

DISKUSSIONSBEITRAG

Philosophische Anmerkungen zur
Intentionalität menschlichen Verhaltens

Rafael HÜNTELMANN

ZUSAMMENFASSUNG

Die These des vorliegenden Beitrags lautet, daß alles menschliche Verhalten intentional auf Sinn gerichtet ist und wir von unseren Mitmenschen immer schon einen Beitrag zu unserer eigenen Sinnrealisierung erwarten. Aus dieser universalen Sinnerwartung ergibt sich ein ethischer Grundsatz. Es werden die notwendigen Bedingungen für Sinn und ein Sinnkriterium genannt. Aus Sinnbedingungen und -kriterium ergeben sich Folgerungen für das ärztliche Verhalten im allgemeinen und für den Behandlungsabbruch im besonderen. Es wird differenziert zwischen erlaubtem und gebotenen und verbotenen Behandlungsabbruch. In der Orientierung an einem allgemeinen ethischen Grundsatz und einem Prinzip ärztlichen Handelns werden Prinzipien sowohl für den erlaubten als auch gebotenen Behandlungsabbruch formuliert und an Fallbeispielen geprüft. Für den erlaubten Behandlungsabbruch ist die letzte Entscheidungsinstanz das Gewissen des Arztes.

Schlüsselwörter: Intentionalität menschlichen Verhaltens, Sinn, Sinngebot Zweckstufenordnung, Prinzipien ärztlichen Handelns, gebotener und erlaubter Behandlungsabbruch

ABSTRACT

The thesis of the following contribution is that all human behavior is intentionally aimed at sense and we have always expected a contribution to our realisation of sense by our fellow humans. An ethical principle results from this universal expectation regarding sense. The necessary sense conditions and a sense criterion are given. These result in conclusions for the actions of medical doctors in general and especially for withdrawing treatment. The difference between permitted, imperative and forbidden withdrawal of treatment are shown. Orientating on a general ethical principle as well as a rule for medical doctors' action, principles for both the permitted and the prohibited withdrawal of treatment are defined, with case studies being taken into account. The conscience of the medical doctor is always the last resort of deciding for permitted withdrawal of treatment.

Keywords: Intentionality, human behavior, sense, precept of sense, scale of goals, principles of action for medical doctors, imperative and permitted withdrawal of treatment

Anschrift des Autors: Rafael HÜNTELMANN, Lindenthal-Institut
Friedrich-Schmidt-Str. 20a, D-50935 Köln

In einem nach menschlichem Ermessen medizinisch aussichtslosen Fall schaltet der Arzt die Beatmungsmaschine ab. Kurz darauf verstirbt der Patient. Ein Neugeborenes mit Hydrocephalus in intensivmedizinischer Behandlung bekommt einige Wochen nach der Geburt eine Encephalitis. Der Arzt verordnet keine Behandlung mit Antibiotika. Der Abbruch der ärztlichen Behandlung oder ihre Unterlassung hat in jüngerer Zeit zu zahlreichen Diskussionen geführt. Im Mittelpunkt steht dabei das Problem ethischer Rechtfertigung und die Frage nach den Bedingungen, unter denen eine ärztliche Maßnahme eingestellt oder erst gar nicht eingesetzt werden darf. Da es sich beim ärztlichen Behandlungsabbruch (nach allgemeiner Überzeugung) um eine Unterlassung handelt, steht bei der Diskussion auch die Frage nach der Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen und ihrer moralischen Signifikanz im Hintergrund. In der konsequentialistischen Ethik versucht man, diesen Unterschied weitgehend aufzuheben (D. BIRNBACHER, 1995). Meines Erachtens ergibt sich die Bedeutung dieser Unterscheidung erst aus einer Untersuchung der Intentionalität menschlichen Verhaltens. Aus dieser ergeben sich zudem Folgerungen für die moralische Beurteilung des ärztlichen Behandlungsabbruchs.

1. Zunächst möchte ich der Frage nachgehen, was eine Handlung ist. Unter dem Einfluß von Naturwissenschaft, Neurophysiologie und psychologischem Behaviorismus sind verschiedene Philosophen in den vergangenen Jahren zu der Auffassung gelangt, daß sich Handlungen als Körperbewegungen analysieren lassen. Demnach kommt man, wenn man Handlungen in ihre letzten Bestandteile zerlegt, zu Körperbewegungen als letzten Elementen, aus denen Handlungen bestehen. In dieser Auffassung liegt zunächst eine Bankrotterklärung der Philosophie, die die Aufgabe hat, das *Wesen* der Handlung verständlich zu machen und nicht Reduktionen der empirischen Wissenschaften,

die aus methodischen Gründen gerechtfertigt sein mögen, aber von Wesensfragen gerade absehen müssen, einfach zu übernehmen und zu verallgemeinern. Sodann impliziert diese Auffassung, daß das Abschalten eines Beatmungsgerätes in jedem Fall eine Handlung ist (und damit eine aktive Tötung). Unterlassungen, verstanden als nicht vollzogene Körperbewegungen, begeht der Arzt, der das Beatmungsgerät nicht abschaltet. Diese Unterscheidung von Tun und Unterlassen widerspricht nicht nur unserer Intuition, sondern auch der Realität und basiert auf einer szientistischen Bestimmung der Handlung, die ontologisch nicht haltbar ist. Dies wird durch folgende Überlegungen deutlich:

