Imago Hominis

BAND VI/Nr. 1 • 1999 • Preis ATS 120

EDITORIAL 5
AUS AKTUELLEM ANLASS
N.Auner
25 Jahre Fristenlösung: Die Diskussion ist neu
aufgeflammt7
SCHWERPUNKT
Behandlungsabbruch
E.H.Prat
Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die
Entscheidung über einen Behandlungsabbruch 11
DISKUSSIONSBEITRÄGE
M. Schlag
Zwei Spezialprobleme des Behandlungsabbruchs
im Licht des katholischen Lehramts
R. Hüntelmann
Philosophische Anmerkungen zur Intentionalität
menschlichen Verhaltens43
FALL
Behandlungsabbruch beim Patienten K 53
T. Gaudernak Kommentar zum Fall 56
DOKUMENTE
Evangelium Vitae (Auszüge)62
TAGUNGSBERICHT
Sterbebegleitung-nicht Sterbehilfe66
NACHRICHTEN 68
USA: Die Alternativmedizin breitet sich rasch aus
 Patienten suchen das Gespräch mit dem Arzt
* Neue Methode zur Gewinnung eines AIDS-Impf-
stoffes in Sicht * Anti-Raucherkampagne in GB
* El Salvador: Verfassungsänderung mit Recht auf
Leben ab der Empfängnis * Letzte Neuigkeiten
zum Thema Klonen * Italien novelliert das
Fortpflanzungsgesetz
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL
BUCHBESPRECHUNGEN
IMPRESSUM 83



DVR: 002987(017)





Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli Enrique H. Prat de la Riba

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn) Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien) Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien) Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien) Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien) Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien) Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien) Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien) Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg) Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien) Hugo RAINER (Onkologie, Wien) Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg) Gottfried ROTH (Neurologie, Wien) Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg) Dieter Schweizer (Genetik, Wien) Franz Seitelberger (Neuropathologie, Wien)

Das IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das IMABE-Institut veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.





er Umgang der Ärzte mit Sterbenden ist, geschichtlich gesehen, relativ neu. HIPPO-KRATES hatte seinen Schülern geraten, die Finger davon zu lassen, denn wo nichts mehr zu heilen war, hatte der Arzt auch nichts mehr zu suchen. Die Beschäftigung der Medizin mit den unheilbar Kranken und Sterbenden fällt erst in den Beginn des vorigen Jahrhunderts. Auch damals wurden gleich kritische Stimmen laut. Der Umgang mit den Leidenden führe nur allzu leicht zu einer ganz schlimmen Versuchung, nämlich dann, wenn man, um das Leiden zu beenden, den Leidenden selbst "beendet", das heißt tötet. Wäre erst einmal dieser Grenzbereich überschritten, dann wäre der Arzt der gefährlichste Mann im ganzen Lande. Dieser Rufer in der Wüste, HUFELAND, sollte recht behalten. Schon wenig später wurde die Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebens-unwertem Leben gemacht, die sich bis in unsere Tage fortsetzt.

Der Umgang mit Sterbenden hat in der christlichen Tradition schon immer einen besonderen Stellenwert erhalten. Es waren über viele Jahrhunderte hindurch nichtärztliche Personen, die sich in Hospizen oder Hospitälern dieser Aufgabe gewidmet haben. Das Sterben ist für den Menschen die letzte entscheidende Phase seines Lebens, an dessen Ende der Übergang in eine andere, bessere Wirklichkeit geschieht. Dem anderen in diesen so wesentlichen Momenten beizustehen ist eine liebevolle Pflicht und gleichzeitig die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit. Das Leben, so schön und aufregend es auch immer sein mag, hat nicht den letzten und höchsten Wert. Der Arzt muß im Lichte dieser Überlegungen seinen Umgang mit den unheilbar Kranken und Sterbenden abstimmen. Er kann sich dabei nicht so, wie in vergangen Zeiten auf ein bloßes "Begleiten" oder Beistehen zurückziehen, er hat die Aufgabe, sein Wissen und Können zumindest palliativ zum Einsatz zu bringen. Die Frage nach dem Behandlungsverzicht kann dabei nicht ausgeklammert werden. Wann sind medizinische Maßnahmen noch sinnvoll? Ab wann sind sie nur Belastung und keine Hilfe? Wann ist der Moment gekommen, in dem die gewollte Lebensverlängerung nur mehr ungewollte Sterbeverlängerung bedeutet? Der Fortschritt in der Intensivmedizin macht es den Ärzten nicht leicht, immer die richtigen Entscheidungen zu treffen. Sicher muß jeder einzelne Fall individuell entschieden werden. Allgemeine Kriterien können und müssen aber trotzdem erarbeitet werden, die es dem Arzt ermöglichen, in seinen Entscheidungen objektiv und nachvollziehbar zu sein. In schwierigen Entscheidungsmomenten spielen die Emotionen eine wichtige Rolle, sie dürfen aber nicht zum Alleinentscheider avancieren. Wer gewohnheitsmäßig aus dem "Bauch heraus" entscheidet, wird nur schwer die Gratwanderung zwischen therapeutischem Übereifer und Euthanasie gehen können.

