

## Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienste der Gesundheitsfürsorge

*Enrique PRAT*

Am 24. März 2006 präsentierte die Österreichische Bischofskonferenz im Rahmen einer Tagung in Wien ethische Leitlinien für katholische Einrichtungen. Rund 250 Ärzte und Krankenhausmitarbeiter in Vertretung der wichtigsten Krankenhäuser der Bundesländer Wien, Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich nahmen an der Tagung teil. Neben dem zuständigen Bischof DDr. Klaus KÜNG kamen auch Ethiker und Mediziner zu Wort. Am 1. Juni 2006 wurde der „Ethikcodex“ in Innsbruck der Ärzteschaft und dem Krankenhauspersonal der westlichen Bundesländer vorgestellt. Die „Leitlinien“ waren nach einem umfassenden Konsultationsprozess bei der Herbstvollversammlung der Bischöfe im November 2005 in Rom verabschiedet worden.

Ethische Fragen gehören zum Alltag eines Krankenhauses. Ärzte, Pflegepersonal und Patienten müssen permanent Gewissensentscheidungen treffen. Der medizinische Fortschritt führt dazu, immer mehr Patientenwünsche erfüllen zu können und dem Arzt alternative Handlungsoptionen zu bieten. Damit ist die Frage nach dem, was für Patienten, Ärzte und Pflegepersonal gut, richtig und sinnvoll ist, meist jedoch nicht leichter, sondern schwerer zu beantworten. Die moderne Medizin verleitet sowohl zum therapeutischen Übereifer, z. B. im Falle der Terminalpatienten, deren Leiden verlängert wird, wie auch zum Missbrauch als Erfüllungsgehilfe von risikanten Wünschen bzw. Wunschorstellungen von einer „ewigen Jugend“.

In Österreich hatten bis jetzt einzelne Krankenhäuser ethische Kodices ausgearbeitet, es gab aber keinen einheitlichen Text. Im Gegensatz zu anderen Ländern Europas hat die österreichische Ärzteschaft keinen berufsethischen Kodex mehr, seitdem der Hippokratische Eid abgeschafft wurde.

Mit der Herausgabe der Leitlinien leistet die Österreichische Bischofskonferenz einen Beitrag von großer Bedeutung für das gesamte Gesundheitssystem. Obwohl die Leitlinien besonders für die katholischen Einrichtungen verbindlich sein sollen, haben sie Beispielwirkung für das gesamte Gesundheitswesen.

In den Leitlinien wird thematisch ein ganz breiter Bogen vom Evangelium des Lebens bis zur Gesundheitsökonomie gespannt, innerhalb dessen eine Fülle von Detailfragen wie Arzt-Patienten-Beziehung, Schweigepflicht, ethische Fragen der Reproduktionsmedizin, des Lebensschutzes, wunscherfüllender und Lifestyle-Medizin ebenso wie die Herausforderungen der biotechnologischen Forschung behandelt werden.

Diese Leitlinien bauen auf dem Grundboden der katholischen Moral auf. Deswegen sind die meistverwendeten Quellen die Päpstlichen Enzykliken „Evangelium vitae“ (1995) und „Humanae vitae“ (1968), das apostolische Schreiben „*Salvifici doloris*“ (1984) und die „Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen“ (1995). Die Aussagen der Leitlinien werden aber vor allem durch Vernunftargumente begründet, d. h. intellektuell und praktisch durchaus für Nicht-Katholiken und Nicht-Christen zugänglich.

Leitlinien sind einerseits eine Offenlegung des ethischen Profils der katholischen Einrichtungen und all jener Einrichtungen, die diesen Leitlinien folgen wollen. Das ist bedeutsam, da es gerade in einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft für Patienten wichtig ist zu wissen, welche ethischen Prinzipien das Handeln derer prägen, die für ihre Gesundheit zuständig sind, sie beraten und manchmal sogar über ihren mutmaßlichen Willen bzw. über ihr Leben und ihren Tod entscheiden müssen.

Leitlinien sind aber vor allem Orientierungsbehelfe für Gewissensentscheidungen.

