

Fall und Kommentare

Therapieabbruch auf der Intensivstation

Ein Fallbericht zur Abschaltung einer künstlichen Herzpumpe

Herr A., ein knapp fünfzigjähriger Patient mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz auf dem Boden einer schweren Herzmuskelerkrankung (dilatative Kardiomyopathie), wurde für eine Herztransplantation vorgesehen. Um die Wartezeit auf ein geeignetes Spenderorgan zu überbrücken, wurde ihm ein Pumpensystem zur Unterstützung der linken Herzkammer implantiert (im folgenden Herzpumpe genannt), mit dem er nach Hause entlassen werden konnte und zunächst gut zu recht kam.

Wegen Übergewichtigkeit und seltener Blutgruppe des Patienten gestaltete sich die Vermittlung eines geeigneten Spenderorgans schwierig, so dass ein halbes Jahr nach dem Ersteingriff die Transplantation noch nicht hatte durchgeführt werden können. Zu diesem Zeitpunkt musste Herr A. erneut stationär aufgenommen werden: Grund war eine schwere Infektion der Herzpumpe. Innerhalb weniger Tage breitete sich die Infektion auf den ganzen Körper aus (Sepsis), weswegen Herr A. auf die Intensivstation verlegt werden musste. Unter intensivmedizinischen Maßnahmen (u.a. antibiotische Therapie, tägliche Wundspülung) konnte der kritische Zustand des Patienten zunächst beherrscht werden. Erschwerend kamen jedoch multiple Hirninfarkte aufgrund von Blutgerinnseln hinzu, die sich klinisch u. a. dadurch bemerkbar machten, dass Herr A. seine Angehörigen nicht mehr erkannte.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Beseitigung der Infektion ohne Ausbau der Herzpumpe ausgeschlossen war, leiteten die behandelnden Ärzte bei Eurotransplant einen high-urgency-heart-transplant-request ein, ein Vorgang, der in der Regel gewährleistet, dass innerhalb von 4–6 Wochen ein Spenderorgan zur Verfügung steht. Während dieser Zeit kam es zu einem generalisierten Krampfanfall. Computertomografisch zeigte sich neben den schon bekannten Hirninfarkten eine massive Blutung in der linken Hemisphäre des Gehirns. Der notfallmäßig hinzugezogene Neurochirurg stufte die Prognose als infaust ein und sah keine Indikation zur operativen Entlastung der Blutung. In dieser Situation mussten, um ein weiteres Fortschreiten der Hirnblutung zu verhindern, die ansonsten notwendigen blutgerinnungshemmenden Medikamente abgesetzt werden.

Herr A. wurde – in Abstimmung mit den Angehörigen – von der Transplantationsliste genommen, da die behandelnden Ärzte eine Herztransplantation unter den gegebenen Umständen für aussichtslos hielten. Vor dem Hintergrund der Ausweglosigkeit der Situation und der ärztlichen Einschätzung, dass Herr A. mit hoher Wahrscheinlichkeit kurzfristig an Komplikationen versterben würde

(erhöhtes Risiko für neue Blutgerinnsel nach Absetzen der Medikamente), plädierten die Angehörigen für den Abbruch der Therapie durch Abschalten der Herzpumpe.

Auf Initiative des herzchirurgischen Chefarztes wurde daraufhin eine Klinische Ethikberatung unter Beteiligung der behandelnden Ärzte (Herzchirurgen und Intensivmediziner), Pflegekräfte und Angehörigen durchgeführt. Alle Beteiligten sprachen sich für den Abbruch der Behandlung aus und begründeten ihre Entscheidung mit der medizinischen Aussichtslosigkeit und dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der nach Angaben der Angehörigen sich in der jetzigen Situation „selbst die Schläuche rausgezogen hätte“, und dem sie weiteres Leid ersparen wollten. Noch am selben Tag wurde die Herzpumpe abgeschaltet. Herr A. verstarb etwa 30 Stunden später an Herzversagen.

