

Sinnhaftigkeit in der Medizin

Enrique H. PRAT

Zusammenfassung

Sinn ist ein sehr weitgespannter Begriff. Hier ist vor allem die dynamische, auf Handlungen abzielende Verwendung des Begriffes von Interesse. Der Mensch macht zwar mit seiner Vernunft aus, was für ihn Sinn hat. Er irrt sich oft dabei. Trotzdem erkennt er, dass Sinn keine beliebige Dimension ist, sondern ganz konkreten naturbedingten Normen, die er nicht zu verändern vermag, untergeordnet ist. Wenn man in der Medizin von Sinnhaftigkeit spricht, ist also eine ethische Kategorie gemeint, die medizinische Entscheidungen und Handlungen ganzheitlich betrachtet, letztlich am ganzheitlichen Wohl der Person des Patienten ausgerichtet ist und alles nach seiner Angemessenheit durch konkrete nachvollziehbare Maßstäbe beurteilt. In diese Beurteilung müssen zunächst die medizinischen Fakten und Erkenntnisse der Evidence-based Medicine einbezogen werden. Das Beste für den Patienten ist, was die beste Relation zwischen gesundheitlichem Nutzen und schädlichen, unerwünschten Nebenwirkungen aufweist. Das allein ist aber noch nicht sinnvoll. Zur Beurteilung der Sinnhaftigkeit muss diese Nutzen-/Schaden-Bilanz gemeinsam mit objektiven und subjektiven, ökonomischen und sozialen Faktoren abgewogen werden. Dies ist eine Abwägung der Verhältnismäßigkeit.

Schlüsselwörter: Sinnhaftigkeit, Sinn, Sinnstruktur, Verhältnismäßigkeit

Abstract

Sense has a manifold meaning. Here we are focussing on the dynamical meaning pertaining to intentional action. Persons use reason to decide to themselves what makes sense for them, however they are often in error. Sense is not just an arbitrary dimension, but is ruled by very concrete natural norms, which cannot be changed. When speaking of something making sense as far as medicine is concerned, every human being means that there is also an ethical aspect to medical decisions and actions and should be seen in a holistic way and be aimed at the total well-being of the patient, and everything must be done in proper measures which will then be judged accordingly. First of all, this judgement must include all the medical facts and findings as well as Evidence-Based Medicine. What is best for the patient is the best balance between the health advantage and the unwished harmful side effects. This alone is still not the making of the best sense. On judging of making the best sense in this matter, not only the balance of advantage/damage must be weighed, but also several objective and subjective economical and social factors must be considered. Hence, a weighing of the proportionality can be reached in this way.

Keywords: Best Sense, Sense, Structure of Sense, Proportionality

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

1 Was ist sinnvoll in der medizinischen Praxis?

Bei jeder Behandlung stellt sich die Frage nach der richtigen Therapie wie folgt: welche ist für den Patienten die wirksamste, zweckmäßigste und insgesamt nützlichste Therapie? Für den behandelnden Arzt liegt die Antwort auf diese Frage oft auf der Hand. Die Wünsche des Patienten und die Sachlage sind klar und weder Arzt noch Patient haben Zweifel darüber, was das Beste für den Patienten ist. Der Arzt entscheidet und der Patient willigt ein, weil es von beiden eindeutig für sinnvoll gehalten wird. Im medizinischen Alltag liegen aber die Verhältnisse nicht immer so eindeutig vor und dort, wo Unsicherheit bezüglich der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit oder Nützlichkeit einer Therapie oder in der Einschätzung der Lage besteht bzw. wo es Interessenskonflikte (Unstimmigkeiten) gibt, setzt die eigentliche Entscheidung einen Diskurs über die Sinnhaftigkeit voraus. Dies ist beispielsweise bei lebensbedrohlichen Situationen oft der Fall. Man ist einerseits dazu geneigt, alles Denkmögliche zu tun, um das Leben noch zu retten. Andererseits muss man unbedingt alles vermeiden, was zu einer nutzlosen, kostspieligen und unzumutbaren Verlängerung des Leidens führt. Hier stellt sich die Frage anders als vorhin. Es geht weniger darum, die wirksamste, zweckmäßigste und insgesamt nützlichste Therapie zu ermitteln, sondern um die Klärung der Frage, ob die erwartete Gesamtwirkung einer Maßnahme den mit ihr verbundenen Einsatz rechtfertigt, d. h. ob diese Maßnahme sinnvoll, gerade noch sinnvoll oder doch eigentlich sinnwidrig ist.

Man könnte einwerfen, dass *das Beste* für den Patienten immer auch *das Sinnvollere* ist, und es deshalb überflüssig sei, den nebulösen Begriff der Sinnhaftigkeit einzuführen, der nur den Diskurs verkompliziert. Manchmal aber geht es um Entscheidungen über Maßnahmen, die nur in einem relati-

ven Sinn das Beste für den Patienten sind, weil die erwarteten Wirkungen weit von dem entfernt sind, was sich der Patient für sich und der Arzt für den Patienten wünschen. Denn es geht nicht nur darum, die Therapie zu finden, die am wenigsten schädigt, sondern jene, die für den konkreten Patienten insgesamt gesehen den größten Nutzen bringt, was eine oft sehr schwierige Abwägung zwischen Haupt- und Nebenwirkungen sowie eine Einschätzung der Zumutbarkeit für den Patienten erfordert. In solchen Fällen müsste also geklärt werden, ob die beste Maßnahme noch etwas an sich Gutes und Nützlichem für den Patienten bringt, d. h. ob sie ihm (noch) zumutbar ist. Sie wäre jedenfalls nur sinnvoll, wenn sie sich bei dieser Abwägung als nützlich und zumutbar erweist. Es zeigt sich also, dass es durchaus angebracht ist, mit dem Sinnbegriff zu operieren, wenn man nicht der Logik der Machbarkeit verfallen möchte.

2 Sinnhaftigkeit als anthropologische Kategorie

Die Reflexion nach dem Sinn ist vielfältig. Wenn der Mensch den Sinn seiner Erfahrungen hinterfragt, tut er verschiedenes: er stellt einerseits die Frage nach der Bedeutung von Begriffen und Urteilen, andererseits fragt er aber auch nach Rationalität, Opportunität oder Angemessenheit von Ereignissen und Handlungsoptionen. Dies führt ihn dazu, sich auch mit dem Sinn des Daseins zu beschäftigen und letztlich kann ihm die ontologische Frage nach dem Sinn des Seins selbst nicht erspart bleiben. Die Frage nach dem Sinn des Seins ist die allerletzte philosophische Frage, dahinter gibt es nichts mehr. Diese Frage muss jeder Mensch auf irgendeine Weise, zumindest provisorisch beantworten, denn niemand kann ohne Sinn leben: „Ohne etwas für sinnvoll zu halten, müsste der Mensch augenblicklich in pyr-

