

SCHWERPUNKT

Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch

Enrique H. PRAT

ZUSAMMENFASSUNG

Der Abbruch der Behandlung eines Terminalpatienten stellt sich oft als eine sehr schwierige Gewissensentscheidung dar. Sie ist aber vor allem eine Klugheitsentscheidung im Sinne der aristotelischen „Phronesis“. Ein wichtiges Kriterium bei dieser Entscheidung ist die Verhältnismäßigkeit. Bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit spielen verschiedene Faktoren eine Rolle: 1) Die Gewißheit der medizinischen Indikation, 2) die Lebensqualität, 3) die Bewusstseinslage, 4) das Alter und die Lebenserwartung, 5) ökonomische Faktoren und 6) andere persönliche Faktoren. Die Analyse dieser Faktoren läßt zwar nicht zu, daß eine eindeutige Verhältnismäßigkeitsregel aufgestellt wird, aber dennoch können Anleitungen für die Entscheidungen zum Behandlungsabbruch, z.B. in Form von 12 Maximen gegeben werden.

Schlüsselwörter: Behandlungsabbruch, Gewissensentscheidung, Gewißheit, Klugheit, Verhältnismäßigkeit

ABSTRACT

The withdrawal of treatment for a terminal patient very often becomes a difficult decision of conscience. It is above all a prudential decision in the sense of Aristotelian „Phronesis“. An important prudential criterion in making this decision is proportionality. When judging the proportionality various factors play a role: 1) The certainty of the medical indication, 2) the quality of life, 3) the condition of consciousness, 4) age and expectation of life, 5) economical factors, 6) and other personal factors. The analysis of these factors alone does not allow one to set up a simple rule of proportionality, however, guidance for decision making regarding withdrawal of treatment can be given in the form of 12 leading maxims.

Keywords: Withdrawal of treatment, decision of conscience, certainty, prudence, proportionality

Anschrift des Autors: Prof.Dr. Enrique H. PRAT
IMABE-Institut, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

I. Behandlungsabbruch aus ethischer Sicht

1. Der medizinische Fortschritt als ethische Herausforderung

Der rasante Fortschritt der Medizin in den letzten Jahrzehnten hat die Lebenserwartung der Menschen und die tatsächliche Lebensqualität stark erhöht. Die Erwartungshaltung der Menschen in die Medizin ist jedoch noch stärker gestiegen: Sie kann *sehr viel* bewirken, von ihr wird allerdings *alles* erwartet. Dies hat in der medizinischen Praxis zu Situationen geführt, in denen sich das Machbare vom Sinnvollen losgelöst hat. Diese beiden Kategorien in Einklang zu bringen ist eine ganz große ethische Herausforderung. Zwischen der Logik der Machbarkeit – alles zu tun, was gemacht werden kann – und der Logik der Sinnhaftigkeit – nur das zu tun, was sinnvoll ist, und Sinnwidriges zu vermeiden¹ – besteht ethisch gesehen ein wesentlicher Unterschied. Auf Sinnloses, das zwar machbar ist, muß verzichtet werden. Wie die Frage des Behandlungsabbruchs deutlich zeigt, ist dieser Verzicht in der Praxis keine einfache Entscheidung. Wird er nicht geleistet, wird die Lebensverlängerung zur Sterbeverlängerung. Im Zusammenhang mit dem Behandlungsabbruch bei Terminalpatienten besteht die medizinisch-ethische Herausforderung darin, die Entscheidung zum Abbruch einer Maßnahme im richtigen Zeitpunkt zu treffen. Ein zu langes Zuwarten aus übertriebener Ehrfurcht für das Leben kann praktisch dazu führen, daß man Sterbende nicht in Ruhe sterben läßt und immer mehr Menschen „um ihren natürlichen Tod betrogen“² werden. Das andere Extrem ist die Freigabe der Selbstbestimmung des Sterbezeitpunktes mit dem Argument, daß der Wert des Lebens von einer Reihe von Qualitäten abhängt (Lebensqualität), die wiederum das Dasein „lebenswert“ oder „lebensunwert“ machen. Jeder habe nun das Recht, für sich selbst zu bestimmen, unter welchen Umstän-

den für ihn die Lebensqualität nicht mehr ausreichend ist.

2. Vorbemerkung über Tun und Unterlassen beim Behandlungsabbruch

Manche, die bereit wären, einem Behandlungsverzicht zuzustimmen, bringen dieselbe Bereitschaft zum Behandlungsabbruch nicht auf. Einmal begonnen, so sagen sie, darf man nicht mehr unterbrechen, weil dies mit dem Tod ende und dann einer direkten Tötung gleichkäme. Dieser Ansicht liegt die Auffassung zugrunde, daß Sterbenlassen ohne Zutun manchmal gerechtfertigt werden kann, während jedes aktive Zutun im Verdacht der direkten Tötung steht. Man muß festhalten, daß in einer Situation, in der es sittlich erlaubt ist, auf eine Behandlung zu verzichten, es auch legitim ist, diese abzubrechen, auch wenn dieses Abbrechen physisch ein Tun ist. Ethisch ist es aber ein Unterlassen. Weder in dem einen Fall (Behandlungsverzicht), noch im anderen (Behandlungsabbruch) handelt es sich jedenfalls um eine direkte Tötung: Da man zur Überzeugung gelangt ist, daß jede weitere Therapie sinnlos und der Tod nicht mehr aufzuhalten ist, überläßt man den Patienten seinem Schicksal³.

3. Fragestellung: Darf man eine bestimmte Behandlung abbrechen, wenn dies den Tod zur Folge hat und bis zum Eintritt des Todes nur palliativ weiter behandeln?

Der Zielsetzung nach gibt es drei Arten von Behandlungen. Eine Behandlung kann **erstens kurativ** sein, **zweitens lebensverlängernd**, aber nicht kurativ (z.B. Dialyse bei Niereninsuffizienz oder Insulinbehandlung bei Diabetikern), **und drittens palliativ**, aber nicht lebenserhaltend (z.B. Schmerzlinderung bei Terminalpatienten). Der Begriff „Behandlungsabbruch“ ist zweideutig: Niemals sollte darunter verstanden werden, einen Patienten einfach nicht zu behandeln. Behandlungsabbruch, so

wie wir ihn verstehen, heißt, daß eine bestimmte Therapie abgebrochen und durch eine andere ersetzt wird. Wenn es keine Heilung gibt, wird man auf lebenserhaltende Maßnahmen (Dialyse, Respirator) zurückgreifen können und, wenn diese nicht mehr helfen, zumindest palliativ behandeln. Der Patient muß aber bis zum Tode medizinisch betreut werden. In der Folge sprechen wir in diesem Zusammenhang vom Behandlungsabbruch, weil sich dieser Terminus in der Praxis durchgesetzt hat, und darunter auch ein Behandlungsverzicht oder eine Behandlungsbeschränkung verstanden wird. Der Abbruch oder der Verzicht auf eine bestimmte Therapie ist prinzipiell immer vertretbar, wenn der zu erwartende Schaden den Nutzen überwiegt. Diese Entscheidungen, die zum medizinischen Alltag gehören, müssen mit beträchtlichen Ungewissheitsmomenten getroffen werden, sind aber meistens reversibel oder zumindest korrigierbar. Ethisch besonders relevant sind die irreversiblen Entscheidungen, die gefällt werden müssen, wenn der Patient vital bedroht ist und keine nachträgliche Korrektur mehr möglich ist. Dies ist bei Terminalpatienten der Fall. Gegenstand dieses Aufsatzes sollen daher gerade jene letzten Behandlungsabbruchsentscheidungen sein. Die eigentliche ethische Frage ist, ob und wann eine bestimmte medizinische Maßnahme abgebrochen werden darf, wenn danach der Tod zu erwarten ist.

3.1 Das Prinzip der Unantastbarkeit des Lebens darf nicht verletzt werden.

Die klassische Antwort auf diese Frage hat sich auf das Prinzip der Unantastbarkeit (bzw. Heiligkeit) des menschlichen Lebens gestützt, einen Grundsatz der Bioethik, der sich aus der Würde der Person ableiten läßt. Er besagt, daß das Leben ein primäres und fundamentales Gut der menschlichen Person ist, dessen Wert unermesslich und unvergleichlich ist. Dieses Prinzip verbietet jede freiwillige direkte Tötung eines

unschuldigen Menschen und gebietet gleichzeitig, daß jeder für seine Gesundheit zu sorgen hat und sicherstellen muß, daß ihm im Krankheitsfall geholfen wird⁴.

Im medizinischen Alltag kommen immer häufiger Situationen vor, in denen die Anwendung des Prinzips der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens Schwierigkeiten bereitet. In vitalen, ausweglosen Lagen kann die Frage nicht ausgespart bleiben, wie weit die Verpflichtung reicht, für die eigene oder die fremde Gesundheit zu sorgen. Teleologisch betrachtet ist das Gut des physischen Lebens, d.h. das Überleben für den Menschen nicht das anzustrebende letzte Ziel, sondern nur die Bedingung der Möglichkeit, das Ziel eines gelungenen Lebens zu erreichen⁵. Das Leben steht also im Dienste höherer Güter, und deswegen gibt es keine absolute Pflicht, für die Lebenserhaltung immer alles zu opfern. Was aber für einen Menschen ein höheres Gut ist, dem das Leben untergeordnet wird, kann praktisch nur von ihm selbst und sonst von niemandem bestimmt werden. Dies ist im Zusammenhang mit dem Behandlungsabbruch ein ganz wichtiger Grundsatz: Primär hat immer der Betroffene selbst zu bestimmen, und im Fall seiner Willensunfähigkeit ist sein mutmaßlicher Wille entscheidend. Wenn auch die Autonomie des Patienten immer wichtig ist, kann der Arzt nicht lediglich als Ausführungsorgan des Patientenwillens angesehen werden. Er trägt die Verantwortung für seine Handlungen, die immer der Heilung oder der Leidenslinderung dienlich sein sollen. Er braucht daher keine medizinisch nutzlosen Eingriffe vorzunehmen, auch wenn dies ein Patient verlangen sollte. Andererseits darf er aber auch nichts gegen den Willen des Patienten tun.

Es wird ersichtlich, daß für die Anwendung des Prinzips der Heiligkeit des Lebens jedenfalls neben dem Patientenwillen zusätzliche Entscheidungskriterien erforderlich sind. Sie können aus den allgemeinen Bestimmungsregeln der Sittlichkeit einer Handlung abgeleitet werden.

3.2 Beim Behandlungsabbruch müssen Absicht, Handlungsgegenstand und Folgen gut sein

Nach den klassischen ethischen Bestimmungsfaktoren der Sittlichkeit einer Handlung müßte man erstens die Absicht des Handelnden (*finis operantis*), zweitens den Gegenstand der Handlung (*finis operis*), d.h. das, was man eigentlich tut, und drittens die Folgen prüfen. Damit eine Handlung gut ist, müssen alle drei Faktoren auch gut sein. Wenn nur einer der Faktoren schlecht ist, ist die Handlung auch schlecht.