Selbstverständlich muss der Betroffene seinem Gewissen folgen. Aber jedem Gewissensurteil geht eine Reflexion voraus, bei welcher diese ethischen Leitlinien eine ganz große Argumentationshilfe bieten können. Schließlich darf man nicht übersehen, dass auch das Gewissen irren kann. Wer die Fehlerquelle minimieren will, ist umso dankbarer, auf ei-

nen ethisch hohen Maßstab zurückgreifen zu können, an dem man die Qualität der eigenen Reflexion messen kann.

Prof. Dr. Enrique H. PRAT, Imabe-INSTITUT  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
[ehprat@imabe.org](mailto:ehprat@imabe.org)

## Auszug aus den Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienste der Gesundheitsfürsorge

### Einleitung: Der Heilsauftrag der Kirche

(...)

Durch diese Leitlinien sind in erster Linie die Verantwortlichen und Mitarbeiter katholischer Einrichtungen im Dienste der Gesundheitsfürsorge angesprochen. Zugleich sind diese Überlegungen ein Anstoß für den ökumenischen und interreligiösen Dialog, da es sich um Fragen handelt, die das Menschsein als solches betreffen. Auch Nichtglaubende sind eingeladen, diese Ausführungen von einer Perspektive der Humanität aus zu würdigen. Gerade in einer pluralistischen Gesellschaft, in der das Wertefundament zu erodieren droht, braucht es die Zusammenarbeit aller Menschen guten Willens, um das Gesamtwohl der menschlichen Person zu schützen und die Werte des sozialen Zusammenlebens zu fördern.

(...)

### 1.1. Das Leben als fundamentales Gut der Person („Evangelium vitae“)

Wenn auch das physische Leben keineswegs das höchste Gut des Menschen darstellt, so kann es doch in gewisser Weise als das grundlegendste Gut der Person angesehen werden. Seine Existenz, seine fortdauernde

Bewahrung und Entfaltung sind die Grundlage für jede übrige Lebensäußerung und Lebensverwirklichung des Menschen in seinem Pilgerstand auf Erden. Wenn uns in Jesus Christus „Leben in Fülle“ geschenkt und verheißen ist, so erweist sich gerade dies als „Evangelium“ – d. h. als frohe Botschaft – angesichts der Zeitlichkeit und Bedrohtheit des irdischen Lebens.

Das menschliche Leben ist etwas Heiliges, das schon von seinem Anfang an ein einzigartiges Handeln des Schöpfers erfordert und immer in einer besonderen personalen Beziehung mit Gott dem Schöpfer als einzigem und letztem Ziel verbunden bleibt. Gott allein ist der Herr des Lebens vom Anfang bis zum Ende, dem der Mensch seine Freiheit und Selbstständigkeit bleibend verdankt. Auf diese Weise steht das Menschenleben stets in Gottes Hand und Zuwendung.

### 1.3. Die Sicherung der Menschenwürde im Spannungsfeld von Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorge

Wenn Prävention, Therapie und Rehabilitation als Hauptziele des Einsatzes der Medizin gelten, dann muss bei allen Maßnahmen auf die Wahrung der Würde des Menschen geachtet werden, die ihm von Gott geschenkt

worden ist. Menschliche Autonomie findet ihren Sinn und ihr Ziel in der Befähigung, eigene Verantwortung zu übernehmen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis soll daher durch eine vertrauensvolle Kooperation geprägt sein, die zugleich der Verantwortung des Arztes gerecht wird, der in seinem Handeln der Rettung und Heilung des menschlichen Lebens dient, aber auch die Entscheidungsfreiheit des Patienten achtet und soweit als möglich berücksichtigt („informed consent“). In diesem Sinn muss der Patient sowohl über die Diagnose der Krankheit und ihren möglichen oder wahrscheinlichen Verlauf als auch über die therapeutischen Möglichkeiten und ihre Risiken, Probleme und Konsequenzen ausreichend informiert werden, um auf dieser Grundlage eine ausreichend bewusste und freie Entscheidung treffen zu können. Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass medizinische Prognosen immer einen Unsicherheitsfaktor aufweisen und nur statistisch zu verstehen sind. Im Einzelfall können unter Umständen auch andere Verläufe bis hin zu Spontanheilungen möglich sein, in denen sich das besondere Wirken Gottes zeigt.