Diese Entscheidungen werden immer komplizierter und setzen nicht nur hohe Sachkompetenz voraus, sondern auch – und das ist vielleicht nicht immer so gesehen worden – große ethische Kompetenz. Diese besteht in philosophisch-ethischer Bildung, im guten analytischen Vermögen betreffend ethischer Fragen, aber vor allem in der Tugend im Sinne von Aristoteles, bei erworbener, nicht angeborener Fertigkeit, Leichtigkeit und Geneigtheit, das sittlich Richtige zu tun. Seit Aristoteles gilt es als unumstritten, daß ethisches Wissen nicht genügt, um Gutes zu tun, und seit Paracelsus, daß der gute Arzt zuerst ein guter Mensch sein muß. Tugend ist unerläßlich.

Trotzdem ist auch in diffizilen Fragen ein theoretisches Ethik-Wissen notwendig. Entscheidungen rund um den Behandlungsabbruch können nur kompetent getroffen werden, wenn man sich mit der Problematik in Ruhe auseinandersetzt, und zwar bevor der Ernstfall eintritt. In diesem Zusammenhang scheint es uns sehr wichtig, klare Kriterien für einen möglichen Behandlungsverzicht zu erarbeiten, um der aufflammenden Euthanasiediskussion im deutschsprachigen Raum den Wind aus den Segeln zu nehmen. Denn mancher Ruf nach Zulassung der Tötung auf Verlangen ist Folge der Angst vor therapeutischem Übereifer, die schon jetzt, aber vielleicht in Zukunft noch stärker den Menschen "um die Möglichkeit eines natürlichen Todes bringt".

In dieser Nummer haben wir versucht, die Thematik des Behandlungsabbruchs anzuschneiden. Der Schwerpunkt befaßt sich zunächst ganz allgemein mit den ethischen Kriterien, die beim Behandlungsabbruch zum Tra-

gen kommen, und im besonderen mit der Rolle der Verhältnismäßigkeit. Es wird ja immer wieder behauptet, daß keine Pflicht bestünde, außerordentliche Mittel anzuwenden, wobei die Festlegung von "außerordentlich" eine Frage der Verhältnismäßigkeit ist. Offen bleiben dabei bestimmt noch viele Faktoren, die in der konkreten Situation mit eine Rolle spielen, offen bleibt auch, wie man mit der Verhältnismäßigkeit umzugehen hat. Der Aufsatz will dazu viele Gedankenanstöße geben. M. SCHLAG und R. HÜNTELMANN bringen Diskussionsbeiträge aus theologischer bzw. philosophischer Sicht. Ihre Standpunkte sind nicht deckungsgleich und spiegeln die Komplexität des gesamten Fragenbereiches wider. Seit Jahren schon ist die Diskussion im Gange, ein Konsens ist nicht in Sicht. Jedenfalls ist ein Dialog nötig.

Die Herausgeber

Seite 6 Band VI/Nr. 1

AUS AKTUFLIEM ANIASS

25 Jahre Fristenlösung: Die Diskussion ist neu aufgeflammt

Notburga AUNER

ie medialen Diskussionen rund um die Einführung der Abtreibungspille Mifegyne, ehemals RU-486, haben einen neuen Höhepunkt erreicht. Mann und Frau melden sich zu Wort und legen ihre Meinungen dar. Die Pille wird oft als die "humanere" Lösung für den Fall angepriesen, daß sich eine unerwünschte Schwangerschaft eingestellt haben sollte. Parallel dazu hat ein erstes Spital in Österreich das entsprechende Präparat angefordert und diese Tatsache, ebenfalls medienunterstützt, der Allgemeinheit mitgeteilt1. Überraschend schnell haben nun auch die Österreicher die Möglichkeit, mit Hilfe von Mifegyne abzutreiben. Erst im Herbst wurde - angeblich durch eine Indiskretion - die Diskussion angeheizt. Alle offiziellen Stellen waren entweder zu keiner Stellungnahme bereit oder beschwichtigten die erhitzten Gemüter, indem immer wieder darauf hingewiesen wurde, daß kein Antrag vorliege. Wenige Wochen später ist die Entwicklung bereits gelaufen. Die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erstellt ein Manifest und fordert die bundesweite Einführung der neuen Methode. Aus ihrer Sicht "handelt es sich (...) um eine Variante" (des Schwangerschaftsabbruchs), "die wünschenswerte Verbesserungen im Sinne der Gesundheit der Frau vorweisen kann."2 Es ist nunmehr zu erwarten, daß nach einer "Probezeit", nicht nur ein Provinzspital, sondern auch alle anderen Krankenhäuser mit gynäkologischen Abteilungen in Österreich nachziehen werden, und alle Frauen in die Vorzüge der "sanften" Abtreibungspille kommen. Erwartungen, daß diese Entwicklung in unserem Land aufgehalten werden könnte, haben sich nicht erfüllt.3