- 1) Absicht: Der Handelnde darf nichts absichtlich tun oder unterlassen, das direkt darauf abzielt, einen Menschen zu töten.
- 2) Gegenstand der Handlung bzw. der Handlungsentscheidung: Man darf sich nicht für eine Handlung (Tun oder Unterlassung) entscheiden, die an sich unmittelbar (ethisch, nicht physisch gemeint) eine Tötungshandlung darstellt, auch wenn sie z.B. in der Absicht geschieht, einem anderen zu helfen (z.B. Abtreibung).
- 3) Folgen: Viele Handlungen haben gleichzeitig mehrere Folgen, manche davon können auch schlecht sein. Man unterscheidet zwischen Haupt- und Nebenfolgen. Sind Folgen schlecht voraussehbar, kann man nicht sagen, daß sie nicht gewollt sind, unabhängig davon, ob es sich um Haupt- oder um Nebenfolgen handelt. Die Folge, derentwillen die Handlung gesetzt wird, ist Gegenstand der Absicht und daher *direkt* gewollt. Sie wird daher Hauptfolge genannt. Diese Folge muß auf alle Fälle gut sein, damit die Handlung gut ist (vgl. 1) und 2)). D.h. eine Handlung, die die Tötung eines Unschuldigen als Hauptfolge hat, kann niemals sittlich gut sein. Folgen, die nicht beabsichtigt sind, werden Nebenfolgen genannt. Sie sind ebenfalls gewollt. Sie sind aber nicht direkt, sondern *indirekt* gewollt und werden daher Nebenfolgen genannt. Prinzipiell gilt, daß sie vermieden werden müssen, aber sie können

unter Umständen in Kauf genommen werden⁶.

Wenn man diese ethischen Überlegungen auf die Dreiteilung der Behandlungsarten anwendet, kommen wir zu folgenden ethischen Regeln:

1. Jeder vital bedrohte Patient soll **kurativ** behandelt werden (bzw. werden wollen), **solange** es eine entsprechende Therapie gibt bzw. diese verfügbar ist. Wird nämlich eine kurative Therapie absichtlich unterlassen (schlechte Absicht), stirbt der Patient (moralisch verwerfliche Folge).
2. Mangelt es an kurativen Behandlungsmöglichkeiten, soll jeder Patient mit **sinnvollen lebenserhaltenden Maßnahmen** behandelt werden (bzw. werden wollen), **solange** es eine solche Behandlung gibt. Wird nämlich eine lebenserhaltende Therapie absichtlich unterlassen (schlechte Absicht), stirbt der Patient (moralisch verwerfliche Folge).
3. Alle Patienten sollen **palliativ** behandelt werden (bzw. werden wollen), solange es eine solche Behandlung gibt, damit die höchstmögliche Leidenslinderung erreicht wird. Wird eine palliative Therapie absichtlich unterlassen (schlechte Absicht), leidet der Patient (moralisch verwerfliche Folge).

Aus diesen Regeln folgt: Jede Maßnahme darf unterbrochen werden oder unterbleiben, wenn sie keine der drei Wirkungsweisen, die eine medizinische Behandlung haben soll, erwarten läßt. Um solche medizinisch nutzlosen Maßnahmen einzuleiten oder fortzusetzen, müßten sie einen ausreichenden, nicht medizinischen Rechtfertigungsgrund haben. In den meisten Fällen ist die Einhaltung der obigen Regeln kein Problem. Es gibt aber Grenzsituationen, in denen an sich kurative bzw. lebenserhaltende Maßnahmen als sinnlos erscheinen. Diese Grenze ist dort anzusetzen, wo Lebensverlängerung zu einer gewaltsamen Sterbeverlängerung ausartet. R. SPAEMANN hat auf den prinzipiellen Unterschied zwischen diesen beiden Situationen hingewiesen. Er sieht eine

medizinisch an sich wirksame Maßnahme nur so lange als noch sinnvoll an, als im Organismus noch eine natürliche Tendenz zum Leben vorhanden ist.⁷ Demzufolge hätte eine Maßnahme, die nur künstlich dem Organismus das Leben zu erhalten vermag, ohne daß dieser jemals eine autonome und selbständige Lebens-tendenz wieder entwickeln kann, nicht unbedingt einen Sinn, weil sie unter Umständen diesem Menschen mehr schadet als hilft, indem sie nur den natürlichen Tod verschiebt und das Sterben verlängert. Solche Maßnahmen würden gegen die hippokratischen Maximen des ärztlichen Handelns „primum nil nocere“ und „primum utilis esse“ verstoßen. Die künstliche Sterbeverlängerung ist ein Schaden und kein primäres und fundamentales Gut des Menschen mehr. Wenn sie nicht ausdrücklich vom Patienten mit ausreichendem Grund verlangt wird, ist sie daher ein Verstoß gegen das Recht auf einen natürlichen Tod.⁸ Die theoretische Grenzziehung zwischen Lebens- und Sterbeverlängerung ist jedoch in der Praxis ein schwieriges Problem. Man kann nur schwer einen Zeitpunkt für den Übergang vom Leben (Lebenstendenz im Sinne von SPAEMANN) zum Sterben (keine Lebenstendenz mehr) festmachen, obwohl beide Zustände reale Abschnitte des Lebendigen sind. Auch wenn die diesbezügliche empirische Feststellung niemals mit absoluter Gewißheit erfolgen kann, ist es unumgänglich, daß die medizinische Forschung laufend an den Kriterien für diese Unterscheidung arbeitet.

Die Entscheidung zum Behandlungsabbruch bekommt eine ganz besondere ethische Relevanz, weil sie meistens in solchen Umständen gefällt werden muß, in denen sich die entscheidenden Dimensionen der oben genannten Entscheidungsregeln in der Grauzone der Unbestimmbarkeit befinden. In solchen Extremsituationen erweist sich die Einschätzung der Lage und der weiteren Entwicklung, die in der Medizin – wie später gezeigt wird (vgl. III.3.1.) – bestenfalls auf Grund von Wahrscheinlichkei-

ten erfolgt, als besonders schwierig. Die Regeln sind nicht ohne weiteres anwendbar. Es sind daher Ausnahmefälle und keine Regelfälle mehr. In solchen Fällen kann man meistens weder sagen, ob die Maßnahme eine Wirkung haben wird, ob sie wirklich dem Menschen noch helfen oder eher schaden wird, und ob der Mensch sich bereits in jenem Stadium befindet, in welchem jede nicht palliative Maßnahme bestenfalls nur zur Sterbeverlängerung dienen kann. Wie kann man innerhalb dieser Grauzone eine auch ethisch vertretbare Entscheidung fällen?

II. Behandlungsabbruch als Gewissensentscheidung

1. Von den allgemeinen Prinzipien zur partikulären Handlung: eine Gewissensentscheidung

Die oben beschriebenen Prinzipien und Regeln der Urteilsbildung, die sich im großen und ganzen mit dem ethischen Empfinden unserer Gesellschaft decken und daher allgemein nachvollzogen werden können, befinden sich auf einer theoretischen, allgemeinen Ebene, d.h. sie sehen von den partikulären Umständen des konkreten Falles ab. Das Urteil der praktischen Vernunft, was konkret in einer bestimmten Situation zu tun ist, muß zwar diese allgemeinen normativen Prinzipien ebenso wie verschiedene theoretisches Fachwissen (z.B. Medizin) berücksichtigen, liegt aber auf der partikulären Ebene des individuellen Falles und erfordert daher immer eine multifaktorielle Abwägung der besonderen Umstände, die nicht einer einfachen Regel folgen kann⁹. Das Urteil darüber, wann im konkreten Einzelfall eine bestimmte Handlung sittlich richtig ist, leistet das Gewissen¹⁰ und nicht die Ethik, die in erster Linie die Normen der Sittlichkeit und Regeln der Urteilsfindung hinterfragt und begründet. Das

rechte Gewissensurteil orientiert sich zwar notwendigerweise an der sittlichen Norm, muß aber vor allem den Sprung von der Ebene der allgemein geltenden, notwendigen, unveränderlichen Prinzipien der Sittlichkeit zur Ebene der kontingenten, partikulären, komplexen Realität vollziehen.

Die Entscheidung zum Behandlungsabbruch weist wegen ihres Gegenstandes – des irreversiblen Entschlusses zwischen Leben und Tod – eine besondere Komplexität auf:

Erstens, die Entscheidung muß im Schoß der vielseitigen Arzt-Patient-Umfeld-Beziehung fallen. Sie muß in erster Linie vom Patienten, der meistens faktisch nicht mehr willensfähig ist, getragen werden, aber auch vom Arzt, der immer die medizinische Grundlage der Entscheidung liefert und oft auch diese allein, unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des Patienten, treffen muß. Er darf aber weder eine Tötungshandlung setzen, noch nur einfaches Ausführungsorgan einer medizinisch nicht mehr sinnvollen Maßnahme sein. Das Umfeld des Patienten spielt auch beim Entschluß eine große Rolle, weil es auf den Willen des Patienten einen starken Einfluß ausüben, seine Autonomie stärken, aber auch schwächen kann.

Zweitens, nur der Handelnde selbst – der Patient, sein Stellvertreter und der Arzt – kennt die für die Sittlichkeit seiner Handlung maßgebliche innere Dimension (Absicht). Darin liegt gerade die Spezifität und Individualität des Gewissensentscheids: Kein Mensch kann eine Gewissensentscheidung für einen anderen fällen. Im Falle eines Willensunfähigen muß die Entscheidung von einem rechtmäßigen Stellvertreter getroffen werden, der sich an den mutmaßlichen Willen des Patienten, so weit es geht, halten sollte. Natürlich kann dies in der Wirklichkeit, z.B. im Falle eines alleinstehenden, willensunfähigen Patienten große Probleme bereiten. Aber diese sollten im Lichte des Prinzips der Autonomie gelöst werden.

Drittens, die sittlichen Gesetze, moralische Normen und Verhaltensmaximen stehen in ei-

nem bestimmten Zusammenhang zueinander. Auf der theoretischen Ebene widersprechen sie sich nicht, sondern bilden ein hierarchisch strukturiertes Wertsystem. Die Realität, auf welche das Wertsystem angewandt werden muß, ist jedoch äußerst komplex und vor allem nie vollständig erfassbar. Wenn man bei jeder Entscheidung abwarten müßte, bis alle möglichen Faktoren erfaßt werden, könnte man nie zu einem Abschluß kommen. Auch die Vorentscheidung über die Faktoren, die bei einer bestimmten Entscheidung ausschlaggebend sein sollen, ist ein Teil der Gewissensentscheidung. Bei dieser Vorentscheidung sind die Entscheidungsträger auf die eigene und fremde Erfahrung angewiesen. Außerdem ist in der Erfassung der Wirklichkeit jeder an seine konkreten faktischen Fähigkeiten gebunden, daher ist jeder, und ganz besonders der kranke Mensch, auf den Beistand und die Hilfe seiner Vertrauten (Angehörigen, Ärzte, Berater usw.) angewiesen. Mit anderen Worten, ein Entschluß über Behandlungsabbruch bzw. -verzicht setzt ein hohes Maß an zwischenmenschlicher Kommunikation, und daher kommunikativer Kompetenz voraus.