Kommentar I

Axel Weidtmann

Das Behandlungsziel bestand im vorliegenden Fall von Anfang an in einer Herztransplantation, als einzig mögliche kurative Therapie. Als Folge dieses Behandlungsziels ergab sich die Indikation zur Implantation einer Herzpumpe, um die Zeit bis zur erfolgreichen Vermittlung eines geeigneten Spenderorgans zu überbrücken. Für die alleinige Therapie mittels Herzpumpe ohne Aussicht auf ein Spenderorgan (wenn dies beispielsweise der Patient abgelehnt hätte) bestand keine medizinische Indikation. Aufgrund der ausgedehnten Komplikationen nach dem Ersteingriff, war im weiteren Verlauf das ursprünglich verfolgte therapeutische Ziel einer Herztransplantation nicht mehr realistisch. Dennoch scheint es auf den ersten Blick nicht gerechtfertigt, die Therapie unter diesen Umständen zu beenden, da dies den Tod des Patienten zur Folge hätte. Es stellt sich somit die Frage, ob die Aufrechterhaltung der Therapie nicht doch weiterhin indiziert ist, weil dadurch der Tod zumindest zunächst verhindert werden könnte. Legt man den klassischen Auftrag des Arztes, Leben zu schützen, zugrunde, müsste diese Frage wohl positiv beantwortet werden.

Ärztliche Entscheidungen müssen aber immer auch die Folgen für die Lebensqualität ihrer Patienten mit berücksichtigen. Nach Einschätzung der Ärzte wäre Herr A. ohnehin kurzfristig an Komplikationen verstorben. Es ist demnach höchst unwahrscheinlich, dass er jemals die Intensivstation hätte verlassen, geschweige denn, wieder mit seiner Umwelt kommunizieren können. Vermutlich hätte er bestenfalls als Schwerst-Pflegefall mit Lähmungen, schwersten Hirnschäden und einer sehr begrenzten Lebenserwartung überlebt. Hier stellt sich

Dr. med. Axel Weidtmann

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Erlangen-Nürnberg, Glückstraße 10, 91054 Erlangen

die Frage, ob der o.g. Primat des Lebensschutzes moralisch rechtfertigt, dass das Leben des Patienten um jeden Preis erhalten werden soll. Was für ein Leben – Leben an sich?

Für die Gewichtung von Lebensschutzargument auf der einen und Lebensqualitätsargument auf der anderen Seite, ist der mutmaßliche Wille des Patienten von entscheidender Bedeutung: Hätte Herr A. die oben beschriebene Lebensqualität noch als lebenswert bezeichnet? Der Fallbericht enthält keinen Hinweis dafür, dass er den Erhalt seines Lebens um jeden Preis gewünscht hätte. Die Aussage der Angehörigen, er hätte sich „selbst die Schläuche rausgezogen“, ist jedoch nur eine Mutmaßung und kann nicht mit dem tatsächlich geäußerten Willen eines Patienten gleichgesetzt werden. Insofern ist es zumindest problematisch, den mutmaßlichen Willen als das entscheidende Kriterium für die ethische Begründung des Therapieabbruchs anzuführen und damit das Lebensqualitätsargument im vorliegenden Fall über das des Lebensschutzes zu stellen.

Wie kann der Fall jetzt ethisch beurteilt werden? Die bisher aufgeführten Argumente (Lebensschutz, Lebensqualität, mutmaßlicher Wille) lassen meines Erachtens noch keine eindeutige moralische Beurteilung zu. Vielleicht hilft folgende Überlegung weiter: unabhängig von dem mutmaßlichen Willen des Patienten, würde aufgrund der infausten Prognose und der medizinischen Gesamtsituation vermutlich niemand den Beginn einer derart invasiven Maßnahme, wie es die Implantation einer Herzpumpe ist, fordern, auch wenn dadurch akute Lebensgefahr abgewendet werden könnte. Der Tod würde in diesem Fall als Erlösung von einer schweren, unheilbaren Krankheit empfunden werden. Die gleiche Therapie in der gleichen Situation zu beenden, löst hingegen moralische Skrupel aus. Es stellt sich also einmal mehr die Frage, ob es wirklich einen ethisch überzeugenden Unterschied zwischen Verzicht und Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen gibt?