rhonische Todesstarre verfallen und jede bewusste Lebensaktivität aufgeben“.¹

Wie hängen nun menschliche Handlungen mit dem Sinn zusammen? Aristoteles leitete das erste große Werk über Ethik mit folgendem Gedanken ein: „Jedes praktische Können und jede wissenschaftliche Untersuchung, ebenso alles Handeln und Wählen strebt nach einem Gut, wie allgemein angenommen wird. Daher die Bestimmung von ‚Gut‘ als ‚das Ziel, zu dem alles strebt‘“². Es entspricht einer Primärerfahrung des Menschen, dass er frei und auf Grund eines Strebens, welches dem Urteil der Vernunft folgt, handelt. Die dem Urteil der Vernunft folgende Handlung ist auch die Quelle der Sinnrealisierung. Eine menschliche Handlung kann durch die mit ihr verbundene Körperbewegung niemals ausreichend beschrieben werden. Die Intention, das „Wozu“, gehören immer zum Wesen der menschlichen Handlung. Ohne sie kann keine Handlung einen Sinn haben. Aber eine Handlung kann nicht nur zu Sinnrealisierung (zu einer sinnvollen Handlung), sondern auch zu Sinnpervertierung (zu einer sinnlosen bzw. sinnwidrigen Handlung) führen. Denn das „Wozu“, die Intention, ist für den Handelnden immer etwas ihm gut Scheinendes, was noch nicht besagt, dass es auch wirklich gut ist, andernfalls könnte man sich niemals irren. Die ethische Reflexion soll gerade den Unterschied zwischen dem Guten und dem Schein des Guten, zwischen dem Sinnvollen und dem Sinnlosen bzw. Sinnwidrigen und besonders die dazu notwendigen Unterscheidungskriterien ausarbeiten.³

Ganz wichtig ist die Frage, ob Sinn einen objektiven Bestand hat. Generell kann nicht bestritten werden, dass für den Menschen Sinn lebensnotwendig ist, d. h. dass der Mensch immer irgendetwas für sinnvoll halten muss. Die Frage ist, ob dies immer derart subjektiv ist, dass es sich jedem objektiven Maßstab entzieht. Wenn dies so wäre, müsste man auch sagen können, dass der Sinnbe-

griff für den Menschen zwar lebensnotwendig ist, es aber nur darauf ankomme, dass jemand irgendetwas für sinnvoll hält, damit die Funktion des Sinnbegriffes für ihn erfüllt ist. Jeder beliebige Sinninhalt würde immer „Sinn machen“. Sinnhaftigkeit wäre somit eine Fiktion. HENGSTENBERG hat gezeigt, dass die These, Sinn sei eine bloße, wenn auch eine notwendige Fiktion, unhaltbar ist.⁴ Sie wäre deckungsgleich mit der anderen These, dass das gute, gelungene Leben ebenfalls nur eine notwendige Fiktion sei. Mit dieser letzten These beschäftigt sich Aristoteles im 10. Kapitel der Nikomachischen Ethik. Lust, Reichtum, Ehre und Macht haben viel mit dem Sinn des Lebens zu tun. Sie sind meistens bei der Sinnerfüllung mit dabei. Oft, sehr oft muss man aber nach einer gewissen Zeit die Erfahrung der Unerfülltheit machen, obwohl diese Ingredienzien vorhanden sind. Die Erklärung, dass dies nur dann der Fall gewesen ist, wenn man an das persönliche Ideal nicht fest genug geglaubt hat, d. h. wegen einem Mangel am „Willen zur Fiktion“, ist sicherlich nicht befriedigend, denn der „Wille zur Fiktion“⁵ kann unmöglich etwas erfüllen, was nach Wirklichkeit strebt.

Der bloße „Wille zur Fiktion“ kann also unmöglich ausreichen, um das Erlebnis der Sinnerfüllung des Lebens zu garantieren. Außerdem kann der einzelne isolierte Lebensinhalt, wie Genuss, Macht, Ehre usw., das Sinnerlebnis nicht sichern. Jeder einzelne Wert ist in Bezug auf Sinnhaftigkeit des Lebens zunächst ambivalent. „Genuss, Macht, Reichtum, Ehre usw. können integrierende Momente eines sinnvollen Lebensganzen sein. Sie können aber auch Bestandteile eines im Hinblick auf Sinn verwirkten Lebens sein. Daraus ist zu folgern, dass der Sinn des Lebens weder an dem Vorrang eines einzelnen materialen Wertgebietes hängt, noch an der Intensität, mit der ein solches Wertgebiet für sinnvoll gehalten wird, sondern an der Art und Weise, wie diese Wertgebiete in die Ganzheit des Lebens eingebaut sind. Der

Sinn meines Lebens ist also offenbar eine Ganzheitsqualität. Es kommt darauf an, wie ich mich zu mir selbst, zu den Dingen und Mitmenschen sowie allen mir begegnenden Ereignissen verhalte, und darauf, dass ich Genuss, Macht, Ehre usw. in diesem Ganzheitszusammenhang den richtigen Stellenwert erteile. Auf die Einordnung aller dieser Faktoren kommt es an. Damit ergibt sich aber, dass der Sinn meines Lebens eine Aufgabe ist, die mir gestellt ist, bevor ich sie mir selbst stelle. Aufgabe setzt aber eine Norm zu ihrer Lösung voraus. Ich kann weder für sinnvoll halten, was ich will, noch kann ich Sinn verwirklichen, wie ich will“.⁶

Hier wird allerdings nicht einer Fremdbestimmtheit des Sinns das Wort geredet, sondern gegen die Beliebigkeit von Sinn argumentiert. „Was jeder Mensch für sinnvoll oder sinnlos (oder sinnwidrig) hält, das ist nicht einem subjektiven Meinen, Glauben und Dafürhalten anheimgegeben, sondern unterfällt einer objektiven Norm“.⁷ Aber es ist eine Norm, die jeder mit seiner Vernunft erfassen kann und daher auch erfassen wollen muss. Letztlich muss jeder Mensch für sich begreifen, was für ihn sinnvoll ist, und dies ist die ureigenste Aufgabe der praktischen Vernunft.

Die Tatsache, dass der Sinn einer Norm untersteht, führt in keiner Weise zu einer Uniformität des Verhaltens: „Was wir mit dem Sinnbegriff, ohne den unser Leben nicht zu führen ist, meinen, das mag zwar in concreto einmal in diesem, einmal in jenem Leben, einmal in diesem, einmal in jenem Wertbereich, einmal in diesem, einmal in jenem Handlungszusammenhang exemplarisch verwirklicht sein, es muss ihm aber ein abstrahierbarer identischer Sachverhalt entsprechen, der seine Identität nicht dadurch verliert, dass er einmal in diesem und einmal in jenem konkreten Zusammenhang wiederkehrt und auch nicht dadurch, dass verschiedene Subjekte nacheinander ihr denkendes Meinen auf ihn richten“.⁸

3 Sinnhaftigkeit als ethischer Begriff

Sinn zu realisieren und gut zu handeln ist also dasselbe. Normativ gesehen führt der Begriff der Sinnhaftigkeit zum Handlungsprinzip „tue Sinnvolles und unterlasse Sinnloses“, das sich mit dem Grundprinzip der Ethik „tue Gutes und unterlasse Böses“ deckt. Sinnvolles tun heißt also, das Gute und das Richtige tun.