Es gibt aber viele Menschen, die davon überzeugt sind, daß die Abtreibung, sooft sie auch vollzogen werden könnte, in keinem Fall eine wirkliche Lösung darstellt. Es sind Menschen, die ihrer Vernunft und ihren Sinnen folgend, mit Kopf und Herz verstehen, daß das Leben ein unantastbares Gut darstellt, das ihnen anvertraut wurde

Es ist erfreulich, daß in der Diskussion der letzten Monate immer häufiger auch klargestellt wird, daß der menschliche Embryo von allem Anfang an menschliches Leben ist. Die Versuche, das Menschsein des jungen Embryos in Zweifel zu ziehen, sind letztlich nicht mehr haltbar. Es ist klar, daß sie bestimmten Ideologien entspringen, denn der Embryo ist Mensch von Anfang an.4 Wissenschaftlich gesehen zählen die Erkenntnisse und Entdeckungen, die über den Beginn des menschlichen Daseins gemacht worden sind, zu den faszinierendsten, die unser Jahrhundert aufzuweisen hat. Zur selben Zeit ist aber auch erstaunlich, wie Machbarkeitsdenken und egozentrischer Utilitarismus bestimmte Wissenschaftler korrumpieren können. Dasselbe Wissen, das den einen zum begeisterten Erstaunen und "ehrfürchtigen Kniefall" bewegt, führt den anderen dazu, sich Macht anzueignen. So "edelmütig" die Motive auch sind, es ist wiederum die Herrschaft der einen über die anderen, eine weitere Spielart der "Bourgeoisie". Selbst Ungeborene werden zu Bedrohern und werden aus diesem Grund auch bekämpft. Dabei hilft es auch wenig, wenn von allen Seiten immer wieder betont wird, daß die Abtreibung wohl die schlechteste Form der Geburtenregelung oder, wie manchmal auch formuliert wird, der Empfängnisver-

Image Hominis

hütung darstelle. Wer sagt, man müsse sie wohl oder übel in Kauf nehmen, geht bereits einen Kompromiß ein, und zwar auf Kosten eines anderen Menschen.

Die Empfängnisverhütung, so heißt es immer wieder, ist das beste Mittel, um die Abtreibung einzudämmen. Man macht sogar indirekt die katholische Kirche dafür verantwortlich, daß immer noch abgetrieben wird, weil sich diese nach wie vor vehement weigert, bestimmte Formen der Empfängnisregelung abzusegnen. Tatsache ist, daß in den letzten Jahren soviel verhütet wurde wie noch nie, was sich in einem drastischen Geburtenrückgang ausgewirkt hat. Die Zahl der Abtreibungen hingegen ist keineswegs zurückgegangen. Eindeutige Beweise dafür fehlen natürlich, weil keine offiziellen Zahlen vorliegen und die Abtreibungsbefürworter keinerlei Interesse daran haben, eine Statistik zu erstellen, was für sie nicht gerade vorteilhaft wäre. Die Empfängnisverhütung wird sich in Zukunft wohl kaum mehr den "guten" Ruf als Abtreibungseindämmer halten können.

Die Debatte bringt die ungeschminkte Tatsache ans Licht, daß es sich hier um eine Grundsatzfrage handelt, die selbst vor dem Privatleben nicht halt macht. Menschen tragen eben füreinander Verantwortung und werden zur Verantwortung gezogen. Es ist unsinnig anzunehmen, diese Verantwortung würde plötzlich vor dem Bereich der Sexualität und der Weitergabe des Lebens halt machen. Der Versuch, bestimmte Sphären aus dem Einflußbereich von Ethik und Moral auszugrenzen, führt ohne Zweifel immer zur Inkonsequenz. Zerrissenheit und inneres Gespaltensein werden nur kurze Zeit toleriert. Hier findet sich ein Grund für die emotionale Heftigkeit, mit der die Debatte zuweilen geführt wird.