Viertens, vor der Entscheidung über Behandlungsabbruch wird man mit Fragen konfrontiert, die dem eigentlichen Gewissensurteil vorgelagert sind und einer Vorklärung bedürfen, bevor überhaupt ein sittliches Urteil gefällt werden kann. Ob eine Therapie in einem konkreten Fall sinnvoll ist oder nicht, ist zwar nicht nur eine medizinische Fachfrage, sie muß aber immer *zuvor* von der Medizin geklärt werden. Die Medizin liefert das theoretische Wissen, das der Arzt mit seiner Erfahrung und mit seiner Geschicklichkeit auf den konkreten Fall anwendet. Die Medizin soll feststellen, welche Maßnahmen für eine bestimmtes Ziel zu treffen sind. Dieses Urteil ist nicht frei von Risiko und Ungewißheit, denn in der medizinischen Praxis gibt es nicht nur gesicherte nützliche und nutzlose Maßnahmen, sondern vor allem ein großes Spektrum von Maßnahmen, deren

Wirkungssicherheit in einer grauen Zone zwischen diesen zwei Extremen liegt.

Fünftens, der ärztliche Befund spielt eine große Rolle in der erwähnten Gewissensentscheidung, ist aber für diese letztlich nicht die einzig bestimmende Dimension¹¹. Denn die Medizin kann vielleicht voraussagen, ob eine Maßnahme eine bestimmte Wirkung haben kann oder nicht. Ob die Wirkung einen *Nutzen* darstellt, d.h. eine *Hilfe* sein kann, hängt aber vom Ziel ab, das angestrebt wird. Es kann auch etwas anderes sein, nicht immer nur die Heilung oder die Besserung der Lebensqualität¹². Für die Festlegung des Zieles ist der Arzt im Regelfall nicht zuständig, sondern nur dann, wenn er anstatt des Patienten die Entscheidung nach dessen mutmaßlichem Willen treffen muß. Die Komplexität von Gewissensentscheidungen in solchen Situationen ist offensichtlich.

2. Die Gewissensentscheidung des Arztes

Ein ethisch vertretbarer Behandlungsabbruch kann in der Regel nur aufgrund eines Befundes erfolgen, für den der Arzt kompetent ist: (a) Er muß feststellen, daß der Krankheitsprozeß weit fortgeschritten ist und (b) daß es keine erprobte therapeutische Maßnahme mehr gibt, die eine wissenschaftlich halbwegs gesicherte Aussicht auf Erfolg hat. Der Arzt wird außerdem feststellen, (c) welche unerwünschten Nebenfolgen die Behandlung haben könnte. Ferner wird vom Arzt (d) meistens eine Empfehlung erwartet, die eine der wichtigsten Grundlagen für die Entscheidung des Patienten bzw. seines Stellvertreters darstellt. Der Befund des Arztes besteht also aus diesen drei Elementen. Der Arzt ist nicht einfaches Ausführungsorgan eines fremden Willens, sondern muß sehr wohl seine freien Handlungen rechtfertigen, d.h. *nach bestem Wissen und Gewissen handeln*. Es ist für ihn eine sehr ernste Gewissensentscheidung, weil hier das Überleben eines Menschen weitgehend von seinem

Befund abhängen könnte. Zur Erstellung dieses Befundes muß er sein medizinisches Wissen, sein allgemeines und berufliches Ethos und sein partikuläres Wissen über den Patienten ins Spiel bringen. Der Befund kann also auch als eine Gewissensentscheidung angesehen werden. Der von der praktischen Vernunft angeleitete Wille trifft letztlich die Entscheidung. Das Gewissen begleitet die Entscheidungsbildung, indem es laufend prüft, ob die verschiedenen Optionen, die in Frage kommen, auch mit den Grundprinzipien der Sittlichkeit übereinstimmen.

Jede Entscheidung zum Abbruch einer letzten Behandlung belastet wegen ihrer Irreversibilität und ihrer Tragweite auch alle jene, die an ihrer Durchführung beteiligt werden – Assistenzärzte, Krankenschwestern – und wird auch für sie zur Gewissensfrage. Um Gewissenskonflikte zu vermeiden, ist es daher sehr ratsam, daß bei solchen Entschlüssen der letztverantwortliche Arzt den Konsens aller Beteiligten sucht.

3. Die Gewissensentscheidung als Klugheitsentscheidung

Im Abschnitt II.1. wurde bereits erwähnt, daß es Aufgabe der praktischen Vernunft ist, den Sprung von der Ebene der allgemein geltenden, notwendigen, unveränderlichen Prinzipien der Sittlichkeit zur Ebene der kontingenten, partikulären, komplexen Realität zu schaffen. Das Gewissen legt mit einem Urteil fest, was in einer ganz konkreten realen Situation das richtige (gute) Tun ist. Im gleichen Abschnitt wurde dargestellt, daß die Frage des Behandlungsabbruchs bzw. -verzichts eine mehrfache Komplexität aufweist und daher eine sehr große Anforderung an die praktische Vernunft darstellt. In diesem Abschnitt soll der Weg zur Urteilsbildung noch näher beschrieben werden. Man könnte diese Beschreibung mit jener der Route auf einer Karte vergleichen. Begangen muß der reale Weg werden. Die Karte kann

eine große Hilfe sein, sie vermag aber nicht alle Entscheidungen dem Wanderer abzunehmen. Die Komplexität der Gewissensentscheidung ist allerdings viel größer als eine Wanderung mit Karte.

Die auf ARISTOTELES zurückgehende ethische Tradition, die durch die römische, die patristische und die mittelalterliche Philosophie hindurch bis hinein in unsere Tage fort dauert, nennt die Tugend, die für die Richtigkeit des Urteils der praktischen Vernunft maßgeblich ist, die Klugheit. Die moderne Philosophie hat dieser Tugend kaum Bedeutung beigemessen, scheint sie jetzt aber wieder zu entdecken und zu rehabilitieren¹³. Sie ist mit dem Gewissen so verbunden, daß sie richtig verstanden wird, „wenn man sich bei dem Worte Klugheit jedesmal daran erinnert, daß dafür, in einem bestimmten Sinne, auch Gewissen gemeint sein könnte“¹⁴. Die Akte des Gewissens und die der Klugheit sind jedoch an sich voneinander verschieden.¹⁵

Die Klugheit ist die rechte Verfassung der praktischen Vernunft und führt daher zum Handeln gemäß dieser rechten Vernunft. Sie ist für die Mittel und Wege zuständig und weiß, was konkret zu tun ist; sie ist nicht wie das Ur-Gewissen durch naturhafte Notwendigkeit verbürgt, sie ist die Frucht fehlbarer Erkenntnis und freier Willensentscheidung¹⁶. Ihre Aufgabe ist nicht nur, die richtigen Mittel für ein bestimmtes Ziel oder irgendwelche Mittel für ein gutes Ziel festzulegen – dies wäre einfache Geschicklichkeit. Die Klugheit muß vielmehr das effektive Tun des Guten bewirken, „also den Akt der praktischen Vernunft auf die Ziele der sittlichen Tugend dergestalt ausrichten, daß die konkrete Handlung (das 'Mittel') selbst ein *Akt der Tugend*, oder ein *tugendhafter Akt* wird, und damit auch Ursache für den Erwerb des tugendgemäßen Habitus“¹⁷.

Die Klugheit hat im sittlichen Bereich eine Steuermannfunktion. Durch sie erst wird eine Handlung wirklich tugendhaft. D.h. bevor jemand gerecht, tapfer oder maßvoll sein kann,

muß er zuerst klug sein. Im Gegensatz zum heutigen Sprach- und Denkgebrauch ist – wenn die Tugend der Klugheit gemeint ist – das Kluge auch das Gute. Pieper formuliert es treffend: „Was gut ist, das ist zuvor klug“¹⁸. Es muß in der rechten Vernunftordnung stehen. Denn die Klugheit legt im konkreten Einzelfall jene goldene Mitte fest, die für jede Tugend konstitutiv ist. Jeder moralische Tugendakt – z.B. Gerechtigkeit – besteht aus zwei Momenten: dem intentionalen Moment, d.h. der Absicht, gerecht zu sein, und dem Moment der Wahl (*electio*) der Mittel. Die konkreten Mittel, die in der konkreten Situation geeignet sind, der Gerechtigkeit als Tugend zu dienen, werden von der Klugheit festgelegt.

Ihr auf das Wollen und Wirken gerichteter Befehl ist die Umprägung vorausliegender Erkenntnis. „Zwar ist die Klugheit das Maß des Sittlichen; aber zuvor empfängt sie ihr Maß von der objektiven Wirklichkeit der Dinge: 'Die Tugend der praktischen Vernunft empfängt ihr Maß vom Wirklichen'“¹⁹. Die Schlüsselrolle der Klugheit besteht in der Umsetzung von allgemeinen, universellen und notwendigen Gesetzen der Sittlichkeit, die durch die Vernunft erkannt werden, in partikuläre, besondere und kontingente Handlungsbefehle, die zu Willensakten führen.

Bei negativen Geboten, z.B. „Du darfst nicht töten“, ist es eindeutig, daß nichts getan werden darf, was eine Tötung bedeutet. Man darf nicht einmal die Absicht haben, jemanden zu töten. Sittlich handeln besteht allerdings nicht nur darin, das Böse zu meiden, sondern vor allem darin, das Gute, das Richtige zu tun. Allgemein gesehen ist das Gute unbegrenzt (man kann nie zu viel Gutes tun) und läßt sich in unendlicher Art und Weise verwirklichen (die Vielfalt des Guten). In jeder singular-konkreten Situation gibt es aber wenigstens eine Handlung, die für das Gute steht und deshalb die richtige ist. Diese Handlung festzulegen ist Aufgabe des „Klugheitsbefehls“. Deshalb ist die Klugheit ein wesentliches Element in jedem

klinischen Urteil und ganz besonders in Grenzsituationen²⁰.

Die kluge Handlung wird durch drei vorausgehende Akte vorbereitet: Beratung (*consilium*), Urteil (*iudicium*) und Befehl (*imperium*)²¹. Die Klugheit verlangt, daß man sich mit einer Sachlage ernsthaft beschäftigt, die Probleme in allen ihren Aspekten beleuchtet und studiert und gegebenenfalls um Rat frägt, weil in den meisten komplexen Fragen nicht jeder ein Experte sein kann. Auch wenn man ein Ziel hat, darf man erst handeln, wenn man sich von der Realität ein richtiges Bild gemacht hat. Die Beratung wird so zur Erkenntnis dessen führen (Urteil), was zu tun ist und welche Mittel dafür eingesetzt werden sollen. In Anlehnung an ARISTOTELES hat THOMAS VON AQUIN acht konstitutive Elemente oder Voraussetzungen der Klugheit genannt: Erfahrung, Wissenseinsicht, Lernfähigkeit, Sachlichkeit, Vernunft, Voraussicht, Umsicht, Vorsicht²². Diese acht Elemente der Beratung führen zum Urteil der praktischen Vernunft, das auch eine Anleitung (einen Befehl) über das, was zu tun ist, beinhaltet.

Der kluge Befehl richtet sich auf das noch nicht Verwirklichte, auf die Zukunft. Die Voraussicht spielt hier die maßgebliche Rolle, sie schließt notwendigerweise aber ein Unsicherheits- und Wagnismoment ein, denn die Urteile der Klugheit sind wesensmäßig auf das Konkrete, das Singuläre und das Zukünftige und nicht auf das an sich Notwendige bezogen. Der Urteilsspruch der Klugheit ist also immer von einer gewissen Unsicherheit begleitet, die nicht nur daher kommt, daß man nie sicher weiß, ob sie die für die Richtigkeit der Entscheidung ausschlaggebenden Faktoren vollständig und richtig erfaßt hat, sondern vor allem daher, daß diese Faktoren meistens ziemlich heterogen sind und – da sie auf Personen bezogen sind – in jeder singulären Situation eine andere Gewichtung bekommen. Die Gewißheit des Klugheitsurteils ist daher nicht mit jener einer theoretischen, logisch notwendigen Schlußfolgerung vergleichbar, „sie kann nicht so groß sein,

daß eine gewisse Sorge aufgehoben werden könnte“²³. Klugheit besteht eben darin, richtig zu entscheiden, ohne auf Gewißheit zu warten, wo es sie nicht gibt und ohne sich mit einer falschen Gewißheit selbst zu täuschen²⁴. Wenn man auf Gewißheit warten müßte, könnte man meisten nicht handeln.