Ich möchte zunächst auf den psychologischen Aspekt dieser Frage eingehen: danach besteht zwischen Tun und Unterlassen ein erheblicher Unterschied. Es ist verständlich, dass die behandelnden Ärzte, die seit langem um die Gesundheit „ihres“ Patienten kämpfen, nicht am Ende selbst seinen Tod herbeiführen wollen. Wenn ein Arzt aber zu der Überzeugung kommt, dass durch sein Tun nur das Sterben verlängert, nicht aber das Leben des Patienten erhalten wird, ist er dann nicht moralisch verpflichtet, diese Maßnahmen zu unterlassen? Sicher ist es schwieriger, im klinischen Alltag, in dem Fragen der Therapiebegrenzung oft tabuisiert werden, für den Abbruch einer Therapie zu argumentieren als für deren Erhalt. Als Ärzte bemessen wir therapeutische Optionen grundsätzlich daran, ob sie den Zustand des Patienten verbessern oder nicht. Der Therapieabbruch als nicht-therapeutische Option passt nicht in unser Denkmuster. Er setzt nämlich die Auffassung voraus, dass die Möglichkeiten der Medizin begrenzt und in dem konkreten Fall ausgeschöpft sind. Mehr noch: instrumentalisieren wir nicht bisweilen unsere Patienten unter dem Vorwand des ärztlichen Ethos als Objekte im Spannungsfeld der hochtechnisierten Medizin, um der Verantwortung für ihren Tod aus dem Weg zu gehen?

Auch unter Angehörigen wird die Frage des Therapieabbruchs oft tabuisiert. Einerseits sind sie emotional am stärksten involviert. Andererseits kennen sie den Patienten am besten, was sie dazu prädestiniert, seinen mutmaßlichen Willen in den medizinischen Entscheidungsprozess einzubringen. Oft empfinden Angehörige die Ergründung des mutmaßlichen Willens bezogen auf eine konkrete Entscheidungssituation als sehr belastend, weil sie das Gefühl haben, über

Leben und Tod zu entscheiden. Auch für sie ist es in der Regel leichter, das medizinisch Machbare einzufordern und den schicksalhaften Verlauf abzuwarten, als Mitverantwortung zu übernehmen für Therapiebegrenzung oder Behandlungsabbruch. Im vorliegenden Fall waren die Angehörigen dazu bereit. Dass sie damit möglicherweise auch ein eigenes Interesse verfolgten, indem sie ihrem eigenen Leid ein Ende setzten, schließt nicht aus, dass sie sich von der Überzeugung leiten ließen, im Sinne des Patienten zu handeln und damit das Bestmögliche für ihn zu erreichen. Im Vergleich zu den Angehörigen, die, indem sie das medizinisch Mögliche fordern, die Verantwortung ganz an die behandelnden Ärzte hätten abgeben können, stehen letztere sowohl rechtlich als auch moralisch in der Pflicht: sie müssen Entscheidungen treffen. Dabei stellt sich die Begründungspflicht für eine Behandlungsmaßnahme nicht nur am Anfang und am Ende, sondern kontinuierlich während des gesamten Behandlungszeitraums. Bezogen auf den vorliegenden Fall heißt das, dass die Fortsetzung der Herzpumpentherapie gleichermaßen begründungspflichtig ist wie deren Abbruch.

Der vorliegende Fall zeigt exemplarisch, dass Ärzte eher bereit sind, Verantwortung für Therapiebegrenzung bzw. Behandlungsabbruch zu übernehmen, wenn die Angehörigen dies wünschen. Dadurch wird die psychologische Hemmschwelle der behandelnden Ärzte, lebenserhaltende Maßnahmen zu beenden, gesenkt. Bezeichnend ist, dass der Anstoß zum Therapieabbruch von den Angehörigen kam, obwohl alle beteiligten Ärzte einschließlich des Pflegepersonals daraufhin ebenfalls für die Beendigung der Behandlung votierten. Es ist unwahrscheinlich, dass das Behandlungsteam erst zu dieser Überzeugung gelangte, nachdem die Angehörigen das Thema angesprochen hatten, zumal Ärzte naturgemäß aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz Diagnose und Prognose viel besser einschätzen können. Erst durch die Initiative der Angehörigen waren die Ärzte gezwungen, Stellung zu beziehen und ihre Einschätzung transparent zu machen.

Bleibt die Frage, ob es einen ethisch überzeugenden Unterschied zwischen Verzicht und Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen gibt. Kritiker mögen die Entscheidung, die Therapie abzubrechen, als „aktive“ Sterbehilfe bezeichnen. Dem ist zu entgegnen, dass die Intention des Therapieabbruchs nicht auf die Tötung des Patienten zielte. Diese wurde allenfalls billigend in Kauf genommen. Hinzu kommt die erhebliche zeitliche Latenz zwischen dem Abschalten der Herzpumpe und dem Eintritt des Todes. Das Argument, der Patient sei am Abschalten der Herzpumpe verstorben, wird durch diesen Umstand zumindest relativiert.

