

Unverfügbarkeit des Lebens und medizinische Praxis

Eine ethische Analyse

Ethik-Forum „Unverfügbar“ - Köln, 15.3.2016

Dr. med. Christian Hick, M.A.
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität zu Köln

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte in meinem Vortrag den Begriff „Unverfügbarkeit“ näher untersuchen.

Genauer: Den Begriff „Unverfügbarkeit des Lebens“ im Hinblick auf die Praxis der modernen Medizin. Dies aus ethischer, nicht aus theologischer Sicht.

Zunächst scheint das schwierig: Der Ausdruck „menschliches Leben ist unverfügbar“ ist eine klassische theologische Argumentation, mit der im Bereich der Medizin vor allem Handlungen wie Abtreibung oder aktive Sterbehilfe kritisiert werden. Unverfügbar ist menschliches Leben dann deswegen, weil es von Gott geschaffen und unbedingt angenommen ist. Kann man von „Unverfügbarkeit“ ohne diesen theologischen Hintergrund überhaupt sinnvoll sprechen?

Um hier klarer zu sehen möchte ich daher zunächst zeigen, wie der Begriff - ohne expliziten theologischen Bezug -, auch in medizinethischen Argumentationen verwendet wird. Anschließend werde ich an einem Beispiel prüfen, inwiefern die medizinische Praxis die Unverfügbarkeit des Menschen respektiert. Möglicherweise wird hier der Begriff in einer Weise gebraucht, die zu Missverständnissen und moralischer Verwirrung Anlass gibt.

Ich werde daher in meinem Beitrag die folgenden Punkte behandeln:

1. Die Bedeutung des Begriffs Unverfügbarkeit
2. Die Verwendung des Begriffs Unverfügbarkeit in medizinethischen Argumentationen
3. Philosophische Argumente zur „Unverfügbarkeit menschlichen Lebens“
4. Untersuchung des medizinischen Umgangs mit der Unverfügbarkeit an einem Beispiel aus der neonatologischen Intensivmedizin

In einem abschließenden Ausblick möchte ich fragen, inwiefern der Begriff „Unverfügbarkeit“ Ausdruck einer bestimmten Form von Ethik ist, die mit Prinzipien und Imperativen arbeitet - und ob es nicht, gerade für den medizinischen Bereich hier Alternativen gibt.

Der Begriff „Unverfügbarkeit“ geht auf das mittelhochdeutsche „vervüegen“ zurück, das eigentlich „einrichten“, d.h. „am richtigen Platze einfügen“ bedeutet. In übertragender Bedeutung dann aber auch: „bestimmen, was geschehen soll“. In der heutigen Sprache wird „verfügen“ gebraucht für eine amtliche Anordnung, für die „Bestimmung was mit jemandem geschehen kann“ („bitte verfügen Sie über mich“) oder für einen Besitz, der einem uneingeschränkt und nach Belieben zur Verfügung steht.

Das Bedeutungsfeld von Verfügbarkeit umfaßt also einen räumlichen Aspekt („passend einfügen“), einen Herrschaftsanspruch („bestimmen“) und einen Eigentumstitel („uneingeschränkte Verfügungsgewalt“). Umgekehrt wäre die Unverfügbarkeit dann eine in gewisser Weise anarchische Freiheit von Herrschaft und Entfremdung sowie ein Widerstand gegen das „passend einfügen“ - auch in übertragenem Sinn.

Der im theologischen Kontext oft analog gebrauchte Ausdruck von der „Heiligkeit des Lebens“ geht über den Freiheitskontext des Begriffes Unverfügbarkeit noch hinaus. Er macht deutlich, dass menschliches Leben ein heiliger, d.h. ein abgeschlossener, abgegrenzter Bezirk ist, für den die üblichen Zugriffsmöglichkeiten ausgeschlossen sind: ein göttlicher Bereich, der sich vom profanen abgrenzt.