Im Hinblick auf eine vorausgesetzte Zustimmung ist zu unterscheiden, in welchem Zustand sich der Patient befindet: ob er fähig ist, das ihn Betreffende zu verstehen und frei zu entscheiden, oder nicht. Ist er dazu fähig, so muss eine klare und ausdrückliche Zustimmung vorliegen, damit der Arzt handeln kann. Liegt ein vorübergehender Verlust der Entscheidungsfähigkeit vor, so werden die für die Gesundheitsversorgung Verantwortlichen gemäß jenem ursprünglichen therapeutischen Vertrauensvorschuss handeln dürfen, den der Patient ihnen gegenüber zuvor bekundet hat. Falls es zum bleibenden Verlust der Entscheidungs- und Artikulationsfähigkeit des Patienten kommt, so verpflichtet das Prinzip der stellvertretenden Verantwortung dazu, das für den Patienten Bestmögliche im Dienst seiner Gesundheit und seines Wohlergehens zu tun (ärztliche Letztverantwortung). Verwandte und dem Kranken nahe stehende Personen

sollen über ärztliche Eingriffe informiert bzw. bei außerordentlichen Eingriffen auch in die Entscheidung darüber einbezogen werden.

### 2.1.1. Der Schutz des menschlichen Embryos

Der menschlichen Person kommt eine absolute und unantastbare Würde zu, die in der Gottebenbildlichkeit eines jeden Menschen und seiner Berufung zur Gotteskindschaft begründet ist. Deshalb ist das menschliche Leben ein hoher Wert, der geachtet und geschützt werden soll.

Das Recht auf Leben ist unteilbar und kommt allen Menschen vom Moment der Empfängnis bis zum natürlichen Tod zu. Es kann daher keinen abgestuften Lebensschutz geben, der die Schutzwürdigkeit der menschlichen Person an das Vorhandensein bestimmter körperlicher oder geistig-seelischer Fähigkeiten und Merkmale bindet.

Aus diesem Grund sind Normen bezüglich des Schutzes dieses Lebens streng zu fassen. Speziell das Tötungsverbot ist klar zu formulieren. *Niemand darf sich daher, und zwar unter keinen Umständen, das Recht anmaßen, einem unschuldigen menschlichen Geschöpf direkt den Tod zuzufügen.*

Mit der Befruchtung liegt neues und selbstständiges Menschenleben vor. In der befruchteten Eizelle (Zygote) ist die biologische Identität des neuen menschlichen Individuums in wichtigen Grundzügen bereits festgelegt, die sich in Kontinuität entfaltet und entwickelt. Grenzen der Schutzwürdigkeit könnten nur aufgrund willkürlicher Wertzuschreibungen gezogen werden. Daher darf dieses Leben auf keinen Fall getötet werden. Eltern, Verwandte, Freunde, gesellschaftliche Gruppen und der Staat, insbesondere auch Ärzte, Krankenhelfer und Pflegepersonen müssen dieses Leben, ob gesund oder krank, in allen seinen Phasen und Krisen schützen und fördern. Ihm gebührt jener Schutz und jene Förderung, wie sie einer menschlichen Person stets zu erweisen sind.

Eingriffe, die auf die Verhinderung der Nidation abzielen, schließen die mögliche Tötung des mit der Befruchtung entstandenen neuen menschlichen Lebens ein. Die so genannten Nidationshemmer, wie z. B. die „Pille danach“, wirken so, aber auch die Spirale zählt zu derartigen Eingriffsmitteln, insofern sie nicht nur empfängnisverhütend, sondern auch nidationshemmend wirkt.

Einen besonderen Konfliktfall stellt die so genannte streng medizinische oder, besser gesagt, die vitale Indikation dar, bei der das Leben der Mutter und das Leben des ungeborenen Kindes so miteinander in Konkurrenz treten, dass die Schwangerschaft durch die Erkrankung der Mutter in erster Linie für sie ein erhöhtes Risiko darstellt.

