

Lebensende-Diskurse – auf der Suche nach ethischer Orientierung

Markus Zimmermann^a

^a Departement für Moraltheologie und Ethik, Universität Fribourg

Viele Menschen sterben heute im hohen Alter und nach längerer chronischer Erkrankung, zumindest in den Hochlohnländern der Welt. Der medizinische Fortschritt macht es möglich, das Sterben hinauszuzögern, so dass nicht selten schwierige Entscheidungen über den weiteren Therapieverlauf zu fällen sind [1]. Dabei stehen häufig Fragen nach dem Sinn oder Nutzen von Behandlungen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Eine Studie, die kürzlich auf der Basis ethischer Fallberatungen und Interviews mit Ärzten und Pflegenden von Intensiv- und Palliative-Care-Stationen gemacht wurde, hat ergeben, dass die hauptsächlichen Gründe für die Fortsetzung lebensverlängernder Massnahmen emotionaler Art sind, namentlich auf Schuldgefühle, Trauer und Ängste zurückgehen [2]. Weitere Ursachen seien die organisatorische Routine und ungenügendes Wissen bezüglich der alternativen Möglichkeiten der Palliative Care und rechtlicher Rahmenbedingungen. Die Autoren der Studie schlagen vor, diese Hindernisse über Kommunikationstraining, organisatorische Verbesserungen, Vermittlung von Wissen und durch emotionale und ethische Unterstützungssysteme auszuräumen. Sie entwerfen zudem einen Algorithmus für Lebensende-Entscheidungen, wie er ähnlich auch in der «Münchener Leitlinie zur Entscheidung am Lebensende» vorgeschlagen wird, die zur «Sensibilisierung, Standardisierung und Qualitätssicherung im Umgang mit lebensverlängernden Massnahmen und Patientenwünschen» [3, S. 232] beitragen soll.

Bei aller Plausibilität, die diesen Überlegungen und Vorschlägen zweifellos zukommt, scheint dabei etwas Grundlegendes zu fehlen, um das normative Konzept der Sinnlosigkeit («Futility») von Massnahmen zu konkretisieren. Die Fragen der Nützlichkeit von Massnahmen alleine aufgrund prozeduraler Überlegungen und normativer Konzepte wie Autonomie oder Fürsorge beantworten zu wollen, bleibt defizitär. Bei der Bestimmung der Nutzlosigkeit einer Massnahme ist ein Massstab notwendig, der deutlich macht, für wen und warum eine Massnahme nützlich oder nutzlos ist. Grundlage einer Bewertung für den Sinn einer Massnahme sind dabei sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Wertvorstellungen: Vorstellungen des guten Lebens bzw. des guten Sterbens, beispielsweise das Verständnis von Krankheit und Leiden oder die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen. Diese werden im aktuellen ethischen Diskurs meistens implizit vorausgesetzt bzw. in den Bereich der autonomen Entscheidung jeder einzelnen Person verlegt, jedoch nicht

eigens thematisiert. Doch gerade die Reflexion über gesellschaftlich verankerte Wertvorstellungen und anthropologische Vorannahmen, die im Hintergrund der ethischen Diskurse wirk- und bedeutsam sind, sind elementarer Bestandteil einer angemessenen ethischen Erörterung.

Dies wird auch in einem anderen Kontext deutlich. Nämlich da, wo Versuche unternommen werden, die verloren gegangene Tradition der «Ars moriendi» wieder aufleben und für die heutigen Bedürfnisse anschlussfähig zu machen. So beispielsweise im Projekt der «Ars moriendi nova», der Idee einer von der mittelalterlichen Sterbekunst inspirierten neuen «Kunst des Sterbens», welcher eine Buchreihe im Stuttgarter Franz Steiner Verlag gewidmet ist: Im Zuge der gegenwärtigen Entdeckung des Sterbens als einer typischen Lebensphase sollen «mentale, visuelle, pädagogische und pragmatische Möglichkeiten der Vorbereitung möglichst vieler Menschen auf das Sterben und auch auf den Umgang mit der eigenen Leiche thematisiert» [4, S. 18f] werden, wobei die Autoren von einer weltanschaulich strikt neutralen Basis ausgehen. Es geht ihnen um den Aufbau einer Sterbekultur, der jede und jeder Einzelne die passenden Sinngehalte selbst hinzufügen soll. Hier stellt sich die – auch im Beitrag von Jean-Pierre Wils in der vorliegenden Ausgabe formulierte – Frage, was eine Orientierung an der mittelalterlichen Ars-Tradition konkret erbringen kann, wenn dieser zuvor gleichsam die Seele, ihre «raison d'être», nämlich der gesamte religiöse Kontext mitsamt der realen Jenseitsängste, genommen wurde.

