geprüft werden kann. Diese praktische Frage hat nach meinem Eindruck in den jüngsten Debatten nicht den Stellenwert erhalten, der ihr eigentlich zukommt. Entscheidend aber ist, gerade bei diesem Thema auch weiterhin den Weg der Überzeugung, der Freiwilligkeit, also der Nächstenliebe zu gehen.

Die Orientierung am Menschen in seiner Ganzheit ist nicht nur für ärztliches und pflegerisches Handeln, sondern ebenso für gesundheitspolitische Entscheidungen von großer Bedeutung. Auch an ihnen muss erkennbar sein, dass sie den leidenden, auf Heilung hoffenden, mit Grenzen lebenden Menschen ins Zentrum rücken. Seine Würde und sein Recht auf einen gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen sind zu achten; mit Grenzen des Leistbaren ist so umzugehen, dass dabei nicht die Frage, was der Gesellschaft nützt, leitend ist. Die entscheidende und zugleich einzig legitime Frage heißt vielmehr, was dem Menschen, seiner Gesundheit und Pflege und schließlich – wenn die Zeit kommt – seinem menschenwürdigen Sterben dient.



Prof. Dr. Dr. h. c.  
**WOLFGANG HUBER**  
Bischof i. R.

## Was schuldet die moderne Medizin dem Menschen?

Die  
**Bezirksärztekammer Südbaden**  
lädt ein  
zu einer öffentlichen Vortragsveranstaltung

12. Juni 2012, 19.30 Uhr,  
Bürgerhaus Seepark,  
Gerhart-Hauptmann-Straße 1, Freiburg

**Begrüßung**

Dr. med. C. von Ascheraden,  
Präsident der Bezirksärztekammer Südbaden

**Vortrag**

**Was schuldet die moderne Medizin dem Menschen?**  
Prof. Dr. Dr. h. c. W. Huber,  
Bischof i. R. der Ev. Kirche Berlin - Brandenburg - schlesische Oberlausitz

**Eintritt**

frei



Bezirksärztekammer Südbaden  
in der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Bezirksärztekammer Südbaden • Sundgaullee 27 • 79114 Freiburg • Tel. 0761 600-470 • [www.baek-sb.de](http://www.baek-sb.de)

*Plakat zum Vortrag*