Sinnhaftigkeit ist somit ein ethisches Kriterium, das auch medizinische Entscheidungen und Handlungen, ganzheitlich betrachtet, als richtig und deshalb als sinnvoll qualifizieren lässt. Sie bestimmt, ob eine Maßnahme im Kontext der gesamten Sinnstruktur des Arztes, des konkreten Patienten und der sonst beteiligten Personen kohärent und passend ist.

Es wurde gezeigt, dass Sinnhaftigkeit objektiven Bestand hat, d. h. Beliebigkeit ausschließt. Die Frage ist nun, wie man mit dem Sinnbegriff in der alltäglichen Praxis umgehen kann.

3.1 Sinnstruktur der menschlichen Handlungen

Wie bereits erwähnt ist jede menschliche Handlung und jedes menschliche Verhalten intentional, d. h. auf Sinnrealisierung ausgerichtet. Die Sinnstruktur der menschlichen Handlung kann sehr gut anhand der Analyse von Intentionalstrukturen durch HENGSTENBERG dargelegt werden.⁹ Sinn setzt ein Sinngebilde voraus. Ein Sinngebilde wird von verschiedenen Elementen konstituiert. Zunächst muss es ein reales Geschehen, z. B. eine ärztliche Handlung geben. Eine Handlung ist allerdings nur als solche zu bezeichnen, wenn es einen Urheber der Handlungen gibt, der auch Sinnurheber ist: z. B. einen Arzt. Ohne Arzt gibt es keine ärztliche Tätigkeit, gibt es keinen Sinn. Aber auch nicht ohne einen Adressaten, um dessen willen gehandelt wird. Beim ärztlichen Handeln ist der Patient der Adressat.

Ein weiteres Element sind die Mittel oder das Material, d. h. das, was um des Adressaten willen eingesetzt wird. In der ärztlichen Handlung geht es vorwiegend um medizinisch-technische, kommunikative und pharmakologische Mittel.

Die Struktur der Handlung wird durch zwei weitere Elemente mitbestimmt: das Ziel und das Maß. Jede Handlung hat ein bestimmtes Ziel. Eine ärztliche Handlung kann kein beliebiges Ziel haben, sondern primär die Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit (Lebensverlängerung und/oder höhere Lebensqualität) des Patienten (Adressaten) und sekundär die Leidensminderung (Palliation). Eine Tötungshandlung wäre keine ärztliche Handlung, auch dann nicht, wenn sie von einem Arzt durchgeführt wird. Das Maß ist das, was die Norm, das Richtmaß für die Sinnrealisierung abgibt. Maß ärztlicher Maßnahmen sind die Anatomie, die Physiologie sowie die Gesetzmäßigkeiten des menschlichen Körpers, die in der Medizinwissenschaft erfasst werden. In der medizinischen Sprache könnte man für Maß auch den Ausdruck „lege artis“ nehmen.

Diese sechs Momente des intentionalen Handelns sind konstitutiv für das Sinngebilde. Urheber, Adressat und Maß werden von HENGSTENBERG als Sinnrelate bezeichnet. Sie sind relationale Begriffe. Diese drei Sinnrelate fungieren als Sinnspender. Die medizinische Handlung des Arztes kann nur sinnvoll sein, solange es entsprechende Patienten gibt, welche die Aktivität des Arztes empfangen und aufnehmen und eben durch ihr Empfangen und Aufnehmen dieses Handelns rückwirkend sinnvoll machen. Der Arzt wendet sich dem Patienten zu, dieser gibt aber durch sein aktiv empfangendes Aufnehmen auch etwas zurück. Ähnlich ist es mit dem Sinn-Maß. Was der Arzt tut, muss am „state of the art“ gemessen worden sein. Nur in einem ständigen Bestätigtwerden durch ihn trägt die ärztliche Tätigkeit realen Sinn. Der Urheber (der Arzt) ist zwar der Initiator

der Sinnrealisierung, aber er könnte den Sinn nicht urheben, wenn er sich nicht von Adressat und Maß bestimmen ließe.¹⁰

Die drei Sinnfaktoren – Material, Geschehen und Ziel – stellen in Bezug auf den Sinn eine passive Funktion dar, sie konstituieren mit den Sinnrelaten – Sinnspendern – ein Gebilde, d. h. eine Handlung, die Träger von Sinngehalt sein kann. Alle sechs Elemente sind notwendig, aber nicht ausreichend für das Zustandekommen einer Sinnrealisierung.¹¹ Denn in einem Sinngebilde kann auch Sinnwidriges geschehen. Die Wunscherfüllung des Patienten kann z. B. frustrierend für den Arzt und letztlich auch für den Patienten selbst wirken. Die Beurteilung des Sinngehaltes eines Sinngebildes bedarf noch eines Sinnkriteriums. Das ist die Erfüllung: „Dabei meint ‚Erfüllung‘ natürlich immer eine Erhöhung des menschlichen Seins im Ganzen und nicht nur eine Funktionssteigerung eines Einzelvermögens“.¹² Die Erfüllung ist ein echtes Kriterium für Sinnrealisierung: „Wie die Sinnverwirklichung notwendig zur eigenen Seinserhöhung führt, so die Sinnverwirkung, d. h. das Wirken eines Widersinnes, zur Minderung des eigenen Seins“.¹³

Die Sinnerfüllung muss natürlich sowohl auf der Seite des Sinnurhebers wie auch auf der Seite der Adressaten, d. h. bei allen Beteiligten eintreten, allerdings nicht immer bei allen in gleichem Ausmaß.

Sinnerfüllung äußert sich erstens in der Zustimmung des Gewissens, zweitens im Bewusstsein, das Richtige getan zu haben und drittens auch in der Freude am Guten. Die Erfahrung der Gewissenszustimmung und eventuelle Gefühle, die die Sinnrealisierung begleiten, z. B. Freude und Genugtuung, sind subjektive Korrelate der objektiven Erfüllung, die als Folge der Sinnrealisierung beim Sinnurheber und beim Sinnadressaten eintreten.¹⁴ Eine Zustimmung ohne Richtigkeitsbewusstsein und ohne Freude daran würde keine echte Erfüllung anzeigen. Es sind diese drei Erfahrungen

gemeinsam, die die Erfüllung ausmachen. Die Sinnerfüllung und diese Erfahrungen sind real existierend, d. h. objektiv, aber nur subjektiv erfahrbar, sie können nur von den Betroffenen, dem Sinnurheber (Arzt bzw. Pflegepersonal) bzw. dem Adressaten (Patienten und familiäres Umfeld) selber gemacht werden. Sie sind nicht objektivierbar im Sinne einer Allgemeingültigkeit oder Nachvollziehbarkeit für jeden Beobachter. Deswegen werden sie von vielen modernen Strömungen der Ethik abgelehnt.