Wie großzügig mit dem Begriff „Unverfügbarkeit“ im medizinethischen Berichten umgegangen wird zeigt ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt zum 104. Deutschen Ärztetag im Jahr 2001. Die Überschrift spricht von „TOP I Ethik“ - mit dem präzisierenden Untertitel: „Die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens“. Weiter heißt es: „Die Delegierten des Ärztetages legten sich (vorerst) fest: nein zur embryonalen Stammzellforschung, nein zur aktiven Euthanasie. Bei der Präimplantationsdiagnostik konnten sie sich auf keine eindeutige Position einigen.“ Erstaunlicherweise wird im Text des Artikels auf den Begriff „Unverfügbarkeit“ und etwaige ethische Argumentationen, die sich auf ihn stützen, dann nicht weiter eingegangen. Lakonisch

stellt die Autorin lediglich fest „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Das wird wohl von niemandem bestritten“. Diese aus ethischer Sicht magere Argumentation ist aber im Vergleich zu den Beschlussprotokollen des Ärztetags selbst noch ausführlicher geraten. In den Protokollen ist von Unverfügbarkeit gar nicht die Rede. Im Hinblick auf die Entscheidungen zum Umgang mit menschlichen Embryonen und dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe findet sich lediglich die Berufung auf die „normativen Maßstäbe der Verfassung“, wozu auch die „Würde des Menschen“ gehöre.¹ Eine Verrechtlichung der Diskussion, die von außen betrachtet doch eher enttäuschend wirkt.

In der medizinethischen Fachliteratur wird der Begriff „Unverfügbarkeit“ dagegen durchaus häufiger verwendet. Beispielhaft habe ich hier das - sehr empfehlenswerte - Lehrbuch von Giovanni Maio „Mittelpunkt Mensch“ untersucht, wo der Begriff auf 15 der 395 Seiten - also durchaus häufig und oft in zentraler Funktion verwendet wird.

Im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch stellt Maio fest, dass die Schwangere keine Verfügungsbefugnis über das Leben des Ungeborenen hat (S. 225). Dass andererseits aber aus der Würde und der Unverfügbarkeit *der schwangeren Frau* folgt (S. 226), dass sie nicht zum Austragen des Kindes gezwungen werden kann. Mit Blick auf die Präimplantationsdiagnostik wird gefordert, zu rechtfertigen, warum das „totale Verfügen über vorgeburtliches Leben“ - d.h. „die Verwendung des Embryos als Sache“ gerechtfertigt sein soll (S. 235).

Als Grundlage einer kindorientierten Ethik weist Maio darauf hin, dass auch Kinder in ihrer „grundsätzlichen Unverfügbarkeit“ (S. 269) respektiert werden müssen - auch wenn das Kind „zur Formulierung eines autonomen Willens noch nicht fähig ist“ (S. 270). Die Unverfügbarkeit gilt für ihn unabhängig von der Möglichkeit, in voller Selbstbestimmung entscheiden zu können

Auch medizinische Forschung kann, wenn nicht bestimmte Regeln eingehalten werden, ethisch problematisch werden: „Verdinglichung und Verzweckung verstoßen gegen die grundsätzliche Unverfügbarkeit und Selbstzwecklichkeit des Menschen“ (S. 298). Hier wird der Begriff Unverfügbarkeit gestützt, indem ihm

Kants Idee vom Menschen als „Zweck an sich selbst“ zur Seite gestellt wird. Bei einem Notfall, wie der Rettung eines akut bedrohten Lebens, darf nach Maio nicht ökonomisch gefragt werden „ob es sich lohnt“. Vielmehr ist der Wert der Unverfügbarkeit stärker zu gewichten als „Gerechtigkeitsgesichtspunkte“. Die Unverfügbarkeit des Menschen ist „unhintergebar und [kann] daher nicht mit Effizienzgesichtspunkten verrechnet werden“ (S. 311)

In einer Kritik an der Forderung nach aktiver Sterbehilfe weist Maio darauf hin, dass die Reduktion der Debatte auf die Freiheit autonom über sein Leben entscheiden zu dürfen, einen wichtigen Aspekt ausblendet: Die Frage wie wir selbst unser Leben verstehen. Er gibt zu bedenken, dass wir unser Leben ja nicht selbst gemacht haben, dass es vielmehr ein „Gegebenes und daher Unverfügbares ist“ - über das wir nicht beliebig disponieren können