Zusammenfassend halte ich die Entscheidung für eine Ermessensfrage. Denn auch die Entscheidungsalternative, die Therapie fortzusetzen und den wahrscheinlichen Tod durch Komplikationen abzuwarten, scheint mir ethisch vertretbar zu sein. Neben dem oben aufgeführten Problem, den mutmaßlichen Willen des Patienten in Bezug auf die konkrete Entscheidungssituation zu eruieren, birgt auch die Prognose ein gewisses, wenn auch in diesem Fall sehr geringes Unsicherheitspotential. Beides sind Argumente, die meines Erachtens die Fortsetzung der Therapie ethisch rechtfertigen könnten. Im konkreten Fall halte ich es jedoch für angemessen, den mutmaßlichen Willen und damit das Argument der Lebensqualität über das Lebensschutzargument zu stellen, weil ich es für wahrscheinlicher halte, dem Patienten durch Fortsetzung der Therapie im Sinne seines mutmaßlichen Willens Schaden zuzuführen, als durch Abbruch der Therapie nicht zu seinem Wohl zu handeln.

Kommentar II

Oliver Rauprich

Der Fall scheint auf den ersten Blick nicht nur medizinisch, sondern auch ethisch klar zu sein: Die Erkrankung ist schwerwiegend und fortschreitend, jede Fortführung medizinischer Maßnahmen praktisch aussichtslos, und es besteht ein allseitiger Konsens – den mutmaßlichen Willen des Patienten eingeschlossen – darüber, dass es das Beste ist, die Behandlung abzubrechen.

Und dennoch können sich auf den zweiten Blick gewisse Zweifel einschleichen. Denn der schlechte Zustand und die schlechte Prognose ändern nichts daran, dass der Patient noch lebt und dass der Abbruch der Therapie möglicherweise zugleich auch den Abbruch seines Lebens bedeutet. Hier stellt sich die Frage nach möglichen ethischen Konflikten bei der Termination medizinischer Maßnahmen.

Grundsätzlich können zwei Formen des Behandlungsabbruchs unterschieden werden: Entweder man verhält sich passiv und verzichtet auf weitere Maßnahmen, beispielsweise auf einen weiteren chirurgischen Eingriff oder eine weitere medikamentöse Behandlung. Oder man verhält sich aktiv und führt eine Intervention zur Beendigung einer laufenden Behandlung durch, wie etwa das Abschalten von Geräten oder das Entfernen eines Tubus. In dem vorliegenden Fall handelt es sich um die zweite, aktive Form des Behandlungsabbruchs. Sie kann, wenn sie den Tod des Patienten bewirkt, als eine Tötung, und wenn sie den Tod des Patienten bezweckt, als eine aktive Form der Sterbehilfe angesehen werden.

Diese beiden Behauptungen bedürfen einer Erläuterung. Das Abschalten oder Entfernen von lebenserhaltenden Geräten wird, obwohl es sich um einen physischen Akt handelt, nach der vorherrschenden Sprachregelung gerade nicht als eine aktive, sondern als eine passive Sterbehilfe bezeichnet. Dahinter steht die Ansicht, dass durch eine solche Maßnahme der Tod des Patienten nicht herbeigeführt, sondern zugelassen wird, in dem Sinne, dass der Patient von selbst, aufgrund seiner Erkrankung, dazu tendiert, zu sterben, und der Behandlungsabbruch dieser Tendenz keinen Vorschub leistet, sondern lediglich seinen freien Lauf lässt. „Aktiv“ ist eine Sterbehilfe in dieser Lesart nur dann, wenn ein Patient nicht oder nicht so bald dazu tendiert, an seiner Erkrankung zu sterben, sondern sein Tod durch einen lebensbeendenden Eingriff, etwa dem Verabreichen eines Toxins, herbeigeführt wird.