3.2 Sinn und Sinnerfüllung in der medizinischen Praxis

Nach der obigen Analyse der Sinnstruktur einer Handlung kann das ärztliche Handeln in Hinblick auf die Sinnrealisierung folgendermaßen beschrieben werden: ein Arzt (Urheber) führt *lege artis* (Maß) bei einem Patienten (Adressat) einen medizinischen Eingriff (Mittel) zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit bzw. Leidensminderung (Ziel) durch (Geschehen).

Nun stellt sich hier zunächst die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Sinnerfüllung des Patienten und jener des Arztes im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung. Die ärztliche Handlung hat immer eine entsprechende Begleithandlung des Patienten: „sich dem Arzt anzuvertrauen“ bzw. „der konkreten ärztlichen Handlung zuzustimmen“. Beide Handlungen, die des Arztes und die des Patienten, können zwar nicht getrennt werden, weisen aber verschiedene Strukturelemente auf und sind folglich verschieden: bei der ärztlichen Handlung ist der Arzt der Urheber von Sinn und der Patient ist der Adressat. Bei der Handlung des Patienten verhält es sich umgekehrt. Daher kommen Sinnrealisierung und -erfüllung bei Arzt und Patient verschiedenen zustande, sie hängen jedoch zusammen, weil die Ziele beider Handlungen schließlich in einem starken Konnex stehen:

die Gesundheit des Patienten.

Auf Grund der Sozialität des Menschen und der Intentionalität des menschlichen Handelns, tragen Handlungen auch zu Sinnrealisierung dritter Personen bei. Dieser Sachverhalt stellt an die Verantwortung des Handelnden eine konkrete ethische Anforderung, die mit folgendem allgemeinen sittlichen Prinzip formuliert werden könnte: Verhalte dich stets so, dass dein ganzes Verhalten einen Beitrag zur Sinnerfüllung deiner Mitmenschen leistet, und verhindere Sinnwidrigkeiten deinen Möglichkeiten entsprechend.¹⁵

Viele Situationen in der ärztlichen Praxis verlangen Entscheidungen, die scheinbar schwer mit der Kategorie der Sinnrealisierung oder gar -erfüllung bemessen werden können. Was für eine Sinnerfüllung wird beim Abbruch des allerletzten kurativen Versuchs bei einem nur mehr palliativ bis zum Tode zu begleitenden Patienten erreicht werden können? Fokussiert man nur die Handlung des Arztes, so wird auch klar, dass wohl von Sinnrealisierung und -erfüllung für den Arzt gesprochen werden kann, wenn er jede Sinnwidrigkeit vermeidet und die unter den gegebenen Umständen maximale Sinnrealisierung und -erfüllung des Patienten ermöglicht. Anders liegt der Fall beim Patienten. Eine Sinnrealisierung bzw. eine Sinnerfüllung kann er nicht dadurch erreichen, dass er sich dem Arzt anvertraut und zusieht, wie dieser von jedem weiteren kurativen Versuch absieht und ihn nur mehr palliativ behandelt. Bei ihm geht es also in erster Linie um die Vermeidung von Sinnwidrigkeiten. Das „Sich-anvertrauen“ erhält aber auch einen Sinn, indem es dazu beiträgt, dass der Patient in dieser Situation aus anderen personalen Dimensionen heraus – z. B. der Religiosität, der Humanität usw. – noch einen Sinn realisieren kann.

Das objektive Kriterium zur Beurteilung der moralischen Bedeutung einer ärztlichen Entscheidung hat HENGSTENBERG aus der Zweckstufenordnung entnommen, die die menschliche Vernunft in der Natur ent-

deckt.¹⁶ Damit ist folgendes gemeint: „Im Aufbau der menschlichen Person (und letztlich der Welt als ganzer) 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: Jede ärztliche Maßnahme soll so ausgerichtet sein, dass sie letztlich der Person des Patienten im Ganzen zugute kommt.“¹⁷

Zweck ärztlicher Maßnahmen ist also immer die Person des Patienten. HÜNTELMANN erläutert dies mit einem einfachen Beispiel aus der ärztlichen Praxis: „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 wieder herstellen, 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 Ent-

faltung 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.“¹⁸

Nur eine Behandlung, die zur Sinnerfüllung beiträgt, ist geboten. Auch nur die bloße Wahrscheinlichkeit, das sinnvolle Behandlungsziel tatsächlich zu erreichen, kann je nach Umständen Sinn machen oder zumindest nicht sinnwidrig sein. Dagegen ist ein Abbruch einer bestimmten Behandlung genau dann geboten, wenn die Fortsetzung dieser Behandlung sinnwidrig wäre.¹⁹ Dann muss gegebenenfalls eine andere Behandlung gesucht werden.

Wenn ein Behandlungsziel dem Patienten nicht deutlich erkennbar zugute kommt und die Fortsetzung der Behandlung dem Patienten zusätzliches Leiden zufügt, und die ärztlichen Maßnahmen in einem nicht klar erkennbaren Verhältnis zum Behandlungserfolg stehen, dann ist die Sinnhaftigkeit der Behandlung ungewiss. In solchen Fällen ist ein ärztlicher Behandlungsabbruch zumindest erlaubt.

Entscheidungen im medizinischen Alltag sind nicht selten aus medizinischer Sicht nicht eindeutig. Dort, wo Unsicherheit über die Wirksamkeit und Effektivität einer Therapie oder in der Einschätzung ihrer Sinnhaftigkeit besteht bzw. wo es Unstimmigkeiten und Interessenskonflikte gibt, setzt die Entscheidung einen medizinethischen Diskurs voraus. Einerseits möchte man alles Denkmögliche tun, um den Patienten wirksam zu helfen, andererseits muss man alles Sinnwidrige vermeiden, d. h. alle Handlungen, die das Leiden des Patienten auf kostspielige, nutzlose und unzumutbare Weise verlängern. Eine solche Entscheidung über die Sinnhaftigkeit einer Therapie ergibt sich aus einem Abwägen zwischen vie-

len Faktoren, letztlich also aus der Verhältnismäßigkeit der Maßnahme. Gerade in den Extremfällen, in welchen die Sinnhaftigkeit einer Maßnahme nicht unmittelbar feststeht, zeigt sich, wie eng der Sinn mit der Verhältnismäßigkeit²⁰ zusammenhängt.

4 Verhältnismäßigkeit in der Medizin

4.1 Die Verhältnismäßigkeit

Die Verhältnismäßigkeit ist kein medizinischer, sondern ein ethischer Maßstab, der eine Entscheidung durch die Qualifizierung einer Handlung als sinnvoll erlaubt. Gerade weil die ethische Kompetenz eine alle anderen Kompetenzen (ökonomische, medizinische, wissenschaftliche, lebensweltliche usw.) integrierende Kompetenz²¹ ist, wird sie hier besonders gebraucht. Sie berücksichtigt neben Prinzipien der medizinischen Wissenschaft Dimensionen wie Würde der Person, Selbstbestimmungsrecht, Gemeinwohl, Verteilungsgerechtigkeit, Individualität u. dgl. Sinnvoll wird demnach das Verhältnismäßige und sinnlos das Unverhältnismäßige sein. Tugendethisch ist die Verhältnismäßigkeit als Bestandteil der Klugheit einzuordnen.