2. Im Unterschied zu einer Körperbewegung ist eine Handlung intentional. Diese Intentionalität zeichnet nicht allein Handlungen, sondern jede Art menschlichen Verhaltens aus. Menschliches Verhalten ist auf etwas gerichtet. Die Antwort auf die grundsätzliche Frage, worauf menschliches Verhalten gerichtet ist, sei zunächst in einer These vorweggenommen: *Alles menschliche Verhalten ist auf die Realisierung von Sinn gerichtet.* Diese These ist auch empirisch mehrfach bestätigt worden, insbesondere durch den im September 1997 verstorbenen Psychiater Viktor FRANKL und seine Schule. Der Philosoph Hans-Eduard HENGSTENBERG (1958; 1979, 1984, 1989) hat zudem eine differenzierte Analyse der Sinnstruktur herausgearbeitet, an der ich mich im weiteren orientiere (vgl. auch R. HÜNTELMANN 1997, S. 114 ff., 129 ff., 259 ff. 273 ff.).

Zum Aufweis dieser These werde ich beispielhaft das ärztliche Handeln in den Mittelpunkt stellen und seine intentionale Struktur analysieren. Ärztliche Maßnahmen geschehen um des Patienten willen. Der Patient ist Adressat der ärztlichen Maßnahmen. HENGSTENBERG (z.B. 1989) definiert „Adressat“ als den, um dessen willen ein anderes da ist oder geschieht. Der Begriff „Adressat“ wird in dieser Definiti-

on relational verwendet, in Relation nämlich zu etwas anderem, welches für den Adressaten geschieht. Das andere, das dem Adressaten dient, sind die Mittel. Der Arzt verwendet verschiedene technische und pharmakologische Mittel, um dem Patienten zu helfen. Diese Mittel gehören mit in die intentionale Sinnstruktur ärztlichen Handelns. Sie können unter dem Begriff Material zusammengefaßt werden. Urheber der Maßnahmen, aber auch Sinnurheber ist der Arzt, und ohne diesen Urheber, dies ist trivial, gibt es keine ärztlichen Maßnahmen, gibt es keinen Sinn. Jede Handlung hat zudem ein Ziel. Im Verhältnis zum Adressaten ist auch das Ziel nur ein Mittel. Während der Adressat ärztlicher Maßnahmen der individuelle Mensch ist, ist das Ziel die Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit des Patienten. Dies ist zumindest das primäre und grundsätzliche Ziel, das der Arzt mit seinen Maßnahmen verfolgt. Ist dieses Ziel nicht erreichbar, tritt als sekundäres Ziel die Verminderung des Leidens an dessen Stelle. Selbstverständlich spielt die Leidensminderung auch bei dem primären Ziel eine nicht unerhebliche Rolle, doch kann es zugunsten der Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit erforderlich sein, das Leiden vorübergehend zu vermehren. Auf jeden Fall sind diese Ziele immer Mittel in bezug auf den Adressaten ärztlicher Maßnahmen. Während beim Handeln das Ziel durch das Wirken eines Urhebers unmittelbar erreicht wird, gibt es ein solches Wirken nicht bei Unterlassungen. Zwar kann eine Unterlassung, wie z.B. ein ärztlicher Behandlungsabbruch, eine Leidensminderung für den Patienten bedeuten, doch ist diese nicht unmittelbare Wirkung des Behandlungsabbruchs, sondern tritt nur als – wenn auch beabsichtigte – Folge desselben ein. Insbesondere besteht auf ontologischer Ebene ein Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen, der sich, kurz gesagt, folgendermaßen darstellen läßt: Handlungen sind entitativ, d.h. sie sind inhaltlich beschreibbar. Eine Handlung ist z.B. die Blutabnahme bei einem Patien-

ten. Dies trifft nun bei Unterlassungen nicht zu; Unterlassungen sind nur in Relation zu Handlungen beschreibbar, z.B. durch den Sachverhalt, daß der Arzt es unterlassen hat, Blut abzunehmen. Unterlassungen sind nichts Seiendes, nichts Entitatives und gleichwohl nicht nichts. Ontologisch fasse ich Unterlassungen im Unterschied zu Handlungen deshalb als *transentitativ* auf (vgl. HENGSTENBERG, 1979).

Zur Struktur menschlichen Verhaltens als eines Verhaltens, das auf Sinnrealisierung gerichtet ist, gehört auch ein Maß. Maß ärztlicher Maßnahmen sind zunächst die Symptome und die Krankheit des Patienten, nach denen sich der Arzt bei seiner Behandlung richten muß. Weiterhin bilden die Anatomie und Physiologie sowie die Gesetzmäßigkeiten des menschlichen Körpers ein Maß für ärztliches Handeln. Das Maß ist immer von außen, objektiv vorgegeben, und bei seiner Sinnrealisierung muß sich der Arzt an dieser Vorgabe orientieren. Wo er dagegen verstößt, kann dies u.U. zu Schädigungen des Patienten und damit zur Sinnwidrigkeit führen.