Diese Unterscheidung bezieht sich allerdings offenbar weniger auf die Aktivität oder Passivität ärztlichen Handelns als vielmehr auf die Art und Weise, wie der Patient stirbt. Wenn man in Übereinstimmung mit einer langen philosophischen Tradition dasjenige als „natürlich“ bezeichnen möchte, was von selbst geschieht und dasjenige als „künstlich“, was durch menschliche Handlungen hervorgebracht wird, dann kann ein Tod, der nach der Unterlassung oder dem Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme eintritt, als „natürlich“, und einer, der durch eine lebensbeendende Maßnahme auftritt, als „künstlich“ bezeichnet werden. In dem vorliegenden Fall ist der Patient an der Schwäche seines natürlichen

Dr. phil. Oliver Rauprich

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Erlangen-Nürnberg, Glückstraße 10, 91054 Erlangen

Herzens gestorben, nachdem die künstliche, unterstützende Pumpe abgeschaltet wurde. Sein Tod war in diesem Sinne natürlich. Dagegen wäre es ein unnatürlicher Tod gewesen, wenn man ihm beispielsweise ein Herzgift verabreicht hätte.

Bei der sogenannten „passiven“ Sterbehilfe geht es also eigentlich um die Ermöglichung eines natürlichen und bei der sogenannten „aktiven“ Sterbehilfe um die eines künstlichen oder unnatürlichen Todes. Nun kann ein natürlicher Tod sowohl durch eine aktive Beihilfe in Form eines Abschaltens oder Entfernens bestehender lebenserhaltender Maßnahmen, als auch durch eine passive Unterlassung in Form eines Verzichts auf mögliche lebenserhaltende Maßnahmen ermöglicht werden. Das Abschalten der künstlichen Herzpumpe, wie es bei Herrn A. vorgenommen wurde, stellt eine aktive Beihilfe zu einem natürlichen Tod dar. Eine solche Maßnahme wird in der Ärzteschaft, unter Ethikern und auch in der Bevölkerung mehrheitlich als vertretbar und in manchen Fällen sogar als geboten angesehen, wohingegen die Beihilfe zu einem unnatürlichen Tod als sogenannte „aktive“ Sterbehilfe im allgemeinen kategorisch abgelehnt wird. Woran liegt das? Ein wesentlicher Grund dürfte in der Ansicht liegen, dass alles, was von Natur aus geschieht, niemanden zugeschrieben werden kann, wohingegen das, was künstlich von Menschen hervorgerufen wird, auch von ihnen zu verantworten ist. Jeder Mensch ist von Natur aus sterblich, und wenn jemand einen natürlichen Tod stirbt, dann liegt dies letztlich an seiner Natur als sterblicher Mensch, für die niemand etwas kann. Daraus folgt natürlich nicht, dass man jeden Menschen einfach sterben lassen darf. Es ist und bleibt die Pflicht eines jeden Arztes, sich der sterblichen Natur seiner Patienten entgegen zu stemmen. Aber dort, wo seine Kunst an die Grenzen kommt, wo der baldige Tod nicht mehr zu verhindern ist, oder wo nur ein beklagenswertes, unwürdiges Leben zu retten ist, dort erscheint es nach gängiger Ansicht zulässig, den natürlichen Sterbeprozess des Patienten freizugeben, indem man lebenserhaltende Maßnahmen unterlässt oder auch abbricht.

Demgegenüber stimmen auch in den Fällen, in denen die Medizin nicht mehr viel ausrichten kann, die wenigsten Ärzte, Ethiker und Bürger einer künstlichen Lebensbeendigung zu. Ein wesentlicher Grund für diese Haltung liegt vermutlich darin, dass eine solche Maßnahme als die entscheidende Ursache und der durchführende Arzt als der entscheidende Verursacher des Todes angesehen wird, wohingegen bei der ärztlichen Beihilfe zu einem natürlichen Tod, nicht der Arzt und sein Tun bzw. Unterlassen, sondern die Krankheit des Patienten und letztlich dessen sterbliche Natur als die entscheidende Ursache angesehen werden kann. In diesem Sinne wird das eine als eine Tötung, das andere hingegen lediglich als ein Sterben lassen begriffen. Bei einer Tötung muss der Arzt, der die lebensbeendende Maßnahme durchführt, die entscheidende Verantwortung für den Tod des Patienten übernehmen, bei einem Sterben lassen kommt ihm lediglich eine nachgeordnete Verantwortung zu, die eigentliche Ursache liegt beim Sterbenden selbst.