Wo es eine klare medizinische Indikation für eine lebensbewahrende (heilende oder lebensqualitätserhaltende) Behandlung gibt, gebietet das ärztliche Ethos, die Behandlung anzustreben. Der unermessliche Wert des Lebens bedeutet, dass jede lebenserhaltende und verfügbare Maßnahme prinzipiell verhältnismäßig ist. In der Praxis ist aber, wie gesagt, die Situation oft nicht so eindeutig: die Indikation ist nicht so klar, der von einer in Betracht zu ziehenden Therapie zu erwartende Nutzen nicht gewiss. Außerdem muss man immer mehr davon ausgehen, dass die Ressourcen nicht ausreichen, um auf jeden auch noch so aussichtslosen Therapieversuch einzugehen. Man

befindet sich in einer Grauzone, in welcher es erforderlich ist, die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme abzuwägen.

4.2 Wirksamkeit, Effektivität und Relevanz

Eine therapeutische Maßnahme erfordert den Einsatz von Mitteln zu einem bestimmten Zweck. Die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit setzt die Abschätzung des qualitativen Nutzens, d. h. der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahme voraus: medizinisch muss belegt sein, dass die Maßnahme im Hinblick auf den geforderten Zweck eine nützliche Wirkung haben kann.

Maßnahmen haben meistens neben den 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 erfordert die Abwägung, wie viele zweckwidrige Folgen in Kauf genommen werden sollen. Die möglichen Folgen einer Unterlassung der Therapie werden auch in diese Abwägung einbezogen.²²

Weiters muss dieser Nutzen unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen zumindest grob quantifiziert werden (Effektivität), d. h. man muss abschätzen, ob der Nutzen größer ist als der mögliche Schaden: Lebensverlängerung allein wäre ungenügend, um die Relevanz einer Maßnahme zu beurteilen, da der Lebensqualitäts-Outcome ausschlaggebend ist. Letztlich muss auch noch abgeschätzt werden, ob der quantitative Nutzen (Effizienz) noch praktisch relevant ist oder ob er so gering ist, dass er praktisch nicht mehr ins Gewicht fällt.

Unter der Annahme, dass der Mitteleinsatz und alle Wirkungen einheitlich bewertet werden können, müsste man eine therapeutische Maßnahme auf jeden Fall dann als 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 insgesamt betrachtet (nicht nur medizinisch!) objektiv und/oder subjektiv schlechter ist, als ohne diese Maßnahme zu erwarten gewesen wäre. Eine solche Maßnahme wäre in diesem 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 den konkreten realen Faktoreinsatz gegen die 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 Klugheitsentscheidung (vgl. 5). Ex-post-Verhältnismäßigkeitsbeurteilungen von bereits gesetzten Handlungen sind vor allem wertvoll, um Erfahrungen zu sammeln, damit in Zukunft bei ähnlichen Situationen die Entscheidung fundiert getroffen werden kann (klinische Studien).

Diese drei Kriterien – Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Effektivität – sind rein medizinischer Natur und können nur von Experten, d. h. vorwiegend Ärzten, richtig angewandt werden. Sie reichen aber zur Beurteilung, ob eine medizinische Maßnahme bei einem konkreten Patienten sinnvollerweise angewendet werden soll, nicht aus. Sinnvoll ist, was für den konkreten realen Menschen in seiner Ganzheit (nicht nur medizinisch-biologisch) und unter Berücksichtigung aller persönlichen – auch der ökonomischen – Umstände angemessen ist. Es geht also darum, nicht nur die Ergebnisse der drei Kriterien, sondern auch die Erfahrungen, die geltenden Normen und Richtlinien und ganz besonders auch die persönlichen Umstände des konkreten Menschen

zu berücksichtigen, der immer mehr ist als nur eine statistische Größe! Bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit gilt es, neben den oben erwähnten normativen Kriterien der Evidence-based Medicine – Wirksamkeit und Zweckdienlichkeit – auch die Effektivität bzw. Relevanz und sozioökonomische sowie individuelle Faktoren mit bzw. gegeneinander abzuwägen. Die Verhältnismäßigkeit ist somit das praktische Kriterium, das letztlich die Gesamtheit der zu berücksichtigenden Faktoren einbezieht und die Brücke zwischen der allgemeinen normativen und der konkreten partikulären Ebene schlägt. Auf dieser Ebene müssen die individuellen und die sozialen situationsbedingten Gegebenheiten, in denen sich der Patient sowie sein familiäres Umfeld und alle anderen an der Entscheidung beteiligten Personen befinden, berücksichtigt werden.

4.3 Die sozioökonomischen Aspekte der Verhältnismäßigkeit

Wichtige Faktoren der Verhältnismäßigkeit sind die soziale Integration und die ökonomischen Faktoren.

4.3.1 Die soziale Integration

Der Sinn von medizinischen Maßnahmen aus der Sicht des Adressaten (Patienten) wird wesentlich von der Intensität seiner sozialen Integration bestimmt. Wenn bei den obigen medizinischen Erwägungen die Lebensqualität eine entscheidende Rolle spielte, ist nun die soziale Integration, d. h. das Vorhandensein von tiefen emotionalen Beziehungen, bei der ganzheitlichen Betrachtung, die bei den Abwägungen der Sinnhaftigkeit angestellt wird, auch sehr wichtig. Diese Beziehungen sind eine wesentliche Komponente der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensqualität des Patienten, sodass sie bei der Entscheidung über medizinische Maßnahmen einen großen Einfluss ausüben. Der

alleinstehende Patient, der 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 daher eine Trennung von beiden Seiten 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.

4.3.2 Die ökonomischen Faktoren

Die Ressourcenknappheit zwingt die immer aufwändigere Medizin zu einer gerechten Verteilung der begrenzten Mittel. Das subjektive Wohl des einzelnen Patienten kann nicht ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl verwirklicht werden. Man wird nicht von der Allgemeinheit bzw. Gesellschaft Ressourcen für einen einzelnen Patienten einfordern können, die nicht in einem gewissen Verhältnis zu dem stehen, was dieser Gesellschaft ökonomisch zumutbar ist. Es gibt auch eine soziale Zumutbarkeit, die von zwei Prinzipien getragen werden muss: Solidarität und Gerechtigkeit. Auf der einen Seite verlangt die Solidarität, dass jeder Patient eine sinnvolle medizinische Behandlung bekommt. Die Gerechtigkeit allerdings fordert eine richtige Verteilung der Mittel mit einer Abwägung von Kosten und Nutzen, sodass an keinem Patienten kostspielige Mittel verwendet werden, die bei ihm mit sehr großer Wahrscheinlichkeit keinen Nutzen bringen würden, dann aber zur Behandlung von sicher heilbaren Patienten fehlen würden. Dieses Prinzip, das bei der Lösung der Triagefragen weitgehend akzeptiert ist,²³ muss auch bei der Zuteilung von

Ressourcen eine Rolle spielen.