III. Verhältnismäßigkeit

1. Die Verhältnismäßigkeit als Klugheitskriterium

Die Festlegung dessen, was in einer ganz bestimmten und realen Situation unter Berücksichtigung aller erfaßbaren Umstände positiv zu tun ist, setzt unter anderem eine Abschätzung dessen voraus, was erreichbar ist. Einfach eine gute Absicht zu haben und auf das Geratewohl irgend etwas zu versuchen ist sicherlich nicht klug, sondern eher unvernünftig. Der Volksspruch: „Das Bessere ist des Guten Feind“ ist im Grunde eine Umschreibung von Klugheit. Es hat wenig Sinn, sich das Bessere vorzunehmen, wenn man damit nichts, nicht einmal etwas halbwegs Gutes erreicht; es ist besser, sich mit etwas Bescheidenerem zu begnügen, wenn nur dieses erreicht werden kann. Die Aufgabe der Klugheit ist eine dreifache; sie muß beurteilen, erstens, was, d.h. welches Ziel erreichbar ist, zweitens, wie man es erreichen kann, also welche Mittel dazu notwendig sind, und drittens die Einschätzung des Verhältnisses zwischen dem, was erreicht werden kann und dem, was dafür eingesetzt werden muß, d.i. die Verhältnismäßigkeit.

Verhältnismäßigkeit ist also ein Beurteilungskriterium über die Klugheit (d.h. Angemessenheit) einer Maßnahme. Der gesamte (nicht nur der bewertbare) Aufwand (Miteinsatz) wird mit dem gesamten erwarteten Ergebnis der Maßnahme in Beziehung gesetzt,

und es wird geprüft, ob die so ermittelte Relation dem (theoretischen) Durchschnitt einer Mitteleinsatz-Ergebnis-Relation der alternativen Verwendungen der gleichen Mittel entspricht. Wenn man von der Knappheit der Ressourcen ausgeht, was der Wirklichkeit entspricht, bedeutet Verhältnismäßigkeit eine sparsame und daher auch effiziente Verwendung von Ressourcen, und Unverhältnismäßigkeit Vergeudung. So ist eine für einen bestimmten Zweck getroffene Maßnahme verhältnismäßig, wenn der erforderliche Mitteleinsatz einen Nutzen (Ertrag) erwarten läßt, der erfahrungsgemäß in der Nähe des durchschnittlichen Nutzens (Ertrages) der gleichen Mittel bei alternativen Verwendungen liegt. Je mehr sich die Relation Ertrag/Mitteleinsatz von diesem Durchschnitt entfernt, umso weniger verhältnismäßig ist die Maßnahme.

Verhältnismäßigkeit ist eine Relation, die sich in der Praxis kaum mathematisch ermitteln läßt. Wenn dies der Fall wäre, könnte man jede Gewissensentscheidung mit dem Taschenrechner lösen. Trotzdem spielt die Verhältnismäßigkeit bei jeder Klugheitsentscheidung eine ganz wichtige Rolle. Meistens sind wir uns dessen nicht bewußt, daß wir mit diesem Kriterium operiert haben, weil bei den meisten unserer Entscheidungen soviel Erfahrung mitspielt, daß wir instinktiv die richtigen Mittel im richtigen Ausmaß anwenden. Der Mensch hat die Tugend der Klugheit, die ein Gespür für Verhältnismäßigkeit einschließt, entwickelt. Bei seltenen hochkomplexen Entscheidungen – z.B. beim Behandlungsabbruch – fehlen uns meistens die Anhaltspunkte, die wir als Richtgrößen für unseren Einsatz nehmen könnten. Da die Klugheitsentscheidung, wie bereits gezeigt, immer von situationsbedingt verschiedenen und nur zum Teil quantifizierbaren, auf jeden Fall heterogenen Faktoren abhängt, deren Gewichtung wiederum sehr stark von subjektiven Präferenzen verursacht wird, erfordert sie eine sorgfältige und genaue Prüfung.

2. Verhältnismäßigkeit in der Medizin

Wo es eine klare medizinische Indikation für eine lebenserhaltende (heilende oder lebensverlängernde) Behandlung gibt, gebietet das Prinzip der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, diese Behandlung anzustreben (vgl. I. 3.2.). Der unermessliche Wert des Lebens bedeutet, daß jede lebenserhaltende und verfügbare Maßnahme prinzipiell verhältnismäßig ist. In der Praxis ist aber oft die Situation nicht so eindeutig: weder ist die Indikation so klar, noch reichen die Mittel aus, um jeden Bedürftigen damit zu versorgen. Man befindet sich in einer Grauzone, in welcher es durchaus berechtigt ist, die Sittlichkeit der Handlung letztlich von der Verhältnismäßigkeit der Maßnahme abhängen zu lassen.

Eine therapeutische Maßnahme erfordert den Einsatz von Mitteln zu einem bestimmten Zweck. Maßnahmen haben meistens neben der beabsichtigten Wirkungen auch andere (nicht nur medizinische) Folgen, die nicht in den Rahmen des Zweckes fallen und daher zweckneutral oder auch zweckwidrig (unerwünschte Wirkungen, z.B. patho-physiologische, psychologische und ökonomische Belastungen) sein können. Die Verhältnismäßigkeitsbeurteilung ist die Abwägung, wie viele zweckwidrige Folgen in Kauf genommen werden sollen. Die möglichen Folgen einer Unterlassung der Therapie werden auch in diese Abwägung einbezogen.²⁵

Unter der Annahme, daß der Mitteleinsatz und alle Wirkungen einheitlich bewertet werden können, müßte man eine therapeutische Maßnahme auf jeden Fall unverhältnismäßig bezeichnen, wenn sie zwar die gewünschte Wirkung (= Nutzen) hat, aber aufgrund der zweckwidrigen Nebenwirkungen (= Schaden) zu einem neuen Zustand (= Ausgangszustand plus Nutzen minus Schaden) geführt hat, der im gesamten betrachtet (nicht nur medizinisch!), objektiv und/oder subjektiv schlechter ist, als ohne diese Maßnahme zu erwarten ge-

wesen wäre. Die Maßnahme wäre in dem Fall nicht nur unverhältnismäßig, sondern vor allem irrational und kontraindiziert. Bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit einer möglichen, noch nicht durchgeführten Maßnahme – d.h. *ex ante* – kann man immer nur konkreten realen Faktoreinsatz gegen Wirkungserwartungen abwägen. Aus diesem Grund und darüber hinaus, weil dabei heterogene Dimensionen und nicht meßbare Qualitäten miteinander abgewogen werden müssen, ist die Feststellung der Verhältnismäßigkeit allemal eine Gewissens- und Klugheitsentscheidung. *Ex-post*-Verhältnismäßigkeitsbeurteilung von bereits gesetzten Handlungen ist wertvoll vor allem, um Erfahrungen zu sammeln, damit in ähnlichen Situationen die Entscheidung fundiert getroffen werden kann (klinische Studien).

Im Zusammenhang mit dem Behandlungsabbruch scheint es im Lichte des Prinzips der Unantastbarkeit des Lebens offensichtlich zu sein, daß eine Maßnahme, die das Leben verlängert, prinzipiell verhältnismäßig ist, weil das Leben – ob kurz oder lang – unabhängig von der Lebensqualität einen unermesslichen Wert hat. Da aber das Leben nicht der höchste Wert ist (vgl. Abschnitt I.3.1.) kann dieses Prinzip die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen zur Erhaltung des *Lebens um jeden Preis* nicht begründen. Das heißt, die Frage, ob eine mögliche und erschwingliche Maßnahme, die das Leben verlängert, immer verhältnismäßig ist, kann mit dem erwähnten Prinzip allein nicht beantwortet werden.

Sollte eine Maßnahme außerdem medizinisch sinnlos sein, dann verstößt ihre Unterlassung in keiner Weise gegen das Prinzip der Unantastbarkeit des Lebens. Die Medizin ist dazu da, den Menschen zu helfen und nicht zu schaden. Der Fortschritt der Medizin hat dazu geführt, daß tatsächlich die bloße Lebens- bzw. Sterbeverlängerung möglich geworden ist. Wenn die Lage eines Menschen so weit gekommen ist, daß Maßnahmen der Lebensverlänge-

rung nur mehr Sterbeverlängerung (keine Hilfe!) sind, dann hat die Medizin nur mehr palliativen Auftrag. In dieser Situation darf sie das Leben nicht mehr verlängern, auch wenn sie es könnte. Das Problem liegt in der Feststellung, ob dieser Zustand überhaupt vorliegt. Man kann es ahnen, vermuten oder sogar fest davon überzeugt sein, aber man kann darüber keine 100-prozentige Gewißheit erlangen. Es ist ein Nicht-Wissen über den genauen Zustand des Patienten. Man muß abwägen, ob der Schaden, den man jemandem durch überflüssige Maßnahmen zufügt, größer oder kleiner ist als der Nutzen. Diese Abwägung ist vom Verhältnismäßigkeitsurteil zu leisten.

In der Folge soll versucht werden, die Faktoren der Verhältnismäßigkeit bei einer Entscheidung über den Behandlungsabbruch festzustellen und zu analysieren.

3. Die Faktoren der Verhältnismäßigkeit

3.1 Die Gewißheit der medizinischen Indikation: Wissen und Nichtwissen in der Medizin

Oft verhalten sich Ärzte und Patienten so, als wäre die Medizin eine exakte Wissenschaft, wobei sie vergessen, daß jede Therapie auf einem eher unsicheren (vermuteten) Wissen basiert:

a) Die Medizin als Naturwissenschaft vermag die Gesetzmäßigkeiten des menschlichen Organismus mehr und mehr zu erfassen, zu systematisieren und zu erklären. Medizinisches Wissen beruht sowohl auf theoretisch wie empirisch fundierten Prämissen, wie auch auf Werturteilen und vor allem auf Beobachtungen und -bewertungen. Seit Popper steht für die Wissenschaftstheorie fest, daß durch die Naturwissenschaft immer nur eine kognitive Annäherung an die Wirklichkeit erreicht werden kann, da streng genommen keine Hypothesenverifizierung, nur eine Falsifizierung, und daher lediglich ein „vermutetes“ (engl. *conjectural*) Wissen möglich ist²⁶.

b) Die neuen Theorien über den Fortschritt der Wissenschaften haben auch gezeigt, daß dieser Fortschritt nicht nur mit stringenten Regeln der Logik, sondern auch sehr viel mit soziologischen Faktoren zu tun hat, die oft nicht rational nachvollziehbar sind. Demzufolge werden Theorien durch andere ersetzt, weil sie einfach mehr Anhänger finden, was nicht immer aufgrund des überprüfbaren Wahrheitsgehalts oder Gewißheitsgrades der jüngeren Theorie erfolgt.²⁷

c) Da weiters weder eine naturwissenschaftliche Theorie noch ein Algorithmus zur Erklärung der Realität alle relevanten Eigenschaften einbeziehen kann, wird es immer, besonders in den Randbereichen der normalverteilten Wirklichkeit Fälle geben, die im Lichte dieser Theorie stark vom Durchschnitt abweichen. Besonders in der medizinischen Praxis muß man davon ausgehen, daß jeder Behandlungsfall nie völlig identisch mit einem anderen, bereits getesteten und erprobten sein kann. Statistisch gesehen ist die Menge der Erfahrungsfälle eine normalverteilte Menge. Für sie gilt, daß, je weiter sich die Eigenschaften eines konkreten Behandlungsfalles vom Durchschnitt der Erfahrungsfälle entfernen, um so ungewisser das allgemeine Wissen über den Durchschnitt auf den Einzelfall anzuwenden ist.