Das kirchliche Lehramt, das daran festhält, dass eine direkte Tötung unschuldigen Lebens nie und nimmer erlaubt ist, vertritt die Auffassung, dass die Rettung des Lebens der Mutter durch absichtliche Zerstörung schuldlosen Menschenlebens sittlich verwerflich ist. Weder das Leben der Mutter noch das des Kindes kann als das wertvollere bezeichnet werden, vielmehr ist alles zur Rettung beider aufzubieten.

Um Eltern im Falle eines entsprechenden Befundes auf die schwierige Aufgabe vorzubereiten, dass sie ein krankes, geistig oder körperlich behindertes Kind annehmen, bedarf es großer Behutsamkeit im Gespräch, wobei die Entscheidung der Eltern für das Leben des Kindes nach Kräften zu unterstützen ist. Dabei wird der Arzt oder medizinisch Verantwortliche seiner gesetzlichen Informationspflicht nachkommen.

Wenn das Leben eines ungetauften Kindes einem schweren Risiko ausgesetzt ist, sind die im Dienst der Gesundheitsfürsorge stehenden Personen – Ärzte, Pfleger, Schwestern oder andere – mitverantwortlich, dafür zu sorgen, dass das Kind entsprechend den von der Kirche bestimmten Voraussetzungen getauft werden kann. Sollte in einem Notfall ein ordentlicher Spender des Sakraments (Priester oder Diakon) nicht erreichbar sein, so ist jeder Mensch berechtigt, durch Übergießen

mit Wasser und Aussprechen der Taufformel die Taufe zu spenden.

### 2.1.5. Präimplantationsdiagnostik und pränatale Diagnostik

In Zusammenhang mit den Methoden künstlicher Befruchtung steht die *Präimplantationsdiagnostik*. Außer den in 2.1.4 genannten Gründen, die zu ihrer Ablehnung durch die Kirche führen müssen, wird dabei fast zwangsläufig die Selektion menschlichen Lebens nach den Kriterien von „lebenswert“ und „nicht lebenswert“ betrieben, was in keinem Fall annehmbar ist. Auf diese Weise wird der Wunsch zum Kind nach Maß hervorgerufen und gefördert, während schwache, kranke und behinderte Menschen vom Leben ausgeschlossen werden.

Die *pränatale Diagnostik* kann hingegen in bestimmten Fällen zum Einsatz kommen, wenn sie in einem ausschließlich therapeutischen Rahmen angewendet wird und nicht auf Abtreibung der Leibesfrucht zielt. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit und eine umfassende Aufklärung und Beratung im Sinne des Lebensschutzes. Eine stellvertretende Wahrnehmung der Interessen des Kindes durch die Eltern liegt nur dann vor, wenn durch die pränatale Diagnostik eine frühzeitige Therapie oder eine bessere Planung des Geburtsvorgangs ermöglicht wird, nicht aber, wenn das Kind aufgrund seiner genetischen Konstitution getötet wird. Im Hinblick auf die Methoden einer sittlich erlaubten pränatalen Diagnostik ist darauf zu achten, dass das Kind nicht ohne schwerwiegenden Grund einem erhöhten Risiko ausgesetzt werden darf.

Der menschliche Embryo ist von der Empfängnis an als heilig und unverletzlich zu schützen. Von daher verbietet sich jede Instrumentalisierung für Forschungszwecke. Es sind ausschließlich therapeutische Maßnahmen erlaubt, die das Leben des ungeborenen Kindes nicht gefährden und mit der Erwartung eines Nutzens für das Kind verbunden sind.

### 2.2.3. Patientenverfügung

Die Idee einer „Patientenverfügung“, die auf der Anerkennung bestimmter Prinzipien wurzelt – nämlich der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens, des Rechts auf ein humanes Sterben und auf eine medizinische Betreuung bis zum Lebensende –, wird grundsätzlich begrüßt. Patientenverfügungen sind besonders für die engsten Angehörigen und die behandelnden Ärzte eine große Entscheidungshilfe für den Fall, dass der Patient seinen eigenen Willen nicht mehr bekunden kann.