Um der Komplexität der Entscheidungssituationen, vor allem aber um den verschiedenen Bedürfnissen der involvierten Personen gerecht zu werden, sollten bereichsethische Diskurse auf einer breiteren Basis geführt werden, nämlich

- *vordergründig* bezogen auf konkrete Entscheidungen wie den Verzicht auf eine Behandlung, den Abbruch einer therapeutischen Massnahme, eine Schmerz- und Symptombehandlung oder die Suizidhilfe,
- *im Zentrum* mit Bezug auf normative Konzepte wie Würde, Autonomie, Fürsorge, das Doppelwirkungsprinzip, die Kosteneffektivität oder das Futility-Konzept,
- *im Hintergrund* mit Bezug auf kulturell geprägte Ansätze, Werte und Ideale wie Moraltheorien, Menschenbilder, Sinneinsichten oder religiöse Vorstellungen.

Eine inhaltliche Aushöhlung der ethischen Diskurse ist dann zu befürchten, wenn die offensichtlich bestehende und hermeneutisch nachzuvollziehende Verknüpfung der unterschiedlichen Diskursebenen negiert oder übersehen wird. Ethische Orientierung kann nur dann entstehen, so meine These, wenn auf allen drei Ebenen um Antworten gerungen wird und gegenseitige Interdependenzen anerkannt werden. Dabei schreibe ich bewusst von einem *Ring* um Antworten, von der hermeneutischen *Suche* nach den Zusammenhängen, denn es besteht keine Garantie, dass auf alle existenziellen Fragen auch stets plausible Antworten gefunden werden und diese auch pluralismustauglich sind. «Pluralismustauglichkeit» halte ich für ein unumgängliches Kriterium sowohl für den *inter-* als auch den *intrapersonalen* Dialog: Die wenigsten Menschen, Expertinnen und Experten der Ethik eingeschlossen, gehören heute einer einzigen homogenen Wertegemeinschaft an, die meisten haben sowohl biographisch, existenziell als auch intellektuell damit zu ringen, *unterschiedliche* Vorstellungen von einem gelungenen Leben und Sterben in plausiblen Modellen zu denken.

Meiner Wahrnehmung nach haben wir heute auf der Handlungsebene eine zunehmend professionell agie-

rende klinische Ethik, auch die normativen Konzepte wurden in den vergangenen Jahren weitgehend ausdiskutiert. Was heute dagegen zusehends fehlt, ist eine Verständigung über Sinnfragen und Vorstellungen von einem guten Leben – und Sterben.

Korrespondenz

Markus Zimmermann, Prof. Dr. theol.
 Departement für Moraltheologie und Ethik
 Universität Fribourg
 Avenue de l'Europe 20
 1700 Fribourg

Email: markus.zimmermann[at]unifr.ch

Referenzen

1. Baszanger I, One more chemo or one too many? Defining the limits of treatment and innovation in medical oncology. *Soc Science & Med* 2012;75:864–872.
2. Jox RJ, Schaidler A, Marckmann G, Borasio GD, Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *J Med Ethics* 2012;38:540–545.
3. Winkler EC, Borasio GD, Jacobs P, Weber J, Jox RJ, Münchner Leitlinie zu Entscheidungen am Lebensende. *Ethik Med* 2012;24:221–234.
4. Schäfer D, Müller-Busch C, Frewer A (Hg.). *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?* Stuttgart: Franz Steiner; 2012.