Methodisch bedingt kommt also die Medizin durch wahrscheinliche, noch unwiderlegte (nicht-falsifizierte) Hypothesen zu mehr oder weniger verlässlichen Theorien, die in effiziente Diagnostik- und Therapietechniken umgesetzt werden. Die medizinischen Entscheidungen werden immer aufgrund von wahrscheinlichen Einschätzungen der Resultate getroffen.²⁸ Man soll hier zwischen der inneren Wahrscheinlichkeit, das ist die gewissenhafte innere (subjektive) Bewertung von erwarteten Handlungsergebnissen und ihren Wahrscheinlichkeiten und den äußeren Wahrscheinlichkeiten, dem Sich-Verlassen auf die äußerliche Kalkulation von „objektiven“ Wahrscheinlichkeiten unterscheiden.²⁹ Wenn für einen bestimmten Eingriff die Wahrschein-

lichkeitsverteilung bekannt ist, spricht man von Risiko, wenn sie nicht bekannt ist, von Ungewißheit. Bei vielen medizinischen Eingriffen besteht eine Unsicherheit, die meistens ein Gemisch aus Risiko- und Ungewißheitsmomenten darstellt. Für einen Großteil der Krankheitsbilder ist zwar ein ausreichend sicheres Wissen über die Erkennungs- und Behandlungsmaßnahmen vorhanden, die in der überwiegenden Zahl der Fälle – Normalfälle – erwartungsgemäß wirken; aber selbst bei diesen Krankheitsbildern sinkt die Wirksamkeit der Maßnahmen in den Randfällen – d.h. wenn Merkmale vorhanden sind, die vom Durchschnitt jener Erfahrungsfälle stark abweichen, auf denen das Wissen beruht. Wie oben erwähnt: Je weiter entfernt das Wissen vom Durchschnitt ist, um so unsicherer wird es. Außerdem muß man in der Medizin zwischen Wirkung und Hilfe unterscheiden. Das Ziel der medizinischen Behandlung ist nicht nur, etwas zu bewirken, sondern einen wirklichen Nutzen für den Patienten in seiner Gesamtheit zu erzielen. Eine Behandlung, die es verfehlt, einen Nutzen zu bringen – auch wenn sie einen meßbaren Effekt hat – sollte als nutzlos betrachtet werden.³⁰ Deshalb können wir zumindest theoretisch von zwei Ungewißheitsarten sprechen: Wirkungs- und Nutzenungleichheit, wobei natürlich vor allem die zweite, die die erste miteinschließt, medizinisch relevant ist. Das bedeutet erstens, daß in jedem Behandlungsfall immer mit einer zumindest kleinen letzten Unsicherheit und daher einem Risiko zu rechnen ist und zweitens, daß für die Fälle in den Randbereichen eines Krankheitsbildes es sehr fraglich ist, ob es verlässliche medizinische Handlungsanweisungen geben kann. Es gibt hier zumindest eine sehr große Unsicherheit, die auch als ein Nicht-Wissen betrachtet werden könnte. Es ist eine Unwissenheit darüber, ob im konkreten Behandlungsfall eine bestimmte Maßnahme wirklich hilfreich sein wird, ob sie also die erhoffte heilende bzw. lebenserhaltende Wirkung haben wird oder ob sie sogar mehr schadet als nützt.

Für den Zweck dieses Aufsatzes wird es sicherlich von Interesse sein, die Faktoren herauszuarbeiten, von denen die Unsicherheit bei medizinischen Eingriffen abhängt. Es geht darum, diejenigen Merkmale zu erkennen, die die medizinischen Regelfälle zu Ausnahmefällen werden läßt, bei denen das vorhandene Wissen über den Regelfall nicht mehr mit Gewißheit angewandt werden kann und eigentlich kein Wissen mehr darstellt³¹, wo also die Wahrscheinlichkeiten größer werden, daß man durch die Therapie mehr schadet (Nebenwirkungen!) als nützt.

a) Komplexität des Krankheitsbildes: Wenn das Krankheitsbild aus mehreren miteinander verbundenen und einander bedingten Krankheiten besteht, ist die Behandlung dadurch erschwert, daß einzelne Maßnahmen die eine bestimmte Dysfunktion verringern, eine andere vergrößern können, so daß die Behandlung oft in sehr behutsamem Beobachten der Wirkungen und im Abwarten bestehen muß. Am Anfang hat man gewisse Hoffnungen, man versucht natürlich zuerst die Varianten, die die größte Wirkungswahrscheinlichkeit haben. Wird aber nach mehrmaligen Versuchen keine Wirkung erzielt, dann wandelt sich das Nicht-Wissen in ein Wissen um, daß die gesetzten Maßnahmen nämlich nichts nützen.

b) Alter: Bei jeder Krankheit, auch bei geriatrischen Krankheiten ab einem gewissen Alter, sinkt die Effektivität medizinischer Maßnahmen mit den Jahren des Patienten. Die Alterung der meisten Organe bedeutet eine Abnahme ihrer Funktionsfähigkeit, so daß die Therapien mit zunehmendem Alter immer weniger oder zumindest anders (d.h. mit mehr unerwünschten Wirkungen) greifen. Trotzdem ist eine allgemein gültige Festlegung von Altersgrenzen für die einzelnen Behandlungen kaum möglich. Es ist doch ureigene Aufgabe medizinischer Wissenschaft, ebenso wie der Pharmakologie, verlässliche Aussagen über die altersbedingte Ineffektivität von Therapien und Medikamenten zu treffen. Und, wo notwendig, muß

der jeweilige Arzt mit seiner Kunst und dem Fundus der eigenen Erfahrung den Mangel an allgemeingültigen Kenntnissen zu ergänzen versuchen.

c) Altersunabhängiger Funktionszustand des Organismus: In Ergänzung zu Punkt b), wenn in einem Organismus bestimmte wichtige Funktionen (Kreislauf, Stoffwechsel, Atmung u. dgl.) weit unter dem normalen Alterslevel ablaufen, ist mit einer allgemeinen Abnahme der Effizienz der medizinischen Maßnahmen zu rechnen. Das wird besonders bei schweren Unfällen oder z.B. bei Neugeborenen mit schweren Mißbildungen und bei Terminalpatienten im allgemeinen der Fall sein. Im Extremfall wird ein irreparables Multiorganversagen das Erlöschen der selbständigen Lebenstendenz einleiten.

Bei der Einschätzung der Wahrscheinlichkeit des Erfolges muß man darüber im Klaren sein, daß Arzt und Patient von ganz anderen Voraussetzungen ausgehen. Der Patient wird sich eher nach inneren Wahrscheinlichkeiten, der Arzt seine Überlegungen eher nach äußeren Überlegungen orientieren. Bei den medizinischen Regelbehandlungen neigen beide Wahrscheinlichkeiten durch die Arzt-Patienten-Interaktion zur Konvergenz; nicht so bei Ausnahmefällen. Bei diesen klaffen beide Einschätzungen stark auseinander, wodurch die Entscheidung besonders erschwert, ja zur Gewissensentscheidung wird.

Welches ist der ethische Status des Nicht-Wissens im Zusammenhang mit dem Behandlungsabbruch?

Wie bereits erwähnt, bedeutet ein Nicht-Wissen eine Ungewißheit darüber, ob eine mögliche Handlung in dem konkreten Fall eine Hilfe, keine Hilfe oder einen Schaden bringt. Mit anderen Worten, in solchen Fällen hat man nicht genug Anhaltspunkte, um die Folgen der Handlung abzuschätzen. In der Ethik legitimiert das Nicht-Wissen die Unterlassung und nicht die aktive Handlung, die immer einer Rechtfertigung bedarf. Aufgrund

des Nicht-Wissens ist man nicht unbedingt zum Handeln verpflichtet. Eine Handlung, von der man nicht weiß, ob sie eine bestimmte nutzbringende Wirkung hat oder nicht, bei der ja nicht auszuschließen ist, daß sie mehr schadet als hilft, kann nicht zur unbedingten Pflicht gemacht werden. Moralisch liegt also dort keine Verfehlung vor, wo ein Tun, das nicht sittlich verpflichtet, unterlassen wird. Die Alternative, trotzdem zu behandeln, obwohl man nicht weiß, ob die Behandlung wirkt (d.h. die Wahrscheinlichkeit liegt nahe bei null), ist auch legitim, wenn sie faktisch möglich ist, für niemand einen relevanten Nachteil bringt und vielleicht sogar für den Patienten einen nicht-medizinischen Nutzen (z.B. der Trost, nicht aufgegeben zu werden) darstellt. Meistens werden bei Nichtwissen beide Alternativen (Sterbenlassen oder Behandlung) ethisch prinzipiell zulässig sein, weil nichts darauf hindeutet, daß die eine Alternative schlechtere Folgen als die andere bringen könnte.

Ein *Wissen, daß etwas nicht nützt*, rechtfertigt die Unterlassung, ja verpflichtet sogar dazu. Demgegenüber gilt es, daß bei einem Nicht-Wissen über einen Eingriff dessen Unterlassung erst nach Prüfung der Verhältnismäßigkeit legitimiert werden kann, d.h. es muß aufgrund von anderen Faktoren geschätzt werden können, daß der von der Unterlassung zu erwartende Nutzen größer als der Schaden ist. Wenn z.B. ohne großen zusätzlichen Einsatz eine neue Maßnahme probiert werden kann, von der man nicht weiß, ob sie hilfreich sein wird, dann wäre es durchaus in Ordnung, diese Maßnahme zu versuchen, wenn der Erfolg wirklich alle Mühen, inklusive den bei einem Mißerfolg zu erwartenden Schaden kompensieren könnte. Ein Versuchen und immer wieder Versuchen hat aber auch seine Grenzen, denn nach einiger Wiederholung (z.B. bei der Reanimation) wandelt sich das Nicht-Wissen in ein *Wissen, daß nichts mehr nützt*, um.

Die Verhältnismäßigkeit wird auch zum Kriterium, um zu beurteilen, ob der Aufwand einer bestimmten Maßnahme gerechtfertigt ist, die mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit keine Lebensverlängerung (Nutzen), sondern eine Sterbeverlängerung um ein paar Stunden oder ein paar Wochen bewirkt. Einem Moribunden z.B., der nicht mehr trinken will oder nicht mehr trinken kann, noch eine Infusion zu geben, könnte mehr Schaden als Nutzen bewirken, wenn durch diese Maßnahme dem Patienten die letzten leidvollen Stunden bzw. Tage verlängert werden und ihn noch dazu bewußter erleben lassen³².