Damit sind nun sechs Momente genannt worden, die zusammen das konstituieren, was wir Sinn nennen: a) die pharmakologischen und technischen Mittel (Material), b) das ärztliche Handeln selbst (Geschehen) und c) das Ziel; weiterhin d) der Adressat ärztlicher Maßnahmen, e) der Urheber und f) das Maß. Bei diesen sechs Momenten handelt es sich um *Bedingungen* dafür, daß ein Verhalten sinnvoll ist. Diese notwendigen und hinreichenden Bedingungen sind aber nicht der Sinn selbst. Dies wird durch folgende Überlegung deutlicher: Der Begriff des Adressaten unterliegt einer Mehrdeutigkeit, die sich z.B. darin äußert, daß der Arzt zwar auf seinen Patienten ausgerichtet sein kann und ihn mit umfangreichen Maßnahmen umsorgt, diese jedoch den Patienten völlig seiner Selbständigkeit berauben. Hilfreiche Maßnahmen vonseiten des Arztes, die alle sechs Strukturmomente berücksichtigen, ge-

nügen allein offensichtlich nicht, um ein ärztliches Verhalten sinnvoll zu machen. Selbst eine möglichst weitgehende Erfüllung der Wünsche des Patienten durch den Arzt kann dem Patienten u.U. nicht gerecht werden und seiner eigenen Sinnerfüllung abträglich sein. Außer diesen sechs Strukturmomenten von Sinn bedarf es noch eines *Sinnkriteriums*, von dem her eine Beurteilung des Sinngehaltes möglich wird. Gibt es aber ein objektives Sinnkriterium?

3. Angesichts der Vielzahl von „Sinnprojekten“ in unserer Zeit dürfte es nicht leicht sein, ein allgemein akzeptiertes Sinnkriterium zu finden. Die Frage zielt aber nicht auf ein Kriterium für Sinn, das von möglichst vielen Personen *akzeptiert* wird, sondern auf ein *objektives* Sinnkriterium, ein solches also, das unabhängig von der Akzeptanz oder Nichtakzeptanz *an sich* besteht. Dies kann nur ein solches Kriterium sein, das sich gewissermaßen mit Notwendigkeit aus dem zuvor skizzierten Sinnbegriff ergibt. Zum Sinnbegriff gehört aber der Begriff der *Erfüllung*. Sinn bringt Erfüllung mit sich (HENGSTENBERG 1961, 140). Diese Erfüllung in der Tätigkeit wird primär vom Sinnurheber erfahren, kommt aber immer auch dem Adressaten zugute. Diese Erfüllung kann sich äußern durch eine innere Zustimmung des Gewissens und durch ein gestärktes Selbstwertbewußtsein und das damit einhergehende Einssein mit sich selbst. Die *Erfahrung* der Sinnerfüllung tritt aufseiten des Sinnurhebers zuverlässiger ein als aufseiten des Adressaten. Es kann deshalb sein, daß der Adressat an einer ärztlichen Maßnahme zweifelt, obgleich diese für ihn, und d.h. letztlich für seine eigene Sinnerfüllung notwendig ist. Der Arzt, der nach einer Selbstverstümmelung den Betroffenen operiert, hat etwas objektiv für den Patienten Sinnvolles getan, selbst wenn der Patient dies bezweifelt.

Die Erfahrung der Gewissenszustimmung und die anderen genannten Merkmale bilden freilich nur die subjektiven Korrelate zu der objektiven Erfüllung, die als Folge der Sinnrea-

lisierung beim Sinnurheber und beim Sinnadressaten eintritt. Trotz ihrer Objektivität ist aber diese Erfüllung nicht objektivierbar, sondern bleibt immer nur subjektiv erfahrbar durch die Zustimmung des Gewissens u.a. Es bleibt eine Unsicherheit hinsichtlich des Sinnkriteriums bestehen, die auch nicht zu beseitigen ist. In keinem anderen Bereich ist aber ein Objektivismus unangebrachter als in der Anthropologie und in der Ethik (vgl. Franz von KUTSCHERA 1993, 271 ff.)

Aus dem Gesagten wird deutlich, daß Sinn letztlich mit Gesinnung zusammenhängt, und diese ist nicht objektivierbar. Sinnrealisierungen setzen eine positive Grundhaltung voraus, die den anderen als Person bejaht, d.h. ihn als Selbstzweck nimmt, ihm zu seiner eigenen Sinnrealisierung verhelfen will.

4. Aus der Analyse der Sinnstruktur und der auf Sinn gerichteten Intentionalität menschlichen Verhaltens kann eine fundamentale sittliche Norm abgeleitet werden. Jedes menschliche Verhalten ist nicht nur auf Sinnrealisierung gerichtet, sondern zugleich erwartet jede Person von allen anderen Personen, daß diese einen Beitrag zu seiner eigenen Sinnrealisierung leisten. Der Mensch steht somit in einer universalen Sinnerwartung. Aufgrund dieses Sachverhalts ist es möglich, ein allgemeines sittliches Prinzip zu formulieren:

SG: Verhalte dich stets so, daß dein ganzes Verhalten einen Beitrag leistet zur Sinnerfüllung deiner Mitmenschen, und verhindere Sinnwidrigkeiten deinen Möglichkeiten entsprechend.