Mit Blick auf die Reproduktionsmedizin wird in ähnlicher Weise argumentiert:

„Denn bei aller Technik wohnt dem Anfang eines Menschen immer noch etwas Geheimnisvolles inne. Es gibt so etwas wie ein Geheimnis der Entstehung des Menschen, und gerade dieses Geheimnis des Anfangs fordert auf zur Demut. Es fordert auf zu der Einsicht, dass das Entstehen eines Menschen nicht als machbar, sondern immer als ein unverfügbares Ereignis anzusehen ist.“²

Aus dieser stichprobenhaften Analyse der Verwendung des Begriffs

„Unverfügbarkeit“ in einem medizinethischen Kontext ergibt sich das folgende Ergebnis. Mit dem Begriff „Unverfügbarkeit“ werden Handlungen kritisiert, die

- über ein anderes menschliches Leben entscheiden
- einen Menschen verdinglichen oder als Sache behandeln
- Die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens besteht zudem auch dann, wenn eine autonome Entscheidung (z.B. bei Kindern) nicht möglich ist
- Sie schützt das Individuum vor einem Nutzenkalkül
- Sie ist verwandt mit der Kantischen Idee, dass Menschen niemals nur als Mittel, sondern immer auch als Zweck an sich selbst zu behandeln sind.
- Unverfügbarkeit ist unhintergebar, d.h. nicht hinterfragbar und nicht weiter begründbar.

- Menschliches Leben, auch unser eigenes ist unverfügbar, weil es nicht von uns gemacht, sondern uns geschenkt oder gegeben wurde

Die Verwendung des Begriffes “unverfügbar” in der Medizinethik führt wie wir gesehen haben zwar zu vielen intuitiv “sympathischen” und nachvollziehbaren ethischen Einschätzungen: “Nicht Verdinglichen”, “keinem Nutzenkalkül ausliefern”. Gleichzeitig gelingt aber die Begründung, warum die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens als ethisches Kriterium gelten soll nur sehr unvollkommen. Kant hatte für den analogen Begriff der “Selbstzweckhaftigkeit des Menschen” eine Begründung geliefert, die allerdings in strenger Hinsicht nur für reine Vernunftwesen gilt: Als vernünftiges Wesen kann sich der Mensch nicht als bloßes Mittel zu den Zwecken anderer vorstellen.

Maios Feststellung, dass wir uns nicht selbst gemacht haben, sondern das Leben als Geschenk empfangen haben, ist sicherlich richtig. Aber folgt daraus schon, dass wir nicht über unser eigenes Leben oder über das Leben eines Patienten verfügen dürfen, wenn sich dieser selbst den Tod wünscht?

Das Argument von der Unverfügbarkeit menschlichen Lebens kann aus meiner Sicht am ehesten durch Albert Schweizers Ethik der „Ehrfurcht vor dem Leben“ gestärkt werden. Die Grundintuition Schweizers, welche dieser während des ersten Weltkrieges in Französisch-Äquatorialafrika entwickelt hatte, lässt sich in der Einsicht zusammenfassen. „Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“³.

Für einen solche Ansatz gilt: “Gut ist Leben erhalten, Leben fördern, entwickelbares Leben auf seinen höchsten Wert bringen. Böse [ist]: Leben vernichten, Leben schädigen, entwickelbares Leben niederhalten.”

Diese Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben macht keinen Unterschied zwischen „höherem und niedererem, wertvollerem und weniger wertvollem Leben“⁴. Warum nicht? Weil diese Wertunterschiede nicht in den Lebewesen selbst liegen, sondern nur darin bestehen, „ob sie uns [...] nach unserm Empfinden näher oder ferner zu stehen scheinen, was ein ganz subjektiver Maßstab ist“⁵

So naheliegend diese Betrachtungsweise vor allem von einem christlichen Standpunkt zu sein scheint, ist doch zu bedenken, wie Schweizer diese Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben weiter charakterisiert: Sie ist „nicht ‚verstandesgemäß‘, sondern irrational und enthusiastisch. Sie steckt keinen klug abgemessenen Kreis von Pflichten ab, sondern legt dem Menschen die Verantwortung für alles Leben, das in seinem Bereich ist, auf und zwingt ihn, sich ihm helfend hinzugeben⁶.“

Eine Ethik also, die Opfer und Hingabe verlangt, die „verständige Einwände“ mit Begeisterung zu überwinden vermag und die uns die uneingeschränkte Verantwortung für alles Lebendige überträgt.

