

Die starke Herausstellung des Motivs des Gedenkens für die Erschließung dessen, was die christliche Liturgie ist, sollte nicht vergessen lassen, dass auch andere Motive bedeutsam sind. So könnte beispielsweise ergänzend auf die eigene Bedeutung hingewiesen werden, die der Spendung einerseits und dem Empfang andererseits der gesegneten und gewandelten Zeichen des Wassers, des Öls, des Brotes und des Weines im Blick auf die Begründung und Bestätigung und Vertiefung der Kommunion der Christen mit ihrem Herrn Jesus Christus und mit ihren Brüdern und Schwestern in der Kirche zukommt.

Der Verf. hat die jüdischen und die christlichen Formen der Liturgie und des ihr zugehörigen Anamnese-Gedankens nebeneinander gestellt und ihre strukturellen Verwandtschaften herausgearbeitet. Das hat sich als fruchtbar gezeigt. Es wäre freilich möglich gewesen, die innere Zusammengehörigkeit von beidem in einer heute möglichen Israel-Kirche-Theologie noch stärker zu verankern.

W. LÖSER S. J.

SAHM, STEPHAN, *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht (Kultur und Medizin; Band 21). Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag 2006. 265 S., ISBN-13: 978-3-593-38179-4.

Der Autor ist Chefarzt eines Krankenhauses und zugleich Lehrbeauftragter für Ethik in der Medizin am Fachbereich Medizin der Universität Frankfurt am Main. An zahlreichen Stellen des Buches zeigt sich neben dem Ethiker der engagierte Arzt, der sich vor allem im zweiten Kap. „Widerstreitende Begriffe in Judikatur und medizinethischen Dokumenten der Ärzteschaft“ (29–48) mit Juristen und Ethikern nicht nur über begriffliche Feinheiten, sondern über die Sache „medizinischer Handlungen am Lebensende“ kritisch auseinandersetzt.

Das Buch besteht aus drei Teilen, wenn dies auch leider nicht aus der Gliederung unmittelbar ersichtlich ist. Im ersten Teil stellt Sahn (= S.) in einer Einführung (14–28) Fragestellung und Gegenstand seiner Untersuchung vor. Im zweiten Kap. diskutiert er anhand einschlägiger Urteile des BGH zu Fragen des Behandlungsabbruchs (z. B. Ernährung durch Magensonde) und des mutmaßlichen Patientenwillens den Sprachgebrauch passive und indirekte Sterbehilfe, die den Sachverhalt medizinischer Maßnahmen unzureichend und missverständlich wiedergeben, und schlägt als Alternative in Anlehnung an die Bundesärztekammer die Formulierungen „Änderung des Therapieziels“ und „Begrenzung spezifischer Therapiemaßnahmen“ vor. Die „Kritik der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich assistierten Suizids“ (49–63) ist Gegenstand des dritten Kap.s, in dem S. die Auffassung zurückweist, der Intention nach seien Therapiebegrenzung und aktive Sterbehilfe gleichsinnig und daher sei die Aktiv-passiv-Unterscheidung unter ethischer Rücksicht irrelevant. Die Befürworter aktiver Sterbehilfe verweisen u. a. auf die Autonomie des Patienten, die auch den Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens rechtfertige. S. versucht dieses Argument u. a. mit dem Hinweis auf den Zusammenhang von Autonomie und „Naturwüchsigkeit“ (55) zu widerlegen. Leider wird nicht klar, wieso die „Naturwüchsigkeit“ geeignet ist, das „Autonomieargument“ im Sinne der Befürworter aktiver Sterbehilfe zu widerlegen. Umso überzeugender markiert S. im vierten Kap. (64–72) die Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende und plädiert auf der Basis einer umsichtigen medizinischen Indikation für Transparenz und gemeinsame Absprache der weiteren Therapie zwischen Patienten, Angehörigen und Ärzten. In einem Exkurs behandelt S. die im Anschluss an das medial inszenierte Sterben der Terri Schiavo aufgeworfene Problem der künstlichen Ernährung am Lebensende. S. macht deutlich, dass Wachkomapatienten keine Sterbenden sind und dass deshalb für diese Gruppe auch andere Kriterien gelten als für Sterbende, bei denen künstliche Ernährung u. U. den Sterbeprozess unnötig hinauszögert. In diesem Kontext spricht S. wiederholt von „Ernährungstherapie“ und „Ernährungsmedizin“ und verteidigt gegenüber juristischen Positionen die Auffassung, dass auch Ernährung Gegenstand einer eigenen originären medizinischen Indikation sei. Nach juristischer Auffassung besteht aber in der Regel eine Pflicht zur Ernährung, weil sie zu den Grundbedürfnissen gehört und deshalb nicht als Krankheit anzusehen ist. Krankheiten bedürfen einer medizinischen Indikation, weil diese überhaupt erst ärztli-

ches Handeln legitimiert, Grundbedürfnisse aber nicht. Das Legen einer Magensonde verlangt eine medizinische Indikation, wenn anders ein Patient keine Nahrung mehr zu sich nehmen kann. Doch bedeutet das nicht, es werde eine Indikation für Ernährung ausgestellt.