Was hier unter Sinnerfüllung verstanden wird, wurde zuvor schon erläutert. Es kann Situationen geben, in denen eine unmittelbare Sinnerfüllung nicht möglich ist. Sie gebieten aber eine Verhinderung von Sinnwidrigkeiten (Beispiele hierzu später). Für eine weitere Erörterung dieses Prinzips und der Sinnfrage, aus der sich das Prinzip ergibt, sei verwiesen auf

HENGSTENBERG (1989, 95 ff.). Die Einführung dieses Prinzips ist aber für die Fragestellung des ärztlichen Behandlungsabbruchs unerlässlich.

5. Die Fragestellung kann nicht lauten: Wann ist ein Behandlungsabbruch sinnvoll? Sinn wird nur durch ein Tätigsein des Arztes unmittelbar realisiert. Vielmehr lautet die Fragestellung: Wann ist ein ärztlicher Behandlungsabbruch gerechtfertigt und nicht sinnwidrig? Eine allgemeine Antwort auf diese Frage ergibt sich aus dem zuvor dargelegten Sinnkriterium: Ein ärztlicher Behandlungsabbruch ist dann gerechtfertigt, wenn er aus einer positiven Gesinnung des Arztes entspringt. Unter einer solchen Gesinnung, die HENGSTENBERG (1984) als Grundhaltung der Sachlichkeit beschrieben hat, ist eine Gesinnung zu verstehen, die sich dem Patienten um seiner selbst willen und ohne Rücksicht auf einen persönlichen Nutzen des Arztes zuwendet und dabei zur Sinnrealisierung des Patienten einen Beitrag leistet. Ob dieser Anspruch erfüllt ist, erfährt der Arzt durch sein Gewissen.

Freilich ist diese Auskunft sehr allgemein und gibt noch keine klaren, objektiven Bedingungen an, die in der ärztlichen Praxis anwendbar sind. Solche Bedingungen können aber aus dem schon Gesagten herausgearbeitet werden.

6. Beim Abbruch einer ärztlichen Behandlung handelt es sich um eine Unterlassung: und zwar ärztlicher Maßnahmen, die auf ein Ziel gerichtet waren (Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit), das einem Zweck (dem Patienten) diene, und sich an objektiven Kriterien (Maß) orientierten und nun eingestellt werden. Waren diese Maßnahmen zum Zeitpunkt der Einstellung sinnvoll, d.h. entsprachen sie dem Sinnkriterium, dann ist der Abbruch dieser Maßnahmen eine sinnwidrige Unterlassung, die unmoralisch ist. Hat sich die Situation hingegen geändert, dann kann der Abbruch der Maßnahmen moralisch gerechtfertigt und nicht sinnwidrig sein oder sogar

dazu dienen, Sinnwidrigkeiten zu verhindern. Ein weiteres Kriterium zur ethischen Beurteilung des ärztlichen Behandlungsabbruchs ist damit die konkrete Situation des Patienten. Situationen sind konkret-individuell und können nicht verallgemeinert, d.h. objektiviert werden, ohne ihren situativ-individuellen Charakter zu verlieren. Deshalb werden Situationen intuitiv erfaßt, wie dies schon ARISTOTELES (Eth. Nic. VI. Buch) gezeigt hat. Insbesondere an dieser Nichtobjektivierbarkeit von Situationen sind zahlreiche ethische Probleme festzumachen. Situationen können sich von Minute zu Minute ändern, und damit kann der Fall eintreten, daß etwas, das vor einer Minute noch sinnvoll war, in der folgenden Minute sinnwidrig wird. Hier ist der Hinweis erforderlich, daß sich Sinn nicht verändert oder einem Werden unterworfen ist. Was sich verändert, ist die Sinnerfüllung. Diese steht am Anfang einer Sinnrealisierung noch aus und nimmt im Verlauf derselben zu. Der Sinn selbst jedoch ist von Anfang an da. Durch eine Veränderung der Situation kann etwas, das bis zum Zeitpunkt der Situationsänderung sinnvoll war, sinnwidrig werden. Damit hat sich aber nicht der Sinn geändert, sondern die Situation. An die Stelle des bisherigen Sinns tritt ein neuer und anderer Sinn, der nicht aus dem vorherigen geworden ist.

Gefragt ist nach einem objektiven Kriterium, mit dessen Hilfe jede ärztliche Maßnahme hinsichtlich ihrer moralischen Bedeutung beurteilt werden kann. Ein solches Kriterium ergibt sich aus dem Zweckbegriff. HENGSTENBERG (1989, 106 ff.) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Zweckstufenordnung“. Damit ist folgendes gemeint: Im Aufbau der menschlichen Person (und letztlich der Welt als ganzer, vgl. Nic. HARTMANN 1964) lassen sich verschiedene Stufen voneinander abheben, die in ihrem Zusammenhang so strukturiert sind, daß die jeweils niedrigere Stufe von der höheren Stufe in Dienst genommen wird. Die Begriffe „höher“ bzw. „niedriger“ sind hier nur

im Sinne einer Mittel-Zweck-Relation gemeint und beinhalten keine weitere Wertung. Das Gemeinte läßt sich an einfachen Beispielen verdeutlichen: Die Zelle dient dem Organ, ist somit Mittel in bezug auf das Organ als dem Zweck der Zelle. Das Organ seinerseits dient dem Organismus, ist also Mittel bezüglich des Organismus und dieser Zweck des Organs. Alle Stufen der menschlichen Person stehen letztlich als Mittel im Dienste der Person. Diese ist der Zweck aller organischen und mentalen Eigenschaften. Daraus ergibt sich nun für die Beurteilung des ärztlichen Verhaltens die folgende Regel:

ÄG: Jede ärztliche Maßnahme soll so ausgerichtet sein, daß sie letztlich der Person des Patienten im ganzen zugute kommt.