Auffallend oft wird versucht, kompromißlosen Befürwortern des Lebens Redeverbot zu erteilen. Die gesetzliche Fristenlösung wird zum Tabu erklärt. Ein Gesetz, das bereits seit 25 Jahren in Kraft sei, dürfe wohl nicht in Frage

gestellt werden. Diese Stimmen verraten nicht gerade Demokratiereife. Im Gegensatz zur Diktatur zeigt die Demokratie die Fähigkeit, sich ständig zu hinterfragen. Darin liegt auch ihre Stärke. Wesenszug der Diktatur ist die Versteinerung der Regelungen. Die Foderung eines Diskussionsverbotes über die Fristenlösung entspricht praktisch einem Mangel an Demokratieverständnis.

Es scheint der Mühe wert, sich ein paar Gedanken über die Regelung zu machen und Ungereimtheiten anzusprechen.

Die Fristenlösung rüttelt grundsätzlich nicht am Verbot der Tötung eines Ungeborenen, sie stellt jedoch die Tat innerhalb einer bestimmten Frist ohne Angabe irgendwelcher Motive straffrei. Nach Ablauf dieser Frist wird dieselbe Tat unter Strafandrohung verboten. Nun wird mancherorts diese Frist in Frage gestellt mit der Begründung, daß Mifegyne (bis zum 49. Tag der Schwangerschaft gesetzlich zugelassen) in einer viel kürzeren Zeit sicher wirkt. Die Frau und alle, die ihr beratend zur Seite stehen, sollten also viel schneller agieren. Grundsätzlich ist es begrüßenswert, daß diese Frage aufgeworfen wird, und es wäre ebenso wahrscheinlich ein kleineres Übel, wenn es in der Folge zu einer Kürzung der gesetzlichen Frist käme. Inkonsequent jedoch bleibt die Regelung. Der australische Ethiker P. Singer hat zur Prämisse die logische Schlußfolgerung gezogen, für die er auch vehement eintritt: Wer einen Embryo mit 12 Wochen töten darf, der kann auch ein Neugeborenes umbringen. Es gibt keine triftigen Gründe dafür, die im einen Fall die Tötung erlauben und im anderen Fall untersagen können. Für ihn sind die Interessen abzuwägen: Wenn die Interessen der Eltern schwerer wiegen, dann haben die Interessen des unfertigen Menschenkindes, ohne Bewußtsein oder entwickelten Intellekt, nicht genügend Gegengewicht. Es fehlen wirkliche, einsichtige Gründe für eine gesetzliche Fristenlösung. Nachdenklich stimmt es, daß in 25 Jahren keine entwickelt wurden. Die Überlegungen ha-

Seite 8

Aus aktuellem Anlass Imago Hominis

ben, wie oben angeführt, den gegensätzlichen Weg eingeschlagen.

Wer die Fristenlösung anzweifelt, sieht sich dem starken Vorwurf ausgesetzt, frauenfeindlich und unbarmherzig zu sein, nämlich Strafe für Unschuldige zu verlangen. Hier mag eine grundsätzliche Überlegung zur Klärung dienen. Es ist gut und unverzichtbar für jede Gemeinschaft, wenn wichtige Rechtsgüter unter dem Schutz des Gesetzes stehen und potentielle Täter durch eine angedrohte Sanktion abgehalten werden. Tede Gemeinschaft stellt Regelungen auf und weiß gleichzeitig dabei, daß auf diese Art wohl kein Verbrechen ausgerottet werden kann. Dennoch ist die Aufstellung von Gesetzen nicht nur legitim, sondern auch gut für die ganze Gemeinschaft. Sie tragen nicht bloß zum ruhigeren und geordneteren Zusammenleben bei, sondern leisten auch eine wirksame Hilfe bei der Gewissensbildung ihrer Mitglieder. Eine angedrohte Strafe schützt vor Fehltritten. Muß eine Strafe verbüßt werden. weil die verbotene Tat begangen wurde, treten zwei weitere Elemente in Kraft: Die Sanktion ist einerseits ein "Übel", das dem Täter zugefügt wird, andererseits aber auch ein "Gut". Sie hilft ihm, sein Unrecht einzusehen und gibt ihm Gelegenheit, gegenüber der Gemeinschaft zu sühnen. Strafe kann auch heilsam sein. Das wissen im Grunde auch die Befürworter der Fristenlösung, denn sonst würden sie sich gar nicht für eine Begrenzung der Frist einsetzen, egal, wie lang diese Frist auch sein mag. Nach abgelaufener Frist wird sanktioniert.