Nach diesen Gedanken zur „Unverfügbarkeit menschlichen Lebens“ auch im medizinethischen Kontext, möchte ich jetzt an einem Beispiel aus der Neonatologie zeigen, wie vieldeutig die medizinethische Analyse wird, wenn versucht wird, das Kriterium der „Unverfügbarkeit menschlichen Lebens“ konkret anzuwenden. Es handelt sich um einen Fall aus der klinischen Ethik-Beratung der Uniklinik Köln. Identifizierende Merkmale wurden geändert.

Ein 9 Monate alter Säugling leidet seit der Geburt an einem Verschluss der Lungenarterie in Verbindung mit einem Ventrikelseptumdefekt. Nach der operativen Korrektur dieser Fehlbildung im Alter von 7 Monaten kam es zu einem ausgeprägten Versagen des rechten Herzventrikels, so dass eine extrakorporale Membranoxygenierung zum Ersatz des unzureichenden Sauerstoffaustauschs im Bereich der Lungen erforderlich wurde - eine Therapie, die aufgrund der damit verbundenen Risiken in der Regel nur als *ultima ratio* eingesetzt wird. Im weiteren Verlauf traten massive Herzrhythmusstörungen auf, die schließlich zu einem Herzstillstand führten. Die Reanimation wurde über einen Zeitraum von 50 Minuten durchgeführt, bis sie schließlich erfolgreich war, wobei im Anschluss eine erneute extrakorporale Lungenunterstützung für 1 Woche erforderlich wurde.

Anschließend entwickelte sich trotz Intensivtherapie eine globale Herzinsuffizienz mit Nierenversagen. Zunächst wurde daher eine Hämodialyse und wegen des schlechten Gefäßstatus anschließend eine Peritonealdialyse durchgeführt. Trotzdem bestand weiterhin eine massive Wassereinlagerung im Gewebe. Im Bereich des

Gehirns waren wohl als Folge der langanhaltenden Reanimation Einblutungen ins Marklager aufgetreten. Die Infektionszeichen sind kontinuierlich erhöht, ohne dass eine Antibiotikatherapie bisher eine Besserung erreichen konnte - und ohne dass eine Quelle der Infektion identifiziert wurde. Aus Sicht der Pflege wird berichtet, dass das Kind trotz Sedierung und Analgesie oft leidend wirkt und sich immer wieder Stressphasen beobachten lassen. Aus medizinischer Sicht sind seit einigen Wochen alle potentiell kurativen Therapieoptionen erschöpft. Weder chirurgisch noch über Katheter-Verfahren kann eine Besserung der kardialen Situation erreicht werden.

Hier soll es nicht um die klinisch-ethische Frage gehen, wie therapeutisch weiter vorzugehen wäre - und ob eine Therapiebegrenzung angesichts des Multiorganversagens und der fehlenden kurativen Möglichkeiten gerechtfertigt wäre.

Ich habe die Fallgeschichte hier vor allem deswegen vorgestellt um zu klären, in welcher Hinsicht die "Unverfügbarkeit menschlichen Lebens" respektiert wurde. Zunächst scheint eindeutig, dass das Behandlungsteam alles getan hat, um das Leben des Kindes zu erhalten. Die operative Therapie von Pulmonaltresie und Ventrikelseptumdefekt war sicherlich lebensrettend. Auch alle weiteren Maßnahmen, die wie Reanimation und Behandlung lebensbedrohlicher Komplikationen dienen dem Ziel: Das Kind nicht sterben zu lassen - auch wenn die Maßnahmen immer eingreifender und die Situation des Kindes immer bedrohlicher wurde.