In den meisten Industrienationen (auch in Österreich) ist das Gesundheitswesen so organisiert, dass jeder Bürger, unabhängig von seinem Einkommen, prinzipiell Zugang zu jenen 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 lebensrettende Behandlung in Anspruch nehmen kann? Wo liegen die Grenzen dieser Pflicht?

Auch in den europäischen Ländern wird unter dem Druck der Kostensteigerung im Gesundheitswesen bereits konkret die Frage aufgeworfen, ob eine Lebensverlängerung immer und in jedem Fall jeden finanziellen Aufwand rechtfertigt. Es handelt sich nicht um eine theoretische, sondern um eine praktische Frage, die alltäglich in den Spitälern und auch bei den Gesundheitsbehörden beantwortet werden muss: Wie viel 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, sondern eine Überlegung hinsichtlich 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 Ster-

bende 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, dass eine Beatmungsmaschine und ein Arzt in jedem Haushalt gegebenenfalls einigen das Leben retten würden. Ist dieser Aufwand aber gerechtfertigt? Bis jetzt hat unsere Gesellschaft diese Frage verneint.

Zur Messung der ökonomischen Dimension der Verhältnismäßigkeit hat die Ökonomie verschiedene Instrumente ausgearbeitet wie: Kosten-Effektivitätsanalysen, Kosten-Nutzwert-Analysen und Kosten-Nutzen-Analysen.²⁴ Alle diese Analysen liefern Indikatoren, sind aber keine eigentlichen Messinstrumente für die Verhältnismäßigkeit.²⁵

4.4 Die individuellen Faktoren der Verhältnismäßigkeit

Damit sind jene Merkmale gemeint, die den konkreten Fall charakterisieren. Eine sinnvolle Maßnahme kann von diesen Faktoren nicht absehen.

Die individuellen Faktoren kann man in objektive und subjektive unterteilen: Objektive individuelle Faktoren der Verhältnismäßigkeit (O) sind zum Beispiel: Alter, Bewusstseinslage, Lebenserwartung,²⁶ menschliches (soziales) Umfeld und sonstige persönliche Daten. Sie sind insofern objektiv, als sie, unabhängig vom Willen des Subjektes, auch für Dritte feststehen. Subjektive (S) Faktoren der Verhältnismäßigkeit sind Wertvorstellungen, subjektive Präferenzen, Zumutbarkeit und Interessen, sowie Zielvorstellungen.

Für einen Patienten, der noch eine in seinen Augen ganz wichtige Aufgabe zu erledigen hat, wird vielleicht eine kurze Zeit der Lebensverlängerung, in der er dies noch erreicht, von erheblicher Bedeutung sein. Andererseits sind die Lebensverlängerung als solche und überhaupt die Gesundheit nicht immer und unter allen Umständen die höch-

ten Werte. In gewisser Hinsicht setzen wir unser Leben bzw. die Gesundheit um einer bestimmten Sinnerfüllung willen ständig aufs Spiel. Man denke z. B. an riskante Hobbys wie Drachenfliegen, Bergsteigen oder Tauchen, an das Rauchen oder an das Autofahren, auf das niemand verzichten will, aber auch an eine Mutter, die ihre Kinder zur Welt bringt.

Letztlich ist eine Therapie nur dann sinnvoll, wenn sie dem Patienten in seiner Gesamtheit nützt, wenn also das Machbare in Verhältnis zum praktisch Vernünftigen gesetzt wird. Wenngleich bei dieser Entscheidung der mündige Patient immer das letzte Wort hat, besteht die Kunst des Arztes gerade darin, dem Patienten nach der Abwägung einer Vielzahl von unterschiedlichen und z. T. divergierenden Komponenten (vgl. z. B. Nebenwirkungen) einen auf ihn zugeschnittenen, vernünftigen Rat zu erteilen. Hier wird vom Arzt ein hohes Maß an Klugheit gefordert, die als Kardinaltugend auch der ärztlichen Kunst bezeichnet werden kann. In den meisten Fällen kann der Patient nämlich nicht wirklich abschätzen, was auf ihn zukommt, wenn ihm eine bestimmte Therapie vorgeschlagen bzw. angeraten wird. Es kommt also sehr auf die Dringlichkeit an, mit der eine Therapieempfehlung ausgesprochen wird, ob sich der Patient dann dafür oder dagegen entscheidet.

4.4.1 Alter und Lebenserwartung

Die Würde eines alten Menschen ist ebenso unermesslich groß wie die eines jungen. Das Alter kann an sich kein Legitimationsgrund für einen Behandlungsabbruch sein. Das Alter ist aber doch ein Merkmal, das zusammen mit anderen Faktoren darüber Auskunft gibt, inwieweit der Lebensprozess dem Ende zugeht. Es ist beinahe eine 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 es nähert sich immer mehr der Sterbeprozess. Letzterer bleibt aber in der Zeit ziemlich unbestimmt.

Der jüngere Patient hat prinzipiell eine höhere 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 Lebensalter sehr relevant: Je jünger der Mensch ist, desto größer ist seine Aufgabe für das Gelingen seines Lebens. Es ist deshalb ein Gebot der Verhältnismäßigkeit, dass, je jünger der Patient, bzw. je größer seine natürliche Lebenserwartung ist, desto größer müsste die Bereitschaft sein, auch wirkungsungewisse Maßnahmen zu versuchen und mehr zu wagen, mit anderen Worten, auch einen höheren Aufwand zu betreiben. Der Effektivitätsquotient trägt dieser Tatsache insofern Rechnung, als er den Aufwand in Verhältnis zum Erfolg stellt. Bei gleichem Aufwand (z. B. einer bestimmten Zeit der Therapie oder einer bestimmten Geldsumme) ist im Falle einer Heilung die Effektivität für einen jungen Menschen wegen der längeren Lebenserwartung wesentlich größer als bei alten.

4.4.2 Die Zumutbarkeit

Meistens kann anhand der Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Relevanz einer Maßnahme nicht viel mehr als eine statistische Wahrscheinlichkeit hinsichtlich Lebensverlängerung, zukünftiger Lebensqualität und Risiken prognostiziert werden. In vielen Fällen wird die eigentliche Frage der Verhältnismäßigkeit darin bestehen, ob aus der Sicht des gegebenen Zeitpunkts, im Angesicht der jeweils aktuellen Lage und der

Erfolgssausichten die Behandlung und ihr Ergebnis überhaupt zumutbar ist.