Vor 25 Jahren haben die Befürworter der Fristenlösung das Motto geprägt: "Helfen statt strafen". In der heutigen Diskussion steht es noch immer an der Spitze der Schlagworte: Damit sind die Abtreibungsbefürworter unglaubwürdig geworden. Ihr Versprechen haben sie nicht eingelöst: Die Strafe wurde abgeschafft, die Hilfe aber blieb aus. Das Angebot heute ist eine neue Form der Abtreibung, eine "sanftere", bei der die Mutter über Tage hin-

durch die Ausstoßung der Leibesfrucht bewußt erlebt. Wirksame Hilfsmaßnahmen haben nur die Kirche und einige Organisationen gesetzt, indem Initiativen ins Leben gerufen wurden, die der echten Verhinderung der Abtreibung dienen. Nur solche "Angebote" sind in der Lage, Frauen in Notsituationen die Möglichkeit zu schenken, sich doch für ihr Kind zu entscheiden

Kompromisslose Befürworter des Lebens werden oft als aggressiv und radikal hingestellt. Allein ihre Gegenwart muß auf einen bestimmten Personenkreis bedrohlich wirken. Daß das Bild, das in den Medien gezeichnet wird, einseitig ist, durchschauen viele. Noch weniger bekannt gemacht wird der tatkräftige Einsatz, der geleistet wird. Lange schon ist klar, daß es nicht reicht zu verbieten oder gute Ratschläge zu geben. An vielen Orten wird aktiv gehandelt: Lösungen für die Nöte der Frauen oder Familien werden gesucht. Wo ein Wille, da ist auch ein Weg. Ungenannt bleibt die große Freude über die Geburt von Kindern, die sich schon von allem Anfang an den Weg haben bahnen müssen. Ungenannt bleibt auch gezwungenermaßen das viele Gute, das durch diese Menschen im Laufe ihres Lebens geschehen wird.

Dr.Notburga AUNER IMABE-Institut Landstraßer Haupstraße 4/13 A–1030 Wien

Referenzen

- In einem Fax des Krankenhauses Korneuburg an alle niedergelassenen Gynäkologen wurde eine Fachinformation über das Präparat Mifegyne gegeben und die Einrichtung des Telefondienstes angekündigt, der ausschließlich Anmeldungen entgegennimmt.
- 2. Vgl. Stellungnahme der ÖGGG zur Mifegyne
- Vgl. RU 486 und Österreich Geschichte eines Rückziehers, E. M. CECH, in Imago Hominis 4/98, S. 237 f.
- Vgl. Der Status des Embryo, IMABE-Institut, Fassbaender, Wien, 1989.



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 Umständen 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 iene 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:

- 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

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 iemals eine autonome und selbständige Lebenstendenz 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

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 verschiedenes 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 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 Spezifizität 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 erfast 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 fortdauert, 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 singulär-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 ieder 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 Ari-STOTELES hat THOMAS VON AOUIN 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 ieder 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 (Mitteleinsatz) 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 Faktoreneinsatz gegen Wirkungserwartungen abwägen. Aus diesem Grund und darüber hinaus, weil dabei heterogene Dimensionen und nicht meßbare Qualitäten miteinanabgewogen werden müssen, ist die Feststellung der Verhältnismäßigkeit allemal eine Gewissens- und Klugheitsentscheidung. Ex-post-Verhälnismäßigkeitsbeurteilung 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 Erfahrungsbeobachtungen 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 Handlungsresultaten und ihren Wahrscheinlichkeiten und den äußeren Wahrscheinlichkeiten, dem Sich-Verlassen auf die äußerliche Kalkulation von "objektiven" Wahrscheinlichkeiten unterscheiden²⁹. 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 Nutzensungewißheit, 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.

Seite 22 Band VI/Nr. 1

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, rechtfertig 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 äu-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

Seite 24 Band VI/Nr. 1

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 Lebensprozes 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.

Seite 26

Auch in den europäischen Ländern wird unter dem Druck der Kostensteigerung im Gesundheitswesen bereits die Frage konkret aufgeworfen, ob immer und in iedem Fall iegliche 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 nächstgelegen 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 Sozialversorgungskassa 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 gewissem 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 Pati-

- enten 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 Oualitäten 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

- 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
- SPAEMANN R., Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen in THOMAS H. (Hrsg.), Menschlichkeit der Medizin, BusseSeewald, Stuttgart, 1993, 261.
- vgl. Thomas H., Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert, Ethik Med., (1993), 5:70-80; und MULLER 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 Abtreibungsund 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.
- 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 Mo-