Zweck ärztlicher Maßnahmen ist immer die Person des Patienten. Ich möchte dies an einem einfachen Beispiel aus der ärztlichen Praxis verdeutlichen: Ein 78jähriger Patient wird mit einer Oberschenkelhalsfraktur in die Klinik eingeliefert. Der Patient weist bereits erste Zeichen von Orientierungslosigkeit (räumlich-zeitlich) auf. Bei einer chirurgischen Behandlung der Fraktur kann mit größerer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, daß der Patient anschließend geistig verwirrt bleiben wird. Andererseits würde eine Operation die Gehfähigkeit wiederherstellen, was bei einer konservativen Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Wird dieser (konstruierte) Fall nun nach dem Kriterium der Zweckstufenordnung beurteilt, so fällt die Entscheidung hier zugunsten der konservativen Behandlung aus, da die Erhaltung der geistigen Fähigkeiten wichtiger für die personale Entfaltung ist als die Gehfähigkeit. Dies ergibt sich daraus, daß die mentalen Fähigkeiten des Menschen der Zweck seiner physischen Fähigkeiten sind. Sollte man hingegen mit NIETZSCHE der Auffassung sein, daß die mentalen Fähigkeiten im Dienste des Leibes stehen, dann müßte man im

Beispielfall für einen chirurgischen Eingriff plädieren.

Während Fälle dieser Art eher geringe Schwierigkeiten bereiten, wenn sie mit Hilfe des Kriteriums der Zweckstufenordnung beurteilt werden sollen, ist es in Fällen, bei denen der ärztliche Behandlungsabbruch mit dem absehbaren Tod des Patienten verbunden ist, weit schwieriger, zu einer eindeutigen Entscheidung zu kommen. Die Problematik solcher Fälle liegt darin, daß der Behandlungsabbruch mit größter Wahrscheinlichkeit den Tod des Patienten *zur Folge* hat und damit das Ende der Möglichkeit weiterer Sinnerfüllung. Ist der Zweck ärztlicher Maßnahmen aber immer die Person, wie kann dann ein Behandlungsabbruch mit absehbarer Todesfolge der Person zugute kommen? Die Verminderung des Leidens ergibt sich nicht analytisch aus dem o.g. Prinzip ärztlichen Verhaltens und kann auch nie der Zweck, allenfalls das Ziel ärztlicher Maßnahmen sein. Gerade die vorgetragene Entscheidung im Beispielfall der Oberschenkelhalsfraktur könnte unter Umständen für den Patienten größere Leiden bedeuten, da er durch die konservative Behandlung der Fraktur z.B. ständig Schmerzen zu ertragen hat, die im Falle einer chirurgischen Behandlung nicht auftreten würden. Leidensminderung als Ziel ärztlicher Maßnahmen muß grundsätzlich der Person dienen und ist insofern Mittel und nicht Zweck der Maßnahmen.

Wenn entsprechend dem Prinzip (ÄG) jede ärztliche Maßnahme letztlich der Person als ganzer zugute kommen muß, dann ergeben sich hinsichtlich des ärztlichen Behandlungsabbruchs zwei Fragen: (i) Gibt es Situationen, in der ein Behandlungsabbruch geboten ist? (ii) Wann ist ein Behandlungsabbruch erlaubt? Nach Prinzip (ÄG) müßte ein Behandlungsabbruch geboten sein, wenn dieser der Person des Patienten als ganzer zugute kommt. Wenn nun jedoch in der Folge eines Behandlungsabbruchs der Patient verstirbt, dann kann man wohl kaum sagen, daß dieser Behandlungsabbruch

der Person als ganzer zugute kommt und damit für solche Fälle geboten wäre. Allerdings ist das universale Sinngesetz dem Prinzip ärztlichen Handelns übergeordnet. Nach diesem Gebot gehört es zu unseren Pflichten, Sinnwidrigkeiten nach unseren Möglichkeiten zu verhindern. Es sind nun durchaus Situationen denkbar, in denen die Fortsetzung einer Behandlung zu Sinnwidrigkeiten führt. Eine solche Situation wäre beispielsweise die Fortsetzung einer Herzmassage bei Herzstillstand über einen angemessenen Zeitraum hinaus. Die Bestimmung dessen, was hier angemessen ist, ist eine Aufgabe der Medizin und liegt weitgehend in der Erfahrung des Arztes. Das Beispiel macht aber deutlich, daß es Fälle gibt, in denen ein Behandlungsabbruch nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten ist. Im Beispielfall zeigt sich die Sinnwidrigkeit daran, daß eine Fortsetzung der Reanimation über einen angemessenen Zeitraum hinaus einen Verstoß gegen das *Sinnmaß* impliziert. Der Hirntod wäre ein weiteres Beispiel für einen gebotenen Behandlungsabbruch.