Aber ist diese Ansicht plausibel? Ist der aktive Abbruch eines mit künstlichen Mitteln aufrecht erhaltenen Lebens keine Tötung, sondern lediglich ein Sterben lassen? Es gibt Beispiele, in denen eine solche Ansicht intuitiv weniger überzeugend erscheint, als im Fall von Herrn A. Wäre es nicht beispielsweise als eine Tötung anzusehen, wenn man Patienten zum Tode verhilft, indem man ihren Herzschrittmacher abschaltet oder ihren künstlichen Darmausgang verschließt oder ihre fremde Niere entfernt? Diese Menschen würden zwar ebenfalls eines natürlichen Todes sterben in dem Sinne, dass sie von selbst, aufgrund

ihrer Grunderkrankung, dazu tendieren und der Behandlungsabbruch dieser Tendenz keinen Vorschub leistet, sondern lediglich seinen freien Lauf lässt. Aber dennoch würden wohl die meisten eine solche Maßnahme als Tötung werten. Immer dann wenn ein Mensch mehr oder weniger gut mit seinen künstlichen Hilfsmitteln leben kann, fällt es schwer, das Abschalten oder Entfernen dieser Hilfsmittel lediglich als ein Sterben lassen zu bezeichnen, wenn dies den Tod nach sich zieht. Denn es liegt nahe, die künstlichen Hilfsmittel in diesen Fällen als vollwertigen Ersatz für die natürlichen Organe anzusehen und von daher das Ausschalten ihrer Funktion mit dem Ausschalten der Funktion der entsprechenden natürlichen Organe gleichzusetzen. Ob man bei jemanden die Funktion des natürlichen oder des künstlichen Herzschrittmachers ausschaltet, scheint für die Ursächlichkeit und somit für die Verantwortung des nachfolgenden Todes keinen wesentlichen Unterschied zu machen.

Wenn diese Einschätzung plausibel erscheint, dann ist es fraglich, ob die Unterscheidung zwischen einer sog. „passiven“ Sterbehilfe im Sinne der Ermöglichung eines natürlichen Todes und der sog. „aktiven“ Sterbehilfe im Sinne der Ermöglichung eines künstlichen oder unnatürlichen Todes in ethischer Hinsicht entscheidend ist. Und so gesehen kann man auch den vorliegenden Fall kritisch hinterfragen. Wo liegt der entscheidende Unterschied zwischen dem Verabreichen eines Herzgiftes oder dem Abschalten eines Herzschrittmachers und dem Abschalten einer künstlichen Herzpumpe? Herr A. hatte schon einige Monate mit der Herzpumpe gelebt, und er hätte wohl durchaus noch einige Zeit mit ihr weiter leben können. Es sind zwar andere, zerebrale Komplikationen aufgetreten, die seinen Tod in absehbarer Zeit wahrscheinlich gemacht haben. Aber an einem Herzversagen wäre er vermutlich nicht so schnell gestorben, wenn man nicht von ärztlicher Seite aus eingegriffen hätte.

Insofern das Abschalten der Herzpumpe zu einem Ausfall der Herzfunktion und somit zum Tod von Herrn A. geführt hat, ist meines Erachtens nicht einem Sterbenden das Sterben ermöglicht, sondern ein Sterbender getötet worden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob damit die ethische Beurteilung des Falles entschieden ist. Die Tötung von Patienten ist trotz mancher in- und ausländischer Euthanasiebestrebungen nach wie vor ein Tabu. Auf der anderen Seite sieht man es vielfach durchaus als ein ethisches Gebot an, Menschen mit einer extrem niedrigen und nicht mehr zu verbessernden Lebensqualität einen baldigen Tod zu ermöglichen, wenn sie es mutmaßlich oder erklärtermaßen wünschen. Deshalb sucht man nach Wegen, die zum Tod des Patienten führen, ohne ihn jedoch töten zu müssen. Die diffizilen und längst nicht immer eindeutigen Unterscheidungen, die bei theoretischen Erörterungen in diesem Zusammenhang vorgebracht werden, - z.B. die zwischen einem aktiven und passiven Behandlungsabbruch, einer Beihilfe zum natürlichen und unnatürlichen Tod, einem Sterben lassen und einem Töten, einer direkten und indirekten Sterbehilfe, einem Beabsichtigen und einem Vorhersehen des Todes – all diese Unterscheidungen haben die Funktion, einen solchen Weg aufzuzeigen und sich argumentativ mehr oder weniger geschickt um das Tötungsverbot herumzuzwängen. Ich fürchte jedoch, dass diese gewundenen Argumentationsweisen vielfach nicht überzeugen können.