Ab einem bestimmten Zeitpunkt, der schwer genau anzugeben ist, scheint es aber, dass das Multiorganversagen mit maximaler Therapie bestenfalls stabilisiert werden konnte. Eine Perspektive zum "Weiter"-Leben für das Kind ist nicht mehr erkennbar. Versucht man jetzt mit "Unverfügbarkeit des Lebens" zu argumentieren, um die weitere Behandlung zu rechtfertigen, wird die Betrachtungsweise merkwürdig schief. Ist es nicht gerade umgekehrt so, dass die intensivmedizinischen Maßnahmen, ohne Aussicht auf Besserung oder Wiederherstellung einer minimalen "Gesundheit" ein erheblicher Eingriff in das Leben des Kindes sind? Dass hier also, ab einem bestimmten Punkt, die Intensivmedizin über das Leben des Kindes verfügt, über sein

Leben *als Kind*, gerade indem sie sein Leben auf “physiologischer” Ebene erhält?
Wie ist diese Ambivalenz aufzulösen?

Mir scheint es, dass diesem und in ähnlich gelagerten Fällen nicht nur die “Unverfügbarkeit des Lebens” berücksichtigt werden sollte, sondern auch die “Unverfügbarkeit des Todes” bedacht werden muss. Was ist damit gemeint? Ab einem gewissen, im Einzelfall schwer präzise anzugebenden Punkt vieler intensivmedizinischer Behandlungen, dient die Behandlung nicht mehr dem “Leben”, sondern verhindert nur noch den Tod. Die biologischen Lebenserhaltungsmaßnahmen werden weiter geführt, obwohl sich die Situation geändert hat und vor allem für Außenstehende weniger die Erhaltung des Lebens als das Aufhalten des Todes das Behandlungsziel zu sein scheint. Genau hier könnte man, mit dem Begriff der „Unverfügbarkeit des Todes“ argumentieren: Ist denn nicht auch der Tod des Menschen zu respektieren? Und wird dieser Tod nicht in manchen Situationen durch intensivmedizinische Lebenserhaltung aufgehalten, um ihn erst später zu einem definierten Zeitpunkt zuzulassen? Darf man den Tod nicht genauso wenig “machen”, wie das menschliche Leben? Ist er uns nicht genauso “geschenkt” und “gegeben wie das Leben selbst?

„So schnell stirbt hier keiner“ sagte mir einmal ein intensivmedizinischer Oberarzt - als ich mit Blick auf einen meiner ersten Dienste sehr besorgt war, ob ich etwaigen Notfällen auch gewachsen wäre. Das ist die *positive* Seite dieses “Verfügen über den Tod”. Aber ein solches Aufhalten des Sterbens macht eben nur dann Sinn, wenn zumindest die Hoffnung auf ein Weiter-Leben besteht.

Vor diesem Hintergrund scheint es wichtig, den Begriff des “Lebens” noch einmal präziser zu beleuchten.

Wenn von Leben die Rede ist, geht es für uns ja eben gerade nicht nur um das biologische Leben, das physiologische Funktionieren des Organismus, sondern, um eine Existenz, die mit den Grenzen von Geburt und Tod in gewisser Weise unauflöslich verbunden ist. Geburt und Tod gehören tatsächlich “zum Leben dazu” - auch wenn es nicht einfach ist, diesen oft gehörten Anspruch, tatsächlich zu verstehen. Hier könnte ein kurzer Ausblick auf die Analysen des Religionsphilosophen Ferdi-

nand Ulrich weiterhelfen, der dies in seinem Buch "Leben in der Einheit von Leben und Tod (1973) versucht verständlicher zu machen:

"Wir sind versucht, Leben 'und' Tod in die Abfolge unserer irdischen Zeitlichkeit punktuell einzuordnen, dem Leben eine Strecke, dem Sterben eine weitere (kürzere oder längere) und dem Tod die kürzeste, einen Moment, anzuweisen. [...] Wir „wissen“ zwar, daß wir uns das Leben nicht selbst gegeben haben, daß wir ungefragt in es eingelassen worden sind, daß uns von Anfang an ein nicht hintergebares Vorweg umfängt und trägt; wir „wissen“ auch, daß das, was hinter der Todeslinie liegt als ein „Unverfügbares“ erfahren wird. Wir „wissen“ um Geburt und Tod – und tun dennoch so, als seien Anfang und Ende zwei Punkte, die, räumlich und zeitlich getrennt, den zwischen ihnen dahinrinnenden Lebensstrom nicht betreffen." (LE, 12)