Daraus könnte man folgern, daß ein Behandlungsabbruch genau dann geboten wäre, wenn eine Fortsetzung der Behandlung sinnwidrig ist. Nun kann aber eine Fortsetzung der Behandlung zwar sinnwidrig sein, aber die Möglichkeit bestehen, daß anstelle der bisherigen Behandlung eine andere tritt, die sinnvoll ist. In diesen Fällen ist selbstverständlich nicht ein vollständiger Behandlungsabbruch geboten, sondern vielmehr eine andere Behandlung. Gibt es hingegen keine andere sinnvolle Behandlungsmöglichkeit, dann ist der vollständige Behandlungsabbruch geboten. Dies ist z.B. beim Hirntod oder bei einer Reanimation über einen angemessenen Zeitraum hinaus der Fall. Daraus folgt:

(GBA): Ein Behandlungsabbruch ist genau dann geboten, wenn die Fortsetzung der Behandlung sinnwidrig ist und eine andere sinnvolle Behandlungsmöglichkeit nicht besteht.

7. Das Prinzip (GBA) gibt an, wann ein Behandlungsabbruch geboten ist. Daraus folgt auch, daß er genau dann nicht erfolgen darf, wenn er sinnvoll ist. Auch darf eine Behandlung dann nicht abgebrochen werden, sondern muß geändert werden, wenn eine andere sinnvollere Behandlungsmöglichkeit besteht. Nun stellt sich die weit schwierigere Frage, wann ein Behandlungsabbruch zwar nicht geboten, aber erlaubt ist. Mit dem Sinnkriterium wurde ein klares und eindeutiges Kriterium genannt, das angibt, wann eine Behandlung sinnvoll und wann sie sinnwidrig ist. Aus diesem Kriterium allein folgt, daß eine Behandlung immer entweder sinnvoll oder sinnwidrig ist. *Tertium non datur*. Daraus könnte man nun folgern, daß es nur gebotene oder verbotene Behandlungsabbrüche geben kann. Streng logisch trifft diese Folgerung auch zu, denn die Aussage „Die Behandlung des Patienten p ist sinnvoll“ ist entweder wahr oder falsch. Ist die Aussage wahr, dann folgt, daß die Behandlung fortgesetzt werden muß. Trifft sie nicht zu, d.h. ist die Behandlung sinnwidrig, dann ist es geboten, die Behandlung entweder abzubrechen oder eine andere anzusetzen. Das Problem liegt aber darin, daß der Sachverhalt, die Behandlung von p sei sinnvoll, nicht immer deutlich erkennbar ist (Hans THOMAS, 1993). In Fällen, in denen ein deutliches Urteil über den Charakter einer ärztlichen Maßnahme nicht möglich ist, kann nun unter Umständen ein Behandlungsabbruch erlaubt, wenn auch nicht geboten sein. Die Entscheidung, ob dann ein Behandlungsabbruch erlaubt ist, ist im letzten eine Gewissensentscheidung des Arztes, die diesem nicht durch irgendeine andere Instanz abgenommen werden kann. Es können nur bestimmte Kriterien genannt werden, die in die Beurteilung hineinzunehmen sind. Welche Kriterien gibt es für einen erlaubten Behandlungsabbruch?

Um diese Kriterien zu benennen, ist wieder eine Orientierung an der Sinnstruktur, die weiter oben kurz darzustellen versucht wurde, erforderlich. Ziel der medizinischen Behandlung

ist die Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit. Ist dieses Ziel bei einem Patienten sehr fragwürdig, d.h. ist nicht deutlich genug erkennbar, daß die ärztlichen Eingriffe dieses Ziel erreichen können, dann ist damit ein erstes Kriterium für einen erlaubten Behandlungsabbruch gegeben. Allerdings ist zu betonen, daß dieses Kriterium allein keineswegs ausreicht, denn es gibt zahlreiche Krankheitsfälle, in denen eine genaue Beurteilung des Behandlungserfolgs nicht absehbar ist, die aber gleichwohl eine Pflicht zur Behandlung implizieren. Zusätzlich muß deutlich sein, daß die Behandlung, abgesehen von dem in Frage gestellten Behandlungserfolg, dem Patienten zusätzliches Leiden zufügt. In solchen Fällen könnte u.U. bereits fragwürdig sein, ob eine Weiterbehandlung bzw. Änderung der Behandlung sinnvoll ist. In der Praxis wird der Arzt mit derartigen Fällen häufiger, beispielsweise bei Patienten mit malignen Karzinomen im fortgeschrittenen Stadium konfrontiert, wenn es um die Frage geht, ob eine Operation bzw. eine Chemotherapie durchgeführt werden soll oder nicht.

Ein weiteres Kriterium ist das, was unter dem Begriff Sinnmaß besprochen wurde. Wenn die ärztlichen Maßnahmen in keinem Verhältnis zum voraussichtlichen Behandlungserfolg stehen, d.h. wenn das Behandlungsziel (Wiederherstellung der Gesundheit oder Erhaltung des aktuellen Gesundheitszustandes) bereits fragwürdig ist, kann ein Behandlungsabbruch erlaubt sein.