3.2 *Lebensqualität*

In der Medizin wird meistens Lebensqualität als die Summe der faktischen inneren und äußeren Lebensbedingungen eines Menschen verstanden. Sie hat objektive und subjektive Komponenten, die schwer auseinander gehalten werden können. Die Versuche einer sachlichen Bewertung der gesamten Lebensqualität haben sich als höchst problematisch und unzufriedenstellend erwiesen. Trotzdem wird in der Praxis mit dem Begriff sinnvoll operiert, z.B. um Therapien nach ihren lebensqualitätsmäßigen Folgen zu vergleichen. Ganz gefährlich erweist sich der Begriff Lebensqualität dann, wenn es darum geht, das Leben selbst zu qualifizieren, ja gar zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben zu unterscheiden. Die konsequentialistische Ethik, jene also, die die ethische Qualität der Handlung allein von den Folgen bestimmen will, plädiert für eine reine Lebensqualitätsethik³³. Diese Ethik ebenso wie ihr Ergebnis, nämlich die grundlegende Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben, verstößt gegen das Prinzip der Heiligkeit des Lebens. Nicht das Leben, sondern die Person ist das Subjekt (der Träger) der Eigenschaften, die die Lebensqualität ausmachen, und es ist absolut falsch, die Person auf diese Eigenschaften zu reduzieren bzw. zu

unterstellen, daß Personsein selbst eine Eigenschaft sei. An anderer Stelle wurde zu begründen versucht, daß nicht die Lebensqualität, sondern nur die Menschenwürde der Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverkürzung bzw. über Lebensverlängerung sein kann³⁴: Ein Eingriff, der auf Lebensverkürzung abzielt oder ein Verzicht auf eine wirksame lebenserhaltende bzw. -verlängernde Maßnahme darf nicht mit dem Mangel an Lebensqualität gerechtfertigt werden. Diese Handlungen würden gegen die Würde der Person verstoßen.

Der Begriff der Lebensqualität kann aber doch als Kriterium bei der Entscheidung um einen Behandlungsabbruch herangezogen werden, und zwar dann, wenn es darum geht, eine Maßnahme zu setzen, die im Bereich des Nicht-Wissens liegt. Wenn z.B. die aktuelle Lebensqualität sehr niedrig ist, und aus einer Maßnahme keine wesentliche Besserung derselben zu erwarten ist, wäre eine aufwendige und für alle Beteiligten belastende Maßnahme, deren Wirkung ungewiß ist, wahrscheinlich unangebracht und könnte bzw. müßte unterbleiben. Ganz allgemein läßt sich sagen: Lebensqualität kann bei der Entscheidung für Weiterbehandlung oder Behandlungsabbruch eine Rolle spielen, wenn beide Alternativen, von den anderen Faktoren her gesehen, ethisch gleichwertig sind.

Nicht selten wird der Begriff Lebensqualität zur Beschreibung des Sachverhalts in einer Weise verwendet, daß die ethische Beurteilung mißverständlich wird. So kann man z.B. bei einem Moribunden auch sagen, daß die Lebensqualität so schlecht geworden sei, daß man deswegen auf weitere Versuche, das Leben zu verlängern, verzichtet. Hier könnte man den Eindruck gewinnen, daß man einer Lebensqualitätsethik folgt, und gemeint wird, das Leben bei einer solchen Lebensqualität sei nicht mehr lebenswert. Dabei ist aber das Gegenteil der Fall. Tatsache ist, daß die Lebensqualität auch ein Merkmal ist, an dem man erkennt, ob ein konkreter Mensch moribund ist, also irreversi-

bel im Sterben liegt, so daß eine weitere Maßnahme, eine Sterbeverlängerung, keine Hilfe für den Patienten bedeuten würde. In so einem Fall ist ein Sterbenlassen gerechtfertigt. Allerdings läßt man den Moribunden nicht wegen des Mangels an Lebensqualität sterben, sondern weil eine weitere Maßnahme ihm schaden würde (Sterbeverlängerung), und dazu hat die Medizin keinen Auftrag.

3.3 Bewußtseinslage

Eine in der Lebensschutzdiskussion immer wieder aufgestellte These ist, daß Menschen, die kein Bewußtsein mehr haben bzw. haben können, keine Personen sind und ihnen nicht die Personenwürde zuzusprechen ist. Der Mensch sei eine Leib-Seele-Einheit und die inkommensurable Würde der Person hänge an der Vernunftbegabung, die der Seele des Menschen zuzuordnen ist. Wenn der Embryo noch keine Vernunft hat oder der Mensch keine rationalen Vollzüge mehr zustande bringt, stellt sich die Frage, ob die erwähnte Einheit zerstört ist und ob das daher noch menschliches Leben sei. Die Würde des Menschen ist nicht von der Bewußtseinslage abhängig, und solange der Mensch lebt, ist ihm diese Würde zuzusprechen. In diesem Zusammenhang ist die Unterscheidung zwischen prinzipieller und faktischer Unfähigkeit eines rationalen Vollzugs nützlich. Im ersten Fall ist der Mensch tot, z.B. bei einem Hirntod. Bei der faktischen Unfähigkeit eines rationalen Vollzugs kann prinzipiell nicht ausgeschlossen werden, daß irgendwann das Bewußtsein wieder erlangt werden kann.

Die rein faktische Unfähigkeit von rationalen Vollzügen begründet keine Abnahme der Würde und daher keine Aufweichung der Pflicht, das Leben zu erhalten. Aber auch hier – ähnlich wie bei der Lebensqualität – kann die faktische Unfähigkeit eines rationalen Vollzugs als Kriterium bei der Entscheidung zum Behandlungsabbruch herangezogen werden, und zwar wenn es darum geht, eine sozusagen letzte

Maßnahme zur Lebenserhaltung zu ergreifen, die im Bereich des Nicht-Wissens (ob man dem Patienten damit wirklich hilft) liegt. Der Umstand, daß der Patient sich in einem irreversiblen Koma befindet und aufgrund der Krankengeschichte und der sonstigen Faktoren keine Hoffnung besteht, daß er da je herauskommt, kann eine Entscheidung gegen eine Maßnahme, die sich im Bereich des Nichts-Wissens befindet, legitim werden lassen.

3.4 Alter und Lebenserwartung

Die Würde des alten Menschen ist ebenso unermesslich wie die des jungen. Das Alter kann an sich kein Legitimationsgrund für Behandlungsabbruch sein. Das Alter ist aber doch ein Merkmal, das mit anderen Faktoren darüber Auskunft gibt, inwieweit der Lebensprozeß dem Ende zugeht. Es ist nahe der Banalität zu sagen, daß ab einem bestimmten Alter Jahr für Jahr die Kräfte abnehmen, die Gebrechlichkeit zunimmt, die Regenerationskraft nach schweren Krankheiten kleiner wird und die Lebensqualität sinkt. Das ist das Gesetz des Lebens. Das heißt, mit dem Alter, dem Fortschreiten des Lebens, sinkt die Lebenserwartung und nähert sich immer mehr dem Sterbeprozess. Letzterer bleibt aber in der Zeit ziemlich unbestimmt. Hier spielt dann der oben erwähnte Zusammenhang zwischen Alter und Nicht-Wissen eine große Rolle. Das medizinische Nicht-Wissen (die Ungewißheit) nimmt mit dem Alter der Person, auf die das Wissen angewendet werden soll, zu.

Der jüngere Patient hat prinzipiell eine größere Lebenserwartung und kann daher im Falle einer Heilung – so unwahrscheinlich sie auch immer sein möge – noch viele Jahre leben, d.h. länger als der ältere. Jüngere Menschen haben den größten Teil des Lebens vor sich, ältere haben dagegen den größten Teil bereits abgeschlossen. Teleologisch betrachtet ist das Alter sehr relevant: Je jünger der

Mensch ist, desto größer (offener) ist seine Lebensaufgabe (Gelingen des Lebens). Es ist deshalb ein Gebot der Verhältnismäßigkeit, daß, je jünger der Patient, bzw. je größer seine Lebenserwartung ist, umso größer die Bereitschaft sein müßte, noch mehr Maßnahmen im Bereich des Nicht-Wissens zu versuchen und mehr zu wagen, d.h. auch den Aufwand noch höher steigen zu lassen.

3.5 Ökonomische Faktoren

In den meisten Industrienationen (auch in Österreich), ist das Gesundheitswesen so organisiert, daß jeder Bürger, unabhängig von seinem Einkommen, prinzipiell Zugang auf jene vorhandenen medizinischen Ressourcen hat, die er zur Erhaltung seines Lebens benötigt. Bis jetzt ist man in diesen Ländern davon ausgegangen, daß für die Krankenversorgung alle Ressourcen (Personal, Einrichtungen, Medikamente und Behandlungsmethoden) zur Verfügung stehen. In ärmeren Ländern ist es anders. Dort stellt sich die Frage, ob sich der Patient, seine Familie oder die übergeordnete Gemeinschaft (z.B. der Stamm) eine bestimmte vorhandene Behandlung leisten kann oder nicht. Ist es für eine Familie oder einen ganzen Stamm vertretbar oder gar verpflichtend, große Schulden auf sich zu nehmen, damit ein Mitglied eine für ihn lebensrettende Behandlung in Anspruch nehmen kann? Wo liegen die Grenzen dieser Pflicht? Diese Frage spielt nicht nur eine Rolle im Bereich des Nicht-Wissens, sondern auch dort, wo eine ganz bestimmte und erprobte Behandlung möglich ist. Wo die Versorgungsorganisation es noch nicht erlaubt, daß jeder die Behandlung bekommt, die er braucht, und die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitsbereich marktmäßig organisiert ist, wird die Behandlung bedauerlicherweise davon abhängen, ob der Patient selbst oder jemand anderer für ihn die Kosten der Behandlung übernehmen kann.

Auch in den europäischen Ländern wird unter dem Druck der Kostensteigerung im Gesundheitswesen bereits die Frage konkret aufgeworfen, ob immer und in jedem Fall jegliche Lebensverlängerung jeden finanziellen Aufwand rechtfertigt. Es handelt sich nicht um eine theoretische, sondern um eine praktische Frage, die alltäglich in den Spitälern und auch in den Gesundheitsbehörden nach Antwort sucht: Wieviel darf ein Tag zusätzliches Leben noch kosten? Es wäre falsch zu denken, daß damit eine Wertung des Lebens an sich und damit eine Materialisierung der menschlichen Würde angestrebt wird, die sich jeder Bewertung entzieht. Es ist nur eine Frage der Verteilung von knappen Ressourcen. Verteilungsentscheidungen über Ressourcen für das Gesundheitswesen werden im öffentlichen Bereich z.B. regelmäßig vom Parlament getroffen, indem z.B. die Mittel für ein zusätzliches Krankenhaus beschlossen oder abgelehnt werden. Für manche Sterbende ist der Weg zum nächstgelegenen Krankenhaus zu lang. Es ist eine Frage der Verhältnismäßigkeit, welche Verbesserungen der Versorgung bzw. welche Investitionshöhe gerechtfertigt sind. Es ist klar, eine Beatmungsmaschine und ein Arzt in jedem Haushalt würden einigen das Leben retten. Ist dieser Aufwand aber gerechtfertigt? Bis jetzt hat unsere Gesellschaft diese Frage eher verneint.