- raltheologie für die Handlung mit Doppeleffekt, 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.
- 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 Sterbeverlängerung doch getroffen wird, weil für den Patienten die erhoffte Verschiebung des Todeszeitpunktes aus religiösen, familiären oder sonst persönlichen Gründen von großer Bedeutung wäre.
- 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 Futitlity, JAMA 260, 1990, 2094-95; SCHNEIDERMANN 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.
- PIEPER J., Das Viergespann. Klugheit Gerechtigkeit Tapferkeit – Maß, Herder, Freiburg-Basel-Wien, 1970, 25.
- RHONHEIMER M., Die praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis, Akademie Verlag, Berlin, 1994, 383 ff.
- PIEPER J., Die Wirklichkeit und das Gute, Kösel-Verlag, München, 7. Auflage 1963, 73.
- 17. RHONHEIMER M., Die praktische Vernunft ... 335.
- PIEPER J., Das Viergespann, Herder-Verlag, München 1964, 16-20.
- vgl. auch PIEPER J., Die Wirklichkeit und das Gute, Kösel-Verlag, München, 3. Auflage 1949, 76; und Tho-MAS V. AQUIN, Summa Theologica I-II, q.64, a 3.
- PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., The Virtues in Medical Practice, Oxford University Press, New York 1993, 84-91 und BERESFORD E.B., Uncertainity 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. AOUIN, Summa Theologica II-II, q.49.
- 23. Thomas v.Aquin, Summa Theologica II-II, q.47, a.9, ad, 2.
- PIEPER J., Das Viergespann Herder-Verlag, München 1964, 34.
- 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.
- 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.
- 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.
- SCHNEIDERMANN L.J., et al., Medical Futility: 1st Meaning and Ethical Implications; Annals of Internal Medicine (1990)112:949-954.
- THOMAS H., Das Frankfurter Oberlandesgericht unterspült 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., Ärtzliche Auklärungspflicht und Haftung. Springer, Wien 1998, 34.
- 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.
- GAFGEN G., Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen, Nomos Verlaggesellschaft, Baden-Baden, 1990, 231 - 259.
- 36. Breyer F. u. Zweifel P., Gesundheitsökonomie, Springer, 1997, 19 ff.
- LENZHOFER R., PRAT E.H., Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen. Eine Rechtfertigung, Imago Hominis 3/97, 173-185.
- Vgl. dazu die Unterscheidung zwischen innerer und äußerer Wahrscheinlichkeit im Abschnitt 3.1. und auf Fußnote 29.

DISKUSSIONSBEITRAG

Zwei Spezialprobleme des Behandlungsabbruchs im Licht des katholischen Lehramts

Martin Schlag

ZUSAMMENFASSUNG

Maßnahmen zur Lebensverlängerung dürfen unterlassen werden, wenn sie unverhältnismäßig sind. Unter Umständen besteht sogar die Pflicht, eine Behandlung abzubrechen ("therapeutischer Übereifer"). Da es sich um die Begrenzung eines positiven Gebots (Lebenserhaltung) handelt, spielt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit hier eine besondere Rolle. Zwei Spezialprobleme werden untersucht: Das Auftreten einer heilbaren Krankheit während der Sterbephase und die künstliche Ernährung eines komatösen Patienten. Die Menschenwürde verlangt vom Arzt und vom Mitmenschen im allgemeinen jene minimale Pflege, die einem Sterbenden entgegengebracht wird: Ernährung, Wasser, Krankenbett, Wärme, Hygiene, etc. Die Gewährung dieser Pflege ist unverzichtbarer Ausdruck unserer Anerkennung des Kranken als Person, die um ihrer selbst willen geliebt werden muß.

Schlüsselwörter: Verhältnismäßigkeit, Behandlungsabbruch, Sterbephase, künstliche Ernährung

ABSTRACT

It is licit to discontinue medical procedures that are disproportionate. In certain circumstances it may even be obligatory to do so ("over-zealous treatment"). As we are trying to define the limits of a positive duty (preservation of life), the criterion of proportion acquires specific significance in this context. We will analyze two special problems: the occurence of an additional treatable ailment during the terminal stage of an illness, and nutrition of the comatose patient. Human dignity requires that appropriate care be provided for the sick even if they are incurable: nutrition, hydration, bed, warmth, hygiene, etc. Thereby we recognize the incurably sick as persons whom we have to love as an end in themselves.

Keywords: Proportion, discontinuing medical treatment, terminal illness, medically assisted nutrition

Anschrift des Autors: DDr. Martin Schlag, Università Pontificia della Santa Croce Piazza dei Sant'Appolinare 49, I-00186 Roma Imago Hominis