Die Zumutbarkeit ist als subjektiver Faktor in die Abwägung der Verhältnismäßigkeit einzubeziehen.²⁷ Je weniger zumutbar eine Maßnahme ist, umso weniger verhältnismäßig wird sie sein. Die Fragen der „Zumutbarkeit“ von aktuellem und zukünftigem Leid, sowie Fragen der Grenzen der Lebensfähigkeit bzw. der prinzipiellen „Behandlungswürdigkeit“ werden in der medizinischen und medizinethischen Literatur ausführlich behandelt.²⁸ Es geht darum, Objektivierungskriterien und Richtlinien der Zumutbarkeit zu finden. Absehbarer unvermeidlich tödlicher Ausgang, schwerste irreversible neurologische und sonstige Schädigung sowie derzeit bzw. künftig unzumutbares Ausmaß an Leid, Schmerz und Belastungen werden als Entscheidungskriterien für ein „vorzeitiges Beenden der verfügbaren Therapiemaßnahmen“ angeführt. Solche Richtlinien erleichtern im klinischen Betrieb die konsensuelle Beurteilung des medizinethischen Problems. Die Kritik an diesem Ansatz bezieht sich dabei außer im Trivialfall auf die notwendige Berücksichtigung individueller Faktoren bzw. Toleranzgrenzen und auf den Grad an Informiertheit, insbesondere über die nicht explizit vermittelten bzw. vermittelbaren künftigen Folgen schwerer, vor allem geistiger Behinderung und die meist nicht angesprochenen Konflikte im Rahmen der Beachtung der Patienten- und Elternrechte.

Der Begriff der Zumutbarkeit ist allerdings problematisch. Es geht eigentlich um das Leben eines Menschen. Aber das menschliche Leben ist ein Gut, das eine unermessliche Würde besitzt und daher nicht gegen andere Güter abgewogen werden darf. Was hier mit dem Begriff der Zumutbarkeit beschrieben werden soll, ist zum Beispiel, dass niemand verpflichtet ist, sein schon dem Ende zugehendes Leben mit unzumutbaren Mitteln zu verlängern und dass niemand

berechtigt ist, ein leidvolles terminales Leben von Bewusstlosen eigenmächtig zu verlängern. Die terminale Situation des Patienten und die wahrscheinliche therapeutische Ausweglosigkeit müssen allerdings als medizinisches Faktum feststehen, bevor die Zumutbarkeit in der Entscheidung berücksichtigt wird. Der Abbruch einer medizinisch sinnvollen Maßnahme würde sonst in den Bereich der Sterbehilfe fallen und ethisch eine ganz andere Qualität erhalten.

5 Verhältnismäßigkeit und Vernünftigkeit

Wie oben erwähnt (vgl. 4.1 und 4.2) ist die Abwägung der Verhältnismäßigkeit eine Klugheitsentscheidung. Sie wird nicht durch eine mathematische Formel determiniert, und auch nicht nach einer logisch stringenten Ableitung getroffen. Klugheit als Tugend zielt immer auf das Bestmögliche ab. Sie ist aber praktische Weisheit oder Weisheit der Praxis.²⁹ Sie besteht gerade in der Ermittlung des Vernünftigen, des Sinnvollen in der konkreten Situation mittels einer Abwägung aller relevanten, meistens heterogenen Dimensionen. Diese Bestimmung kann nur in drei Akten vollzogen werden: Beratung (*consilium*), Urteil (*iudicium*) und Befehl (*imperium*).³⁰ Die Klugheit verlangt, dass man sich mit einer Sachlage ernsthaft beschäftigt, die Probleme in allen ihren Aspekten beleuchtet und analysiert und gegebenenfalls um Rat fragt, 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, Vorsicht.³¹ 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 bezogen. Der Urteilspruch der Klugheit ist also immer von einer gewissen Unsicherheit begleitet, die nicht nur daher kommt, dass man nie sicher weiß, ob er 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“.³² Klugheit, Vernünftigkeit also 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 täuschen.³³ Wenn man auf Gewissheit warten müsste, könnte man meistens nicht handeln.

6 Fazit: Verhältnismäßigkeit als Sinnkriterium

Sinn ist ein sehr weitgespannter Begriff. Hier ist vor allem die dynamische, auf Handlungen abzielende Verwendung des Begriffes von Interesse. Wenn der Mensch den Sinn seiner Erfahrungen oder seines Lebensweges hinterfragt, tut er verschiedenes: Er stellt

einerseits die Frage nach der Bedeutung von Begriffen und Urteilen, aber auch nach Rationalität, Opportunität oder Angemessenheit von Ereignissen, Handlungsoptionen und Zielsetzungen. Letztlich wird auch die Frage nach dem Sinn des Daseins aufgeworfen. Diese allerletzte philosophische Frage – dahinter gibt es nichts mehr – muss jeder Mensch auf irgendeine Weise, zumindest provisorisch lösen, denn ohne Sinn kann keiner leben. Sinn ist immer etwas Subjektives, das jeder für sich entscheiden muss. Dies hat aber nichts mit Beliebigkeit oder Willkür zu tun, wie verschiedene Philosophen des 20. Jahrhunderts zeigen, die die aristotelische Tradition fortsetzen. Der von ihnen ausgearbeitete Sinnbegriff liefert ganz konkrete Handlungsanleitungen. Der Mensch macht zwar mit seiner Vernunft aus, was für ihn Sinn hat, und er irrt sich oft dabei. Trotzdem erkennt er, dass Sinn keine beliebige Dimension ist, sondern ganz konkreten naturbedingten Normen, die er nicht zu verändern vermag, untergeordnet ist. Wenn man in der Medizin von Sinnhaftigkeit spricht, ist also eine ethische Kategorie gemeint, die medizinische Entscheidungen und Handlungen ganzheitlich betrachtet, letztlich am ganzheitlichen Wohl der Person des Patienten ausgerichtet ist und alles nach seiner Angemessenheit durch konkrete nachvollziehbare Maßstäbe beurteilt.

In diese Beurteilung müssen zunächst die medizinischen Fakten und Erkenntnisse der Evidence-based Medicine einbezogen werden. Das Beste für den Patienten ist, was die beste Relation zwischen gesundheitlichem Nutzen und schädlicher, unerwünschter Nebenwirkungen aufweist. Das allein ist aber noch nicht sinnvoll. Zur Beurteilung der Sinnhaftigkeit muss diese Nutzen-/Schaden-Bilanz gemeinsam mit objektiven und subjektiven, ökonomischen und sozialen Faktoren abgewogen werden. Dies ist eine Abwägung der Verhältnismäßigkeit. Meistens wird diese Abwägung ziemlich

kompliziert sein, weil es um quantitative und qualitative Faktoren geht, die inkommensurabel sind, d. h. nicht im Entferntesten einen gemeinsamen Maßstab haben. In dieser Abwägung der Verhältnismäßigkeit ist daher zunächst die medizinische Kompetenz des Arztes gefordert, welche den qualitativen und quantitativen Nutzen ermitteln soll. Darüber hinaus ist eine starke moralische Kompetenz gefordert, weil die Verhältnismäßigkeitsabwägung immer auch ein Akt der Tugend der Klugheit ist.