Das Leben vor der Geburt und das was hinter dem Tod liegt, sind nicht bloße Ereignisse in der Zeit, die uns zustoßen. Sie sind im Leben gegenwärtig, sind unsere Grundlage - auch wenn sie uns unverfügbar sind. So *leben* wir ein Leben "in der Einheit von Leben und Tod". Die Trennung des Todes vom Leben ist eine sekundäre Abstraktion.

In diesem Sinne bedeutet die Unverfügbarkeit des Lebens, die Unverfügbarkeit von Leben *und* Tod. Der bloße Respekt vor dem biologischen Leben greift zu kurz. Wenn das Argument von der Unverfügbarkeit *menschlichen* Lebens Sinn machen soll, darf es nicht auf einen verkürzten Lebensbegriff bezogen werden. Es muss immer das *gesamte* menschliche Leben respektiert werden: d.h. das Leben, zu dem auch unser Tod gehört, ebenso wie unsere Geburt. Wenn wir vor diesem Hintergrund an Albert Schweizers Ethik des Respekts vor dem Leben zurückdenken, so würde ich davon ausgehen, dass auch sie vom Leben auf einer "existentiellen", d.h. den Tod enthaltenden Ebene spricht - und nicht das bloße biologische Überleben im Blick hat. Durch die Einbeziehung des Todes in den Bereich des für die Medizin "Unverfügbaren", wird das ethische Argument präziser: Unverfügbar ist nicht das biologische Leben, sondern unverfügbar und damit unverletzlich ist das *menschliche* Leben, das ein Leben in der Einheit von Leben und Tod ist.

Trotzdem bleibt eine Schwierigkeit für die medizinethische Argumentation, die grundsätzlicher Art ist - und auf die ich abschließend hinweisen möchte.

In den meisten Argumenten wird der Begriff "Unverfügbarkeit des Lebens" wie ein allgemeines Prinzip gebraucht, das es erlaubt, ethisch richtige Entscheidungen für alle denkbaren Situationen in gleicher Weise zu identifizieren. Ein Prinzip, das sagt, was getan werden *soll*, bzw. was nicht getan werden soll: "Du sollst niemanden das Leben nehmen, Du sollst nicht töten".

Es scheint mir als ob eine Medizinethik, die versucht, mit prinzipiellen Argumenten, gesetzähnliche Vorschriften zu begründen, sich selbst überschätzt. Ethik kann keine Befehle geben.

Dies ist keine neue Vermutung. Schon Schopenhauer hatte dies gesehen: "Die Fassung der Ethik in einer imperativen Form, als Pflichtenlehre, und das Denken des moralischen Werthes oder Unwerthes menschlicher Handlungen als Erfüllung oder Verletzung von Pflichten stammt sammt dem Sollen unleugbar nur aus der theologischen Moral und demnächst aus dem Dekalog".

Die Frage ist nur, wenn die Ethik (ohne Rückgang auf die Theologie) nicht sagen kann, was getan werden soll, wozu ist sie dann noch gut?

Hier gibt es durchaus "nicht-imperative" Ansätze für eine Ethik. Sie sind es Wert geprüft zu werden, gerade im medizinischen Kontext, wo es weniger darum geht, anderen zu sagen, was sie tun sollen, sondern eher darum, die Ansprüche zu verstehen, die eine konkrete Situation an alle Beteiligten stellt.