Unser Gesundheitswesen ist ein Mischsystem aus freier Marktwirtschaft und zentral gelenkter Wirtschaft. Es gibt in etwa zwei Ebenen, auf welchen der Einsatz und die Verteilung der Mittel geregelt werden³⁵: die Makroebene (Staat, Region, größere Gemeinschaft) und die Mikroebene (Krankenhaus, Ordination, Ambulatorium). Auf der Makroebene fallen im wesentlichen zwei Entscheidungen: erstens die Zuteilung der Ressourcen auf die verschiedenen Verwendungsalternativen durch nationale und regionale Budgets, durch die Regelungen der Gesundheitsbehörden und durch den Markt; zweitens die Aufteilung dieser der Gesundheit gewidmeten Güter auf Re-

gionen, Krankenhäuser, Fachbereiche und Bevölkerungsgruppen (ebenfalls durch die oben erwähnten Institutionen).

Auf der Mikroebene fallen erstens die Entscheidungen bezüglich der Verteilung der tatsächlichen Finanzmittel und der realen verfügbaren Ressourcen zwischen den Abteilungen der Krankenhäuser und Ambulatorien und zweitens durch die Entscheidungen der Ärzte bezüglich des Einsatzes der vorhandenen Mittel bei den einzelnen Patienten in den Krankenhäusern und in den Ordinationen.

Auf der Mikroebene ist vor allem der Arzt Entscheidungsträger. Er hat keine ausreichende Übersicht über die gesamten realen Bedürfnisse der Gemeinschaft, die er mitbetreut, und über die tatsächlich verfügbaren Mittel. Daher braucht er die Hilfe von Behandlungsstandards und Anreize zur Sparsamkeit, die auf der ersten Ebene festgelegt werden sollen, um zur gerechten Gesundheitsversorgung beizutragen. In einem System, das humanitär bleiben will, müssen jedoch Standards und sonstige behördliche Vorschriften den Entscheidungsspielraum des Arztes respektieren. Nur er allein kann durch sein Können und sein Gewissen die allgemeinen Regelungen auf den konkreten Fall anwenden. Dies ist eine Klugheitsentscheidung, die im Falle der Ressourcenverteilung auch eine ökonomische Dimension hat. Die Frage der Verhältnismäßigkeit ist dann auch eine ökonomische.

Im Zusammenhang mit dem Behandlungsabbruch wäre es sehr wichtig, wenn auf der makro-ökonomischen Ebene Richtlinien (Standards) gegeben werden, welche sinnlosen (nutzlosen) Maßnahmen auf keinen Fall von der Sozialversicherungskassa zugelassen werden. Diese Standards können für die Entscheidungen der Ärzte eine große Hilfe sein und zur Homogenisierung der Behandlungsniveaus führen. Sie können aber dem Arzt nicht die ganze Entscheidung abnehmen, denn nur er kann entscheiden, ob im konkreten Fall die Bedingungen der nutzlosen Maßnahmen vorlie-

gen. Hier muß auf die Diskussion über „Futility“, die bereits oben angesprochen wurde, verwiesen werden. Man kann den Nutzen einer Maßnahme nicht nur rein medizinisch-fachlich sehen. Diese Frage wird aber nicht näher ausgeführt.

Zur Messung der ökonomischen Dimension der Verhältnismäßigkeit hat die Ökonomie verschiedene Instrumente ausgearbeitet wie: Kosten-Effektivitätsanalysen, Kosten-Nutzwert-Analysen und Kosten-Nutzen-Analysen³⁶. Alle diese Analysen liefern Indikatoren der Verhältnismäßigkeit, sind aber keine eigentliche Verhältnismäßigkeitsmessung³⁷.

3.6 Andere persönliche Faktoren

Darunter sind jene sonstigen biographischen objektiven und subjektiven Besonderheiten zu verstehen, die bei den Entscheidungen Berücksichtigung finden sollen. Der Grad der sozialen Integration wäre z.B. ein solcher Faktor. Die alleinstehende Person, die niemandem fehlen wird, wird kaum einen Grund finden, um eine an sich aussichtslose und auf jeden Fall belastende Maßnahme auf sich zu nehmen. Wer dagegen stark mit seinem menschlichen Umfeld (z.B. Familie) verbunden ist, und eine Trennung daher beidseitig als schwer empfunden wird, wird eher dazu neigen, auch durch das Umfeld ermutigt, wenig aussichtsreiche und belastende Maßnahmen zur Lebensverlängerung auf sich zu nehmen. Auch jene, die noch eine wichtige Aufgabe zu erfüllen haben, z.B. die Regelung der Verlassenschaft, werden vieles in Kauf nehmen, um diese letzte Aufgabe noch ordnungsgemäß erledigen zu können.

Zu den persönlichen subjektiven Faktoren gehört auch die Einstellung zum Leben. Wer einen starken Lebenswillen und große Lebensfreude hat, wird eher dazu geneigt sein, trotz der objektiven Aussichtslosigkeit eine Maßnahme zu setzen, und zwar in der Überzeugung, daß sie bei ihm wirken wird³⁸.

IV. Zusammenfassung: Zwölf Verhältnismäßigkeitsmaximen für den Arzt

Die Entscheidung, auf eine Behandlung zu verzichten oder sie abzubrechen und damit die Bemühungen um die Rettung des eigenen Lebens oder jenes eines anderen Menschen aufzugeben, ist sicherlich eine der schwierigsten, die in diesem Leben zu treffen sind, und zwar nicht nur, weil meistens der Abschied aus dem Leben und alles, was damit verbunden ist, rein emotional nicht leicht fällt, sondern auch, weil diese Entscheidung niemals mit absoluter Gewißheit getroffen werden kann. Es ist eine Gewissensentscheidung, die eine eingehende, sorgfältige und fachkundige Prüfung zahlreicher Faktoren und eine schwierige Abwägung, deren Ergebnis die Verhältnismäßigkeitsbeurteilung ist, erfordert. Zu dieser Abwägung können allerdings eine Reihe von Maximen behilflich sein, die aus dem Gesagten abgeleitet werden können. Diese sind nützlich, aber gleichzeitig gefährlich, weil sie falsch gedeutet werden können. Aus ihnen kann man so viel herauslesen, wie man in die verwendeten Begriffe hineininterpretiert. Deshalb dürfen solche Regeln von der Definition der Termini, die sie beinhalten, nicht gelöst werden. Die folgenden Maximen sollten im Lichte der obigen Ausführungen gedeutet werden.

1. *Maxime: Jede ärztliche Entscheidung für Behandlungsabbruch muß den ausdrücklichen bzw. den mutmaßlichen Willen des Patienten berücksichtigen. Der Arzt darf keine Lebensverlängerung gegen den Willen des Patienten bewirken, aber er ist prinzipiell nicht verpflichtet, medizinisch nutzlose Eingriffe vorzunehmen (vgl. I.2.1.).*
2. *Maxime: Eine Behandlung darf niemals mit der Absicht, direkt zu töten, abgebrochen werden (Vgl. I.2.2.).*
3. *Maxime: Jede Maßnahme darf unterbrochen werden oder unterbleiben, wenn sie keine der drei Wirkungsweisen (kurativ, lebenserhal-*

- tend oder palliativ) erwarten läßt. Um solche medizinisch nutzlosen Maßnahmen einzuleiten oder fortzusetzen, müßten sie einen ausreichenden, nicht medizinischen Rechtfertigungsgrund haben (vgl. I.3.2).
4. *Maxime*: Jede Entscheidung zum Behandlungsabbruch kann nur im Gewissen getroffen werden. Durch ihre Irreversibilität und deren Tragweite wird die Maßnahme auch zu einer Gewissensfrage für alle an ihrer Durchführung beteiligten Ärzte, Krankenschwestern und Verwandten. Deshalb erfordert eine solche Entscheidung, daß der letztverantwortliche Arzt den Konsens aller Beteiligten sucht (vgl. II.2.)
 5. *Maxime*: Sterbenlassen kann auch eine ärztliche Pflicht sein. Die Sterbeverlängerung ist nicht Auftrag der Medizin und darf nicht vom Arzt ohne triftigen Grund und ausdrücklichen Wunsch des Patienten bewirkt werden. Als Sterbeverlängerung gilt jede Maßnahme, die getroffen wird, wenn der Sterbeprozess in seine letzte und irreversible Phase eingetreten ist, und die keine Hilfe für den Menschen darstellt, aber doch den Leidensprozess verlängern könnte (vgl. I.3.2 und III.2.).
 6. *Maxime*: Eine große Ungewißheit (Nicht-Wissen, d.i. mehr als nur Risikoeinschätzung!) über die Effektivität einer Maßnahme kann die Unterlassung ethisch legitimieren. Im Falle der Ungewißheit muß die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme genau geprüft werden (vgl. III. 3.1.).
 7. *Maxime*: Bei der Prüfung der Gewißheit einer medizinischen Indikation muß berücksichtigt werden, daß in der Medizin die Ungewißheit der Effektivität mit dem Alter (ab einem gewissen Alter), mit dem altersunabhängigen Zustand der Funktionsfähigkeit des Organismus und mit der Komplexität des Krankheitsbildes zunimmt (vgl. III. 3.1.).
 8. *Maxime*: Bei der Einschätzung der Verhältnismäßigkeit eines medizinischen Eingriffs gilt *ceteris paribus* (andere Faktoren gleichbleibend): Je geringer die Lebensqualität eines Patienten ist, desto weniger können die in Frage kommenden Maßnahmen gerechtfertigt werden (vgl. III. 3.2.). Die Lebensqualität allein würde jedoch niemals einen Behandlungsabbruch legitimieren, denn der Wert des Lebens hängt nicht von Qualitäten ab.
 9. *Maxime*: Bei der Einschätzung der Verhältnismäßigkeit eines medizinischen Eingriffs gilt *ceteris paribus*, daß eine persistierende Bewusstlosigkeit die Verhältnismäßigkeit einer ärztlichen Maßnahme stark beeinträchtigt. Obwohl die rein faktische Unfähigkeit von rationalen Vollzügen keine Abnahme der Würde und daher eine Aufweichung der Pflicht, das Leben zu erhalten, begründet, muß bei irreversibler Bewusstlosigkeitslage genau geprüft werden, ob bestimmte medizinische Maßnahmen unterlassen werden müssen, weil sie keinen Nutzen mehr bringen können (vgl. III.3.3.).
 10. *Maxime*: Bei der Einschätzung der Verhältnismäßigkeit eines medizinischen Eingriffs gilt *ceteris paribus*: Je älter der Patient bzw. je geringer seine Lebenserwartung ist, desto weniger verhältnismäßig sind die in Frage kommenden Maßnahmen. Die Würde des alten Menschen ist ebenso unermesslich wie die des jungen. Das Alter kann an sich kein Legitimationsgrund für Behandlungsabbruch sein (vgl. III. 3.4.).
 11. *Maxime*: Bei der Einschätzung der Verhältnismäßigkeit eines medizinischen Eingriffs gilt *ceteris paribus* auch: Je stärker die Maßnahme den Patienten und seine Solidaritätsgemeinschaft ökonomisch belastet, desto weniger ist die in Frage kommende Maßnahme gerechtfertigt. Bei aller gebotenen Sparsamkeit darf der einzelne Patient und der einzelne Arzt alle legalen Möglichkeiten ausschöpfen, um einen Behandlungsabbruch nicht allein mit dem Mangel an Ressourcen begründen zu müssen (vgl. III,3.5).
 12. *Maxime*: Bei der Einschätzung der Verhältnismäßigkeit eines medizinischen Eingriffs gilt *ceteris paribus*: Je mehr für den Patienten

aufgrund der objektiven und subjektiven, persönlichen Umstände und Besonderheiten die praktische Verwirklichung seiner alltäglichen Aufgaben, Lebensziele und Vorstellungen nach dem Eingriff möglich bleibt oder wird, desto mehr ist die in Frage kommende Maßnahme gerechtfertigt (vgl. III. 3.6.).