1. Grundsätze hinsichtlich der Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen zur Lebensverlängerung

So wie es unsittlich und unchristlich ist zu töten, d.h. die unbedingte Annahme des Lebens in Frage zu stellen, ebenso unsittlich ist es, die Annahme des Todes zu verweigern, d.h. den Eintritt des unvermeidlichen Todes mit unverhältnismäßigen Mitteln verhindern zu wollen. Die Enzyklika Evangelium Vitae1 bezeichnet diese Haltung als "therapeutischen Übereifer" (vehementia therapeutica2): "bestimmte ärztliche Eingriffe, die der tatsächlichen Situation des Kranken nicht mehr angemessen sind, weil sie in keinem Verhältnis zu den erhofften Ergebnissen stehen, oder auch, weil sie für ihn und seine Familie zu beschwerlich sind." Oder in einer Kurzdefinition: "außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel." Der Verzicht darauf "ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird."3

Die Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens ist zulässig, auch wenn sicher feststeht, daß der Tod daraufhin eintreten wird. Diese Handlung stellt keine Euthanasie dar, weil es sich um einen Fall indirekter Intentionalität handelt: Gewollt wird nicht die Tötung, sondern die Annahme des Todes⁴. Auch in dieser Frage wird vom Handlungsobjekt ausgegangen und nicht vom Motiv der Tat.

Die Problematik des therapeutischen Übereifers muß in erster Linie aus dem Blickwinkel eines positiven Gebotes gesehen werden, und zwar aus dem Gebot der Lebenserhaltung⁵. Was begrenzt werden muß, ist ja in diesem Fall nicht der Tötungsvorsatz, der in sich schlecht ist, sondern vielmehr sein Gegenteil: der Wunsch, das Leben zu erhalten, was dem genannten positiven Gebot entspricht. Als positives Gebot kennt es jedoch, anders als die negativen Verbote, nicht allgemeingültige, von den Umständen

unabhängige, zeitlos unveränderliche Formulierungen, sondern seine Anwendung bezieht sich vielmehr stets auf einen bestimmten Fall, in dessen Umständen entschieden werden muß, unter welchen Opfern, wie lange, zu welchem Preis etc. das menschliche Leben zu erhalten ist. Wie allen positiven Geboten entsprechen der positiven Pflicht zur Lebenserhaltung viele verschiedene Verhaltensweisen; daher gibt es in den Einzelfällen viele verschiedene Antworten⁶. Abstrakt gesehen besteht die Antwort in der Verhältnismäßigkeit zwischen Eingriff und Situation. Deshalb spielt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit hier eine über die Regeln des voluntarium indirectum hinausgehende Rolle.

Aus ihrem Charakter als positives Gebot leitet sich auch eine weitere Eigenschaft der Pflicht zur Lebenserhaltung ab: Sie gilt nicht unbegrenzt, sondern sie kennt eine Obergrenze. Wird diese überschritten, verändert sich die sittliche Natur der Handlung: Aus Lebenserhaltung wird vehementia therapeutica. An dieser Grenze schlägt die positive Handlungspflicht in eine Unterlassungspflicht bzw. ein Verbot um. Ab einem hohen Grad an Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme ist der Verzicht darauf nicht nur zulässig, sondern sogar verpflichtend. Die Enzyklika tut diesen Schritt nicht ausdrücklich, sondern stellt nur die Zulässigkeit des Verzichts fest. Doch lassen sich die Aussagen von *Evangelium Vitae* gemäß der allgemeinen Tugendlehre zu Ende denken: Die gute Handlung, die Tugend, ist ein Höhepunkt zwischen zwei Extremen. Die Lehre der Enzyklika zur Euthanasie bezweckt dies: Es geht sowohl darum, die Macht auszuräumen, den Tod direkt herbeizuführen, d.h. zu töten, als auch den Todeszeitpunkt durch eine Art "biologische Tyrannis" hinauszuzögern (therapeutischer Übereifer), was die Menschenwürde ebenfalls verletzt7.

Wichtig ist es jedenfalls festzuhalten, daß *nie* das Leben des Patienten als solches abgewogen oder bewertet wird. Es kommt nicht darauf an, ob der Patient oder der Dritte das Leben für le-