Der zweite Teil der Untersuchung beginnt mit dem sechsten Kap. „Die Patientenverfügung“ (79–94), das wichtige Informationen und Klärungen für den anschließenden Bericht über eine Studie an 100 Tumorpatienten, gesunden Kontrollpersonen, Pflegenden und Ärzten zur Akzeptanz der Patientenverfügung bietet. Über Fragestellung, Methodik, Ergebnisse und Diskussion der Befunde dieser empirischen Untersuchung berichtet das siebte Kap. (95–176). S. betont ausdrücklich, dass die Studie nicht den Anspruch erhebt, im statistischen Sinne repräsentativ zu sein, dennoch sind ihre Ergebnisse aufschlussreich. Es zeigt sich u. a. eine deutliche Diskrepanz zwischen der generellen Befürwortung von Patientenverfügungen und der tatsächlich vorhandenen Zahl von Patientenverfügungen. Anhand von fünf Fallbeispielen, die die Frage bestimmter Behandlungsmöglichkeiten am Lebensende beinhalten, hat S. die Frage nach der Verbindlichkeit von Verfügungen bezüglich der Entscheidung für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen am Lebensende gestellt: Nur jene, die bereits eine Patientenverfügung besitzen, sprachen sich mehrheitlich für eine Verbindlichkeit in diesen Situationen für den Fall aus, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten, während die Mehrheit bei allen Gruppen den Verfügungen für diesen Fall keine Verbindlichkeit für das weitere ärztliche Vorgehen zumessen. S. plädiert aufgrund der Ergebnisse der Studie als Alternative zur Patientenverfügung für einen „umfassenden Versorgungsplan“ (*advanced care planning*) (187–193), der gerade der Problematik Rechnung tragen soll, dass es sehr schwierig bis unmöglich ist, Behandlungspräferenzen in der Zukunft zu antizipieren. Deshalb sollen in Fällen, in denen Patienten nicht mehr selbst entscheiden können, Angehörige als deren natürliche Vertreter, und Ärzte über das weitere Vorgehen entscheiden. Im Unterschied zur Patientenverfügung legt der „umfassende Versorgungsplan“ keine einzelnen Maßnahmen fest, sondern verständigt sich auf einen Prozess zwischen Patienten, Angehörigen und Ärzten mit dem Therapieziel der Leidensminderung. Dadurch wird es möglich, Entscheidungen zu treffen, die nahe genug an der Situation sind, und die Angehörige mit in den Prozess integrieren, um dadurch unnötige Konflikte zwischen ihnen und Ärzten zu vermeiden.

Nach dem detaillierten Literaturverzeichnis (194–210) folgt als dritter Teil ein Anhang mit wichtigen Dokumenten zur Medizinethik (211–257), der die aufmerksame Lektüre des ersten Teils unterstützt. Die Untersuchung schließt mit einem Register (258–265).

Insgesamt ist die aufmerksame Lektüre des Buches allen zu empfehlen, die an Fragen der Sterbebegleitung wie auch der Patientenverfügung und deren möglicher rechtlicher Ausgestaltung interessiert sind. Der Alternativvorschlag eines „umfassenden Versorgungsplans“, den S. am Ende der Auswertung der empirischen Untersuchungen vorschlägt, scheint angesichts der Schwierigkeiten von Vorausverfügungen für zukünftig mögliche Szenarien plausibel und auch für Befürworter von Patientenverfügungen als Ergänzung erwägenswert. Positiv hervorzuheben ist die Anlage der empirischen Studie, die vor allem durch die präzise Fragestellung, die Fallbeispiele wie die unterschiedlichen Gruppen überzeugt.

Fraglich bleibt für den Rez., ob die „Intention“ (50 u. a.) die Beweislast gegen die Kritiker der Aktiv-passiv-Unterscheidung bzw. deren Korrektur wirklich zu tragen vermag – und dies nicht nur deshalb, weil auch beste Absichten nicht einziges Kriterium für die sittliche Qualität von Handlungen sind. Auch wer bei Schwerkranken und Sterbenden den Tod als „Erlösung“ ansieht, tötet ja nicht. Präziser lässt sich die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen durch eine handlungstheoretische Unterscheidung fassen. Bei aktiver Sterbehilfe (= Tötung) ist das Handeln des Arztes sowohl notwendige wie *einzig hinreichende* Bedingung für den Tod des Patienten; beim Sterbenlassen ist das Handeln des Arztes nicht die einzig hinreichende Bedingung des Todeseintritts, da der Tod eines Menschen in der Regel kausal überdeterminiert ist. Außerdem wäre unmissverständlich herauszustellen, dass die Bejahung der Endlichkeit menschlichen Lebens nichts mit Tötungsabsicht zu tun hat.

J. SCHUSTER S. J.