Entscheidendes Kriterium ist aber immer, ob die ärztlichen Maßnahmen dem Patienten als ganzem zugute kommen, d.h. ob sie einen Beitrag leisten zu seiner eigenen Sinnerfüllung. Das Problem besteht darin, daß gerade in diesem Punkt eine Objektivierung nicht möglich ist und der Arzt auf sein Gewissen verwiesen wird. Wenn der Patient in bestimmten Fällen, in denen ein Behandlungserfolg fragwürdig ist und ihm durch eine Weiterbehandlung zusätzliches Leid zugefügt würde und die Maßnahmen in einem nicht deutlich sichtbaren Ver-

hältnis zum Erfolg stehen, von sich aus deutlich äußert, daß er eine Weiterbehandlung nicht wünscht, ist ein Behandlungsabbruch erlaubt. Ich möchte die Bedingungen für einen erlaubten, aber nicht gebotenen Behandlungsabbruch in einem Konditionalsatz zusammenfassen:

(EB): Wenn das Behandlungsziel (im oben genannten Sinne) dem Patienten nicht deutlich erkennbar zugute kommt und die Fortsetzung oder Änderung der Behandlung dem Patienten zusätzliches Leiden zufügt und die ärztlichen Maßnahmen in einem nicht klar erkennbaren Verhältnis zum Behandlungserfolg stehen, ist ein ärztlicher Behandlungsabbruch erlaubt.

Der Satz enthält drei notwendige Bedingungen für einen erlaubten Behandlungsabbruch. Kommen zusätzliche Bedingungen hinzu, z.B. der Wunsch des Patienten nach Einstellung der ärztlichen Maßnahmen, wird die Entscheidung des Arztes erleichtert. Ich plädiere jedoch dafür, daß alle drei Bedingungen erfüllt sein müssen, damit dem Arzt die Gewissensentscheidung über den Behandlungsabbruch zukommt. Ist eine Bedingung also nicht erfüllt, sollte die Behandlung fortgesetzt werden.

8. Zum Abschluß sollen die vorgestellten Prinzipien auf bereits erwähnte Fälle angewendet werden. Zunächst zum Beispiel des Neugeborenen mit ausgeprägtem Hydrocephalus und hinzukommender Enzephalitis. Die Fragestellung lautet hier: Ist hier eine Einstellung der ärztlichen Maßnahmen geboten, erlaubt oder verboten? Kriterien für ein Gebot zum Behandlungsabbruch waren (a) deutlich erkennbare Sinnwidrigkeit der Behandlung und (b) nicht bestehende andere Behandlungsmöglichkeit. Derzeit ist auch ein ausgeprägter Hydrocephalus im allgemeinen gut behandelbar, so daß eine Besserung des aktuellen Gesundheitszustandes auf jeden Fall zu erwarten ist. Kommt eine Enzephalitis hinzu, verschlechtert

dies vermutlich die Prognose des Patienten, aber auch eine Enzephalitis kann mit guten Aussichten auf Erfolg behandelt werden. Damit ist also ein Behandlungsabbruch nicht geboten. Erlaubt ist ein Behandlungsabbruch, wenn eine Wiederherstellung oder Erhaltung eines aktuellen Gesundheitszustandes fragwürdig ist, und dem Patienten durch die Behandlung zusätzliches Leiden zugefügt wird und der Aufwand im Verhältnis zum Erfolg nicht deutlich erkennbar ist. Der Behandlungsaufwand ist in diesem Fall durch die Behandlung mit Antibiotika äußerst gering, und von zusätzlichem Leiden durch die Behandlung der Enzephalitis kann keine Rede sein. Selbst dann, wenn hier der Behandlungserfolg fragwürdig sein sollte, wäre ein Behandlungsabbruch nicht erlaubt.

Der andere eingangs genannte Fall des Patienten, bei dem eine weitere Behandlung nach allem medizinischen Wissen aussichtslos ist und der künstlich beatmet wird, handelt es sich bereits durch die Formulierung des Falles als „medizinisch aussichtslos“ um ein deutliches Beispiel für einen gebotenen Behandlungsabbruch. Eine Fortsetzung der Beatmung bei einem Patienten, bei dem deutlich erkennbar ist, daß eine Wiederherstellung oder Erhaltung eines Gesundheitszustandes nicht zu erreichen ist, der also in absehbarer Zeit sterben wird, ist nicht sinnvoll.

Man kann diesen letzten Fall weiter konkretisieren, um die Anwendung der Prinzipien an einem solchen Fall zu verdeutlichen. Ein 28-jähriger Patient wird nach einem Motorradunfall mit zahlreichen Frakturen und einem schweren Schädel-Hirn-Trauma in die Klinik eingeliefert. Sechs Monate nach dem Unfall liegt der Patient noch immer im Koma, aus dem er nach Auffassung der Ärzte mit größter Wahrscheinlichkeit auch nicht mehr erwachen wird, und wenn doch, dann mit schweren körperlichen und mentalen Defekten. Der Patient erhält eine aufwendige pflegerische und ärztliche Versorgung und wird künstlich ernährt. In