Referenzen

1. Vgl. dazu die Auseinandersetzung mit dem Sinnhaftigkeitsbegriff im Aufsatz von HÜNTELMANN R., Der Abbruch ärztlicher Behandlung. Philosophische Anmerkungen zur Intentionalität menschlichen Verhaltens, in dieser IH-Nummer
2. SPAEMANN R., Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen in THOMAS H. (Hrsg.), *Menschlichkeit der Medizin*, BusseSeewald, Stuttgart, 1993, 261.
3. vgl. THOMAS H., Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert, *Ethik Med.*, (1993), 5:70-80; und MÜLLER W.A., Tötung auf Verlangen - Wohltat oder Untat?, Kohlhammer, Stuttgart, 1997, 95-126; FUCHS T., Was heißt 'töten'? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie, *Ethik in der Medizin*, 1997, 9:78-90.
4. Im Hippokratischen Eid Nr. 4 heißt es: „Nie werde ich jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen“. Es hat schon immer zum Selbstverständnis des medizinischen Berufes gehört, das Leben zu achten, zu retten und es niemals zu vernichten. Alle Rechtssysteme der Welt haben das Recht auf Lebensschutz als das Grundlegendste anerkannt und verteidigt. Deshalb ist dieses Prinzip wie kein anderes unumstritten. Es gibt daher in diesem Aufsatz keinen Anlaß, es zu hinterfragen. Über die Grundlegung dieses Prinzips, die in der medizinischen Ethik erst im Zuge der Abtreibungs- und Euthanasiediskussion notwendig wurde, gibt es eine bibliothekenfüllende Literatur. In diesem Aufsatz wird bei der Erörterung der Frage nach den Zulässigkeitsbedingungen eines Behandlungsabbruchs davon ausgegangen, daß hinter dieses Prinzip nicht zurückgegangen werden kann. Das heißt, es geht um die Frage, wann oder ab wann eine Behandlung unterbrochen werden kann, ohne dieses Prinzip der Heiligkeit des Lebens zu verletzen.
5. HONNENFELDER L., Lebensrecht und Menschenwürde. Zur Bedeutung und Grenzen der Behandlungspflicht bei Patienten mit komplettem apallischen Syndrom. *Ethik in der Medizin*, 8-1(1996): 1-5
6. Gemäß den traditionellen Regeln der katholischen Moraltheologie für die Handlung mit Doppelleffekt, gelten negative Folgen als indirekt gewollt und können in Kauf genommen werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt werden: 1. Die negative Folge der Handlung darf nicht angestrebt werden. Sie muß, soweit es geht, sogar vermieden werden. 2. Die negative Folge muß objektiv den Charakter einer Nebenwirkung haben und darf nicht die Hauptwirkung solcher Handlung sein. 3. Die negative Folge darf nicht Mittel zur Erreichung der Hauptfolge sein. 4. Die negative Folge muß in einer angemessenen Proportion zum Zweck der Handlung stehen.
7. SPAEMANN R., Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen in THOMAS H. (Hrsg.), *Menschlichkeit der Medizin* BusseSeewald, Stuttgart, 1993, 261-278.
8. Es kann Situationen geben, wo eine an sich medizinisch nicht mehr sinnvolle Maßnahme zur Sterbverlängerung doch getroffen wird, weil für den Patienten die erhoffte Verschiebung des Todeszeitpunktes aus religiösen, familiären oder sonst persönlichen Gründen von großer Bedeutung wäre.
9. Die Darlegung des Vorganges, durch welche die praktische Vernunft von den allgemeinen Prinzipien der Sittlichkeit und der Wissenschaft auf das partikuläre Urteil (die praktische Wahrheit) kommt, ist nicht Aufgabe dieses Aufsatzes: Siehe dazu RHONHEIMER M., *Die praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis*, Akademie Verlag, Berlin, 1994, 124-129; 348-382ff. oder RODRIGUEZ-LUÑO A., *Etica General*, EUNSA, Pamplona, 1992, 39-44 und 272-290.
10. Dieses Urteil ist auch eines der praktischen Vernunft, die aber nicht sagt, was getan werden kann, sondern nur, ob eine bestimmte bereits gesetzte oder nur erwogene Handlung sittlich richtig ist oder nicht.
11. Dies hat besonders die *futility*-Diskussion in den USA hervorgehoben: Vgl. YOUNGNER S.J., Who Defines Futility, *JAMA* 260, 1990, 2094-95; SCHNEIDERMAN L.J., et al. Medical futility: its meaning and ethical implications, *Anal of Internal Medicine*, 1990, 112, 949-945; CALLAHAN D., Medical Futility, *Medical Necessity, The-Problem-Without-A-Name*, Hastings Center Report, July-August 1991, 30-35, VEATCH R.M., SPICER C.M., Futile care, *Health Progress*. 1993;74(10):22-27; DRANE J.F, COULEHAN J.L., The concept of futility. *Health Progress* 1993;74(10):28-32; TOMLINSON T. u. CZLONKA D., Futility and Hospital Policy, *Hastings Center Report*, May-June 1995, 28-35; KOPELMAN L.M., Conceptual and moral disputes about futile and useful treatments, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1995, 20: 109-121; LAWRENCE J., SCHNEIDERMAN L.J., JECKER N.S., *Wrong Medicine: Doctors, Patients and Futile Treatment*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 1995; HARPER W., *Judging Who Should Live: Schneiderman and Jencker on the Duty not to Treat*. *Journal of Medicine and Philosophy*,

- 1998, Vol 23, No 5, pp. 500-515.
12. Es könnte z.B. bei einem Terminalpatient, der unbedingt noch etwas erledigen will, durchaus gerechtfertigt sein, eine Maßnahme zu erwägen, die rein medizinisch im Normalfall als überflüssig betrachtet wird, weil sie bestenfalls das Leben nur geringfügig verlängern kann, und das nur auf Kosten der Minderung der Lebensqualität (große Schmerzen).
 13. GONZALEZ A.M., Moral, Razón, Naturaleza, Eunsa, Pamplona 1998; 178-245.; MACINTYRE A., Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart, Campus Verlag, 1987; MÜLLER A.W., Was taugt die Tugend?, Kohlhammer, Stuttgart, 1998; NELSON D.M., The Priority of Prudence. Virtue and natural Law in Thomas Aquinas and the implications for modern Ethics, The Pennsylvania University Press, Pennsylvania, 1992; PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., The Virtues in Medical Practice, Oxford University Press, New York 1993, 84-91, RHONHEIMER M., Die praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis, Akademie Verlag, Berlin, 1994, 319-590; SCHMID W., Klugheit. Information Philosophie, 3/97 28 ff.
 14. PIEPER J., Das Viergespann. Klugheit – Gerechtigkeit – Tapferkeit – Maß, Herder, Freiburg-Basel-Wien, 1970, 25.
 15. RHONHEIMER M., Die praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis, Akademie Verlag, Berlin, 1994, 383 ff.
 16. PIEPER J., Die Wirklichkeit und das Gute, Kösel-Verlag, München, 7. Auflage 1963, 73.
 17. RHONHEIMER M., Die praktische Vernunft ... 335.
 18. PIEPER J., Das Viergespann, Herder-Verlag, München 1964, 16-20.
 19. vgl. auch PIEPER J., Die Wirklichkeit und das Gute, Kösel-Verlag, München, 3. Auflage 1949, 76; und THOMAS V. AQUIN, Summa Theologica I-II, q.64, a 3.
 20. PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., The Virtues in Medical Practice, Oxford University Press, New York 1993, 84-91 und BERESFORD E.B., Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions, Hastings Center Report, July-August 199, 6-11.
 21. THOMAS V. AQUIN, Summa Theologica II-II, q.47, a.8.
 22. THOMAS V. AQUIN, Summa Theologica II-II, q.49.
 23. THOMAS V. AQUIN, Summa Theologica II-II, q.47, a.9, ad, 2.
 24. PIEPER J., Das Viergespann Herder-Verlag, München 1964, 34.
 25. D.h. es sind unter anderem alle Kosten einzubeziehen, einschließlich die Opportunitätskosten, d.h. jene, die aus einer allfälligen Therapieunterlassung erwachsen würden.
 26. POPPER K., Logik der Forschung, (1934) J.C.B.Mohr, Tübingen, (9. Auflage 1989), 47-96.
 27. FEYERABEND P.K., Against Method: Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge, New Left Books, London 1975; KUHN T.S., Die Struktur der wissenschaftlichen Revolutionen, (1962) Suhrkamp, Frankfurt, 1976; LAKATOS I., Die Methodologie der wissenschaftlichen Forschungsprogramme (1978), Philosophische Schriften, Wieweg, Braunschweig/Wiesbaden, 1982; STEGMÜLLER W., Probleme der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie, Springer, Heidelberg, 1970-1974.
 28. FEINSTEIN A.R., An Additional Basic Science for Clinical Medicine, Part I. The Constraining Fundamental Paradigms, Annals of Internal Medicine 1983;99:393-397; Part II. The Limitations of Randomized Trials, 544 - 550; Part III. The Challenges of Comparison and Measurement 705-712; Part IV. The Development of Clinimetrics 843-848.
 29. vgl. KOSLOWSKI P., Ärztliches Engagement und rationale Entscheidungsregeln. Zum Primum utilis esse, in KOSLOWSKI L. (Hrsg.), Maximen in der Medizin, Schattauer, Stuttgart, 1992, 74-80.
 30. SCHNEIDERMAN L.J., et al., Medical Futility: 1st Meaning and Ethical Implications; Annals of Internal Medicine (1990)112:949-954.
 31. THOMAS H., Das Frankfurter Oberlandesgericht unterpült keinen Damm, Zeitschrift für Lebensrecht (Köln) 2/98, 25.
 32. WALDHÄUSL W., Ärztliche Aufklärungspflicht unter Berücksichtigung der Psyche des Patienten. In MAYER-MALY T. und PRAT E., Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. Springer, Wien 1998, 34.
 33. Vgl. SINGER P., Praktische Ethik, Stuttgart 1984, und KUHSE H., Die Heiligkeit des Lebens in der Medizin – Eine philosophische Kritik, Harald Fischer Verlag, Erlangen 1994.
 34. PRAT E., Lebensqualität als Entscheidungskriterium. Darf Lebensqualität zu einem Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverlängerung oder -verkürzung werden?, Imago Hominis, Band III/Nr. 2, S 107-115.
 35. GAFGEN G., Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1990, 231 - 259.
 36. BREYER F. u. ZWEIFEL P., Gesundheitsökonomie, Springer, 1997, 19 ff.
 37. LENZHOFER R., PRAT E.H., Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen. Eine Rechtfertigung, Imago Hominis 3/97, 173- 185.
 38. Vgl. dazu die Unterscheidung zwischen innerer und äußerer Wahrscheinlichkeit im Abschnitt 3.1. und auf Fußnote 29.