Seite 34 Band VI/Nr. 1

benswert oder nicht erachtet. Das Leben als solches ist inkommensurabel: Der Mensch hat Würde, nicht Wert. Sein Leben kann daher nicht in anderen Größen wie etwa Vergnügen. Geld. Selbstverwirklichung etc. bewertet und bemessen werden. Das Leben selbst entzieht sich einer Abwägung. Was abgewogen wird, sind immer die Mittel im Bezug auf dieses Leben. Es muß festgestellt werden, ob ein medizinischer Eingriff in einer bestimmten Situation eine unverhältnismäßige Belastung bedeutet, wenn man die Gesamtverfassung der Person berücksichtigt. Zu dieser Gesamtverfassung gehören die physische und psychische Belastungsfähigkeit des Patienten und seiner Familie und vor allem auch die Patientenautonomie, d.h. der Wille des Sterbenden und seiner Angehörigen. Es müssen aber auch die jeweils konkret zur Verfügung stehenden medizinisch-technischen und finanziellen Mittel kalkuliert werden Dieses Problem stellt sich immer dann. wenn über die Verteilung knapper Ressourcen entschieden werden muß, z.B. wenn einer begrenzten Anzahl von Intensivstationplätzen eine größere Zahl an Patienten gegenübersteht. In diesem Fall muß entschieden werden, welche Patienten aufgenommen und welche abgewiesen und damit ihrem Schicksal überlassen werden. Die Entscheidung in diesen Fällen ist schwer und schmerzlich: Es muß nämlich nicht nur die Verhältnismäßigkeit im jeweiligen Einzelfall festgestellt werden, sondern auch die Relation zwischen den einzelnen Patienten. Für einige Autoren besteht diese schwierige Abwägung im Verhältnis zwischen dem "Wert des Lebens" oder der "Lebensqualität" der todkranken Person und den zur Lebensverlängerung erforderlichen Mitteln8. Dies setzt voraus, daß das Leben als solches einer Bewertung zugänglich wäre, was aber nicht zutrifft. Bewertet werden können die Heilungsaussicht, die Belastung, die familiäre Situation (z.B. Sorgepflichten), etc. Zur Lösung dieser schwierigen sanitätsökonomischen Probleme muß also zunächst jeder Einzelfall für sich beurteilt und die Verhältnismäßigkeit oder Unverhältnismäßigkeit eines Eingriffs in der konkreten Situation festgestellt werden. Ie nach dieser Verhältnismäßigkeit muß eine Reihung der Patienten vorgenommen werden. Dadurch ist auch ein Vergleich zwischen den einzelnen Patienten unvermeidhar. aber nicht deren Leben oder Person werden gegen einander abgewogen, sondern die ieweilige Verhältnismäßigkeit des konkret notwendigen Eingriffs. Dazu gehört, wie gesagt, auch die familiäre Situation, d.h. es kann sein, daß einem Eingriff mit geringer Erfolgsaussicht bei einem Familienvater mit mehrfacher Sorgepflicht der Vorzug zu geben ist vor einem Eingriff mit relativ größerer Erfolgsaussicht bei einer ledigen Person. Dies jedoch nicht, weil eine Person "wertvoller" wäre als die andere, sondern weil die Verhältnismäßigkeit der jeweiligen Eingriffe verschieden ist: Verglichen werden nicht zwei Leben, sondern zwei Relationen.

Hier wird an etwas angeknüpft, was bereits weiter oben angesprochen wurde: Ab einem bestimmten, hohen Grad an Unverhältnismäßigkeit schlägt die Zulässigkeit der Unterlassung dieser Maßnahmen in die Pflicht zu ihrer Unterlassung um. Patientenautonomie und damit das Recht, lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen oder sie zu verlangen, sind nicht gleichbedeutend mit dem Recht, den eigenen Todeszeitpunkt zu bestimmen. Es wäre z.B. unsittlich, große Summen des Sanitätshaushaltes, Apparate und Personal, die das Leben anderer retten könnten etc., dafür zu beanspruchen, das eigene bereits erloschene Leben um Stunden oder Tage zu verlängern. Die Medizin dient der Person in ihrer körperlichen Dimension, aber nicht dem isolierten biologisch-technischen Apparat "Mensch"9. Jede therapeutische Entscheidung ist daher immer eine Entscheidung, die die Person betrifft und somit eine ethische Wahl. Das ethische Kriterium kommt nicht von außen nachträglich zum medizinischen Urteil hinzu, sondern es ist von vornherein ein originär medizinisches Kriterium. Um wirklich medizinisch korrekt zu sein, muß die

Imago Hominis Diskussionsbeitrac

medizinische Entscheidung ethisch korrekt sein. Die Ethik ist konstitutiv für die Medizin, insofern sie praktische Wissenschaft ist. Beim konkret vorliegenden Problem hat die Medizin zwei Grenzen zu beachten: Wo anderen geschadet wird, darf man den eigenen Tod nicht mit völlig unverhältnismäßigen Mitteln zu verhindern trachten. Dies käme einem verzweifelten Festklammern am Leben und der Negation der Annahme des Todes gleich.

Im Rahmen dieser Arbeit ist jedoch das andere Extrem von größerer Bewandtnis: Maßnahmen der Lebensverlängerung dürfen nicht unterlassen werden, wenn diese Unterlassung Mord bzw. Selbstmord wäre. Theoretisch ist diese Grenze relativ leicht zu ziehen: Richtet sich der Vorsatz nicht auf die Annahme, sondern auf die Herbeiführung des Todes, ist sie überschritten, und die Handlung ist als Euthanasie unzulässig. Dieser