diesem Fall stellt sich nun die Frage, ob die Behandlungsmaßnahmen eingestellt werden dürfen oder nicht und wenn ja, welche Maßnahmen eingestellt werden dürfen. Mithilfe der Kriterien für erlaubte und gebotene Behandlungsabbrüche müssen hier folgende Fragen beantwortet werden: (i) Ist die Fortsetzung der Behandlung sinnwidrig? (ii) Gibt es eine andere, nicht sinnwidrige Behandlungsmöglichkeit? Wird Frage (i) mit „Ja“ und Frage (ii) mit „Nein“ beantwortet, handelt es sich eindeutig um einen Fall für einen nicht nur erlaubten, sondern gebotenen Behandlungsabbruch. Sind die gestellten Fragen nicht eindeutig zu beantworten, dann kommt Prinzip (EB) zur Anwendung, aus dem sich die folgenden Fragen ergeben: (iii) Ist es unsicher, daß eine Fortsetzung oder Änderung der Behandlung dem Patienten zugute kommt? (iv) Fügt eine Fortsetzung oder Änderung der Behandlung dem Patienten zusätzliches Leiden zu? (v) Stehen die derzeitigen oder beabsichtigten Maßnahmen in einem angemessenen Verhältnis zum erwünschten Behandlungserfolg? Wenn die Frage (iii) und (iv) bejaht werden und die Frage (v) verneint wird, kann ein Behandlungsabbruch erlaubt sein; wird jedoch nur eine der Fragen (iii) bis (v) umgekehrt beantwortet, ist die Behandlung fortzusetzen. Im erwähnten Beispiel stellt sich zunächst Frage (i). Eine Behandlung ist genau dann sinnwidrig, wenn entweder deutlich erkennbar ist, daß eine Wiederherstellung oder Erhaltung des aktuellen Gesundheitszustandes unmöglich ist, oder die Maßnahme dem Patienten nicht zugute kommt, oder der Aufwand in keinem Verhältnis zum Behandlungserfolg steht. Nur wenn eines dieser drei Kriterien deutlich erkennbar gegeben ist, ist ein Abbruch der Behandlung bereits geboten. Bei dem Fallbeispiel sind m. E. mindestens zwei Kriterien erfüllt: Mit großer Wahrscheinlichkeit ist ein Erwachen aus dem Koma nicht zu erwarten, was durch die Dauer des Komas deutlich zu sein scheint. Der Aufwand steht in keinem Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg. Dar-

um ist hier ein Abbruch der Behandlung nicht nur erlaubt, sondern geboten, und damit entfallen die weiteren Fragen bezüglich eines erlaubten Behandlungsabbruchs.

Wie in diesem Fall, so spielt auch in zahlreichen anderen Fällen die Zeit eine maßgebliche Rolle bei der Bestimmung, ob ein Behandlungsabbruch erlaubt bzw. geboten ist. So kann eine Behandlung zum Zeitpunkt t durchaus sinnvoll sein, zu einem Zeitpunkt t^1 allerdings sinnwidrig. Konkret beim zuletzt besprochenen Fall: Bei der Einlieferung des Patienten in die Klinik war eine Behandlung gewiß sinnvoll. Von einem bestimmten Zeitpunkt an wurde fragwürdig, ob die Weiterbehandlung noch sinnvoll ist, und nach einer weiteren Zeit ist deutlich erkennbar, daß der Behandlungsabbruch geboten ist.

Dies soll nun weder ein Plädoyer dafür sein, mit einem Behandlungsabbruch immer so lange zu warten, bis dieser geboten ist, noch dafür, bei fragwürdigen Situationen sofort einen Behandlungsabbruch anzuordnen. Es macht aber deutlich, daß die Situation, die insbesondere durch die Zeit bestimmt wird, von außerordentlicher Bedeutung für die Beurteilung der Fragestellung nach einem Behandlungsabbruch ist. Da aber Situationen nicht objekti-

vierbar sind, gibt es auch keine letztgültigen objektiven Kriterien für einen ärztlichen Behandlungsabbruch. Entscheidend bleibt zuletzt die Gewissensentscheidung des Arztes.

Literatur

- ARISTOTELES, Nikomachische Ethik, Hrsg. von Günther BIEN, Felix Meiner Verlag: Hamburg 1985.
- BIRNBACHER, Dieter, Tun und Unterlassen, Reclam: Stuttgart 1995.
- HARTMANN, Nicolai, Aufbau der realen Welt, Walter de Gruyter: Berlin 1964.
- HENGSTENBERG, Hans-Eduard, Sein und Ursprünglichkeit, Pustet Verlag: Salzburg, München 1958.
- HENGSTENBERG, Hans-Eduard, Die Phänomenologie des Sinnes und der Sinngebilde als Weg zur Metaphysik, In: Freiheit und Seinsordnung, Kohlhammer: Stuttgart 1961; J.H. Röhl Verlag: Dettelbach 1998.
- HENGSTENBERG, Hans-Eduard, Seinsüberschreitung und Kreativität, Pustet Verlag: Salzburg, München 1979.
- HENGSTENBERG, Hans-Eduard, Philosophische Anthropologie, Pustet Verlag: Salzburg, München 1984 (1. Aufl. bei Kohlhammer Verlag: Stuttgart 1957).
- HENGSTENBERG, Hans-Eduard, Grundlegung der Ethik, Verlag Könighausen & Neumann: Würzburg 1989.
- HÜNTELMANN, Rafael, Existenzontologie, J.H. Röhl Verlag: Dettelbach 1997.
- KUTSCHERA, Franz von, Die falsche Objektivität, Walter de Gruyter, Berlin 1993.
- THOMAS, Hans, Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?, In: Ethik in der Medizin, 5/1993, S. 70-80.