Referenzen

- 1 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, J. H. Röll-Verlag, Dettelbach (1998), S. 165
- 2 ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, Philipp Reclam jun. Verlag, Stuttgart (1990), I, 1, 1904a, 1-3
- 3 RHONHEIMER M., *Perspektiven der Moral. Die philosophische Grundlegung der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 48ff
- 4 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 166ff
- 5 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 167
- 6 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 168
- 7 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 168
- 8 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 168
- 9 HENGSTENBERG H. E., *Philosophische Anthropologie*, Universitätsverlag Anton Pustet, München (1984), S. 61ff
- HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 178ff
- HÜNTELMANN R., *Der Abbruch ärztlicher Behandlung. Philosophische Anmerkung zur Intentionalität menschlichen Verhaltens*, Imago Hominis (1999); Bd. 6: S. 43-52
- 10 HENGSTENBERG H. E., *Grundlagen der Ethik*, Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg (1989), S. 82
- 11 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 179
- 12 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 187
- 13 HENGSTENBERG H. E., *Freiheit und Seinsordnung*, S. 188
- 14 HÜNTELMANN R., *Der Abbruch ärztlicher Behandlung. Philosophische Anmerkung zur Intentionalität menschlichen Verhaltens*, Imago Hominis (1999); Bd. 6: S. 46
- 15 HÜNTELMANN R., *Der Abbruch ärztlicher Behandlung. ...*, S. 46
- HENGSTENBERG H. E., *Grundlegung der Ethik*, Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg (1989), S. 95ff
- 16 HENGSTENBERG H. E., *Grundlegung der Ethik*, S. 106ff
- 17 HÜNTELMANN R., *Der Abbruch ärztlicher Behandlung. ...*, S. 47-48
- 18 HÜNTELMANN R., *Der Abbruch ärztlicher Behandlung. ...*, S. 48
- 19 HÜNTELMANN R., *Der Abbruch ärztlicher Behandlung. ...*, S. 49
- 20 PRAT E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, Imago Hominis (1999); 6: 11-31
- 21 PRAT E. H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung eines Zusammenhangs*, Imago Hominis (2000); 7: 206ff
- 22 D. h. es sind unter anderem alle Kosten einzubeziehen,

- einschließlich der Opportunitätskosten, d. h. jenen, die aus einer allfälligen Therapieunterlassung erwachsen würden.
- 23 LÜBBE W., *Veralltäglicung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin*, Ethik in der Medizin (2001); 13: 148-160
- 24 BREYER F., ZWEIFEL P., *Gesundheitsökonomie*, Springer Verlag, Berlin (1997), S. 19ff
- 25 LENZHOFFER R., PRAT E. H., *Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen. Eine Rechtfertigung*, Imago Hominis (1997); 4: 173-185
- 26 So muss z. B. überprüft werden, ob eine ins Auge gefasste Therapie – auch wenn sie theoretisch wirksam ist – bei dem jeweiligen Patienten praktisch noch zum Tragen kommen kann. Es gibt Behandlungsstrategien – insbesondere in der Präventivmedizin – die sich erst nach mehreren Jahren, z. B. auf die Überlebensrate, signifikant auswirken. Wenn diese Zeitspanne größer ist als die individuelle Lebenserwartung des Patienten, dann ist eine solche Therapie sinnlos (z. B. Cholesterinsenkung bei einem 80jährigen Patienten).
- 27 POPOW C., PRAT E. H., „Sinnhaftigkeit von Therapieentscheidungen in der Intensivneonatalogie“, Imago Hominis (2002); 9: 41-50
- 28 Vgl. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, *The initiation or withdrawal of treatment for high-risk newborns*, Pediatrics (1995); 96: 362-363
 AVERY G. B., *Futility considerations in the neonatal intensive care unit*, Semin Perinatol (1998); 22: 216-222
 BOS A. P., WALHOF C., VANDERVLUGT A., *No resuscitation and withdrawal of therapy in neonatal and pediatric intensive care units*, J Pediatr (1994); 124: 995-996
 BUCHANAN M. E., *Manslaughter or a legitimate parental decision? The Messenger case*, J Perinatol (1996); 16: 321-322
 DRUMMOND P., *Neonatal care. The costs of survival*, Health Serv J (1987); 97: 560
 FLETCHER J., *Abortion, euthanasia, and care of defective newborns*, N Engl J Med (1975); 292: 75-78
 GEDDES S., PACE N., HALLWORTH D., *Selectively withholding treatment from newborn babies*, Br J Hosp Med (1992); 47: 280-283
 HARRISON, H., *The messenger case*, J Perinatol (1996); 16: 299-301
 KODADEK M. P., *Cessation of treatment decisions for infants: the role of quality of life*, Nursingconnections (1996); 9: 40-47
 LANTOS J., *Overtreatment of neonates*, Pediatrics (1993); 91: 171
- LUCE J.M., FINK C., *Communicating with families about withholding and withdrawal of life support*, Chest (1992); 101: 1185-1186
- MCHAFFIE H. E., CUTTINI M., BRÖLZ-VOIT G., RANDAG L., MOUSTY R., DUGUET A. M., WENNERGREN B., BENCIOLINI P., *Withholding/withdrawing treatment from neonates: legislation and official guidelines across Europe*, J Med Ethics (1999); 25: 440-446
- MIMS J., CRISHAM P., *Health care management of children with cognitive and physical disabilities: to treat or not to treat*, J Neurosci Nurs (1996); 28: 238-241
- MORROW J., *MSJAMA: Making mortal decisions at the beginning of life: the case of impaired and imperiled infants*, JAMA (2000); 284: 1146-1147
- RICHARDS M. P., *Reflections on the withdrawal of treatment from newborn infants*, Early Hum Dev (1989); 18: 263-272
- SAMUELS A., *Born too soon and born imperfect: the legal aspects*, Med Sci Law (1998); 38: 57-61
- SCHLOMANN P., *Decision making and the vulnerable high-risk neonate: international perspectives*, J Perinat Neonatal Nurs (1992); 6: 57-63
- STRATHEARN L., GRAY P. H., O'CALLAGHAN F., WOOD D. O., *Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study*, Pediatrics (2001); 108: 142-151
- STREINER D. L., SAIGAL S., BURROWS E., STOSKOPF B., ROSENBAUM P., *Attitudes of parents and health care professionals toward active treatment of extremely premature infants*, Pediatrics (2001); 108: 152-157
- WEISS S. C., *MSJAMA: Parental decisions and physician responsibilities*, JAMA (2000); 284: 1142
- WYATT J. S., *Neonatal care: withholding or withdrawal of treatment in the newborn infant*, Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol (1999); 13: 503-511
- YU V. Y., *Ethical decision-making in newborn infants*, Acta Med Port (1997); 10: 197-204
- ZANER R. M., BLITON M. J., *Decisions in the NICU: the moral authority of parents*, Child Health Care (1991); 20: 19-25
- 29 RHONHEIMER M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis*, Akademie Verlag, Berlin (1994), S. 359
- 30 THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologiae*, II-II, q.47, a.8
- 31 THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologiae*, II-II, q.49
- 32 THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologiae*, II-II, q.47, a.9, ad. 2
- 33 PIEPER J., *Das Viergespänn. Klugheit – Gerechtigkeit – Tapferkeit – Maß*, Herder Verlag, Freiburg – Basel – Wien (1970), S. 34