Die rechtliche Form von Patientenverfügungen ist im Sinne einer Rahmenordnung durch den Gesetzgeber festzulegen, wobei folgende Anliegen zu berücksichtigen sind: Keineswegs dürfen dadurch direkte Sterbehilfe (d. h. weder aktive noch passive Euthanasie) und ärztliche Beihilfe zum Suizid ermöglicht oder begünstigt werden. Die rechtliche Verbindlichkeit einer solchen Verfügung muss ausreichenden Freiraum lassen für die beteiligten Ärzte, damit sie insbesondere im medizinischen Notfall gemäß ihrem ärztlichen Ethos und aus einer präzisen Beurteilung der jeweiligen Situation gezielte Maßnahmen zum Wohl des Patienten setzen können.

Niemand darf gegen seinen Willen dazu genötigt werden, eine solche Verfügung zu unterschreiben. Außerdem ist im konkreten Fall zu prüfen, inwieweit die damit verbundenen inhaltlichen Vorgaben dem christlichen Menschenbild entsprechen. Auch ist kritische Wachsamkeit geboten, damit nicht mit subtilem Druck der direkten Sterbehilfe durch Unterlassung und damit einer Form der Euthanasie der Weg geebnet wird. Ebenso wenig darf durch eine Patientenverfügung Beihilfe zum Suizid erfolgen. Die entsprechenden Bedenken werden von den Bischöfen besonders ernst genommen, da es beim Lebensschutz keine Aufweichungen geben darf.

Innerhalb der angesprochenen Grenzen ist jedenfalls der aktuelle Wille des Patienten maßgebend, sei er nun direkt geäußert

oder aus konkludenten Zeichen erschlossen. Hilfreich erscheint es, wenn in der Patientenverfügung eine Vertrauensperson im Sinne eines Stellvertreters genannt wird, die bei Unklarheiten mit Kompetenz den mutmaßlichen Willen des Patienten bekunden kann. Hält ein Arzt sich mit guten Gründen nicht an den Wortlaut einer Patientenverfügung, soll er dies im Sinn der Beweislastumkehr schriftlich begründen müssen.

### 2.4.3. Klonen von Menschen

Abgesehen davon, dass es auch bei genetischer Identität zweier Personen nicht zu einer bloß numerischen Wiederholung („Kopie“) der einen Person durch die andere kommen kann, da jeder Mensch ein Original darstellt, ist schon der bloße Versuch genetischer Fremdbestimmung eine Missachtung der Menschenwürde.

Vollends wird dies im Ansinnen des so genannten „therapeutischen Klonens“ offenbar, wo ein genetisch identischer Mensch eigens zu diesem Zweck „erzeugt“ wird, um gleichsam als Ersatzteillager für einen anderen Menschen zu dienen. Daran ändert die Tatsache nichts, dass es ein Embryo ist, der hier zum Einsatz kommen soll, da dieser ebenso wie der bereits geborene Mensch das unveräußerliche Recht auf Leben besitzt.

Beim „therapeutischen“ Klonen (exakter und richtiger als „research cloning“ bezeichnet) wird ein geklonter Embryo hergestellt, um ihn dann als therapeutisches Material für andere zu vernichten.

### Schlusswort

Im Dienst der Gesundheitsfürsorge zählt immer der konkrete Mensch. Die Liebe Christi ermutigt uns, die Person des Nächsten in ihrem Eigenwert und ihrer Würde wahrzunehmen. Wer sich dem Mitmenschen in der

Gesinnung der Liebe und der Hilfsbereitschaft zuwendet, darf mit der Hilfe Gottes rechnen, der in Jesus Christus als Mensch einer von uns geworden ist.

Die Kirche bringt Respekt, Dank und Anerkennung all jenen gegenüber zum Ausdruck, die in einer besonderen Weise dem leidenden und kranken Mitmenschen dienen. Gott der

Herr, Quelle und Ziel allen Lebens, möge das Gute gelingen lassen und jedes aufrichtige Bemühen segnen!

Der vollständige Text der Leitlinien kann über das Generalsekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz, A-1010 Wien, Rotenturmstraße 2 bezogen werden.