Eine solche alternative Betrachtungsweise der Unverfügbarkeit menschlichen Lebens hat der französische Philosoph Emmanuel Levinas entwickelt. In der Begegnung mit dem Anderen erlebe ich unmittelbar, vor jedem moralischen Imperativ eine ethische Grunderfahrung. Der andere spricht zu mir, in der sprachlosen Sprache des Antlitzes,

in der Unberechenbarkeit seiner Mimik, durch seine leibliche Verwundbarkeit. Eine Erfahrung in der Begegnung, die sich in dreifacher Weise ausdrücken lässt

1. Du wirst mich nicht töten
2. Ich bin Dir fremd und Dir entzogen
3. Du bist für mich verantwortlich

In der Unmittelbarkeit der Begegnung mit dem Anderen bin ich nicht mehr auf Imperative angewiesen, die mir von einem Dritten vorgegeben werden, ich brauche auch keine ethischen Prinzipien, um zu klären, was getan werden muss: Ich bin gezwungen auf die Ansprüche des Anderen zu antworten, selbst wenn ich sie zurückweise, entkommen kann ich ihnen nicht.

Dieses Entzogensein des Anderen in der Begegnung mit ihm, meine Verantwortung für ihn und sein Leben (in der Einheit von Leben und Tod) kann auch eine ethische Orientierung geben. Sie ist, wie Levinas es sieht, der Sinn und der Kern der Ethik - und es lohnt, sich darauf zurück zu gehen. Vor allem deshalb, weil das Argumentieren mit ethischen Prinzipien, wie dem der Unverfügbarkeit des Lebens, in wertpluralen Gesellschaften weniger überzeugt als das Ausgehen von der Begegnung mit einem konkreten Menschen: d.h. von seiner Entzogenheit und seinen Ansprüchen an mich.

Ein kurzes Schlussbeispiel soll diesen Perspektivenwechsel verdeutlichen. Ein Arzt sagte in einer Interviewstudie zur Therapiebegrenzung:

„In meiner AIP-Zeit hatte ich so eine Erfahrung, wo man einen Patienten weitertherapiert hat, Hirnblutung, multiple Vorerkrankungen, 80 Jahre, monatelang – man konnte sich einfach nicht frühzeitig durchringen dort auch mal über einen Therapieabbruch zu entscheiden und das fand ich echt ziemlich grausam – das war ein prägendes Erlebnis, wo ich für mich die Erkenntnis gewonnen habe dass eigentlich mehr Mut dazu gehört auch mal zu sagen wir brechen eine Therapie ab als immer nur weiter zu machen. Denn das ist letztendlich ja für den Arzt die einfachere Entscheidung. Er kann sich da glaub ich eher vor einer gewissen Verantwortung drücken.

Wenn man es mal richtig zu Ende denkt dann kann das durchaus ne feige Entscheidung sein, wenn man einfach sagt wir geben alles was möglich ist in der Medizin und was dann raus kommt das sehen wir später. Ich weiss auch von dem Oberarzt damals, dass er nachträglich selber gesagt hat, damals hätten wir eher aufhören sollen; irgendwann war aber der Zeitpunkt verpasst aufzuhören.“

Es gehört nicht nur *Mut* dazu, eine, Therapie abubrechen, von der der Patient aller Voraussicht nach nicht mehr profitiert. Es gehört auch die Einsicht dazu, daß die Fortsetzung einer solchen Therapie eine “Verfügung” über den Patienten ist. Eine Verfügung zwar nicht über sein biologisches Leben, das zunächst ja erhalten bleibt, aber eine Verfügung über seinen Tod, der nicht zugelassen wird - und damit auch über sein “ganzes”, sein eigentliches Leben, zudem ein nicht “gemachter” Tod gehört.

Eine solche Einsicht wird wohl selten aus ethischen Prinzipien und Imperativen gewonnen. Sie setzt die Begegnung mit dem Patienten als Anderen voraus, in der deutlich wird, dass er mir *entzogen* ist, daß ich nicht über ihn verfügen darf, dass ich nicht berufen bin, über ihn zu entscheiden, sondern in der Begegnung seinen Ansprüchen gerecht werden muss.

¹ 104. Ärztetag, Beschlussprotokolle

² Maio, *Medizin ohne Maß?*, S. 9

³ Die Entstehung der Lehre der Ehrfurcht vor dem Leben und ihre Bedeutung für unsere Kultur (1963), In: Schweitzer, A. *Die Ehrfurcht vor dem Leben*, Beck, München (1997), S. 21

⁴ *Ibid.*, S. 157

⁵ *Ibid.*, S. 157

⁶ *Ibid.*, S. 159