Eine andere Möglichkeit, für eine Sterbehilfe zu argumentieren, besteht darin, das Tötungsverbot in Frage zu stellen. Man kann verschiedene Argumente gegen dieses Verbot vorbringen: Am häufigsten wird das Wohl des Patienten genannt. Wenn das Leben für einen Menschen aufgrund einer schweren Krankheit unerträglich geworden ist und an diesem Zustand auch nichts mehr geändert

werden kann, dann kann der Tod dem Wohl dieses Menschen dienen. In Bezug auf dem vorliegenden Fall ist allerdings zu fragen, inwiefern man bei einem im Koma liegenden Patienten, der keine Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit mehr hat, überhaupt von einem Leid sprechen kann. Gelitten haben allerdings sicherlich die Angehörigen und womöglich auch die behandelnden Pflegekräfte und Ärzte. Ein anderer Grund, der für die Herbeiführung des Todes eines Patienten sprechen kann, ist der erklärte oder mutmaßliche Wille des Patienten. Jedem Menschen wird das Recht eingeräumt, auch das Ende seines Lebens weitgehend selbst bestimmen zu können. Dieses Recht bedeutet zwar keine Pflicht für die Ärzte, ihre Patienten auf Verlangen zu töten und entbindet sie auch nicht von ihrer Verantwortung für ein solches Tun. Jedoch erleichtert ein entsprechender Wille des Patienten fraglos die ärztliche Entscheidung für eine Sterbehilfe. Schließlich kann der Abbruch einer Behandlung auch mit einer medizinischen Aussichtslosigkeit begründet werden, insbesondere wenn die vorhandenen Ressourcen dringend für andere Patienten benötigt werden.

In dem vorliegenden Fall lassen sich alle drei Gründe anführen. Die Frage ist, ob sie gewichtig genug sind, um die aktive Herbeiführung des Todes des Patienten rechtfertigen zu können. Solange man im Bereich der Medizin ein kategorisches Tötungsverbot vertritt, besteht kaum ein Spielraum für ihre Berücksichtigung. Es gibt jedoch eine zunehmende Anzahl von Kritikern, die gerade angesichts solcher Fälle die Ausnahmslosigkeit dieses Verbots in Frage stellen. Derartigen Bestrebungen stehen allerdings viele skeptisch gegenüber, was angesichts der festen Verwurzelung des Tötungsverbots in der abendländischen und speziell auch der ärztlichen Kultur nicht verwundern kann. Es ist durchaus richtig, diese Kultur ernst zu nehmen. Eine leichtfertige Aufweichung des Tötungsverbots wäre sicher nicht angemessen. Auf der anderen Seite kann es bei solch tragischen Fällen wie dem von Herrn A. nicht ausbleiben, seinen Sinn zu hinterfragen. Nur sollte man sich nichts vormachen: die aktive Herbeiführung des Todes eines Patienten wird nicht deshalb zu einem bloßen Sterben lassen, weil sie durch das Abschalten von künstlichen Geräten erfolgt.

Zusammenfassend kann der erfolgte Therapieabbruch angesichts der äußerst schwerwiegenden Umstände und des mutmaßlichen Willens des Patienten meines Erachtens als ethisch vertretbar, wenn auch nicht unproblematisch gewertet werden. Denn es handelt sich um eine Tötung. Der Fall zeigt exemplarisch auf, wie eine zunächst sicherlich indizierte und von allen Beteiligten gewünschte intensivmedizinische Behandlung in ethische Konflikte führen kann, wenn es zu Komplikationen kommt und das Leben des Patienten bei abnehmender Hoffnung auf Genesung in eine zunehmende Abhängigkeit von der medizinischen Versorgung gerät. Für die nähere Zukunft ist mit der Entwicklung von Herzunterstützungssystemen zu rechnen, die es den Patienten ermöglichen, nicht nur die Wartezeit auf ein Transplantat zu überbrücken, sondern längerfristig mit ihnen zu leben. Von daher ist es abzusehen, dass in Zukunft wesentlich mehr Menschen an solche Geräte angeschlossen werden und dementsprechend auch solche medizinischen und ethischen Komplikationen, wie sie bei Herrn A. aufgetreten sind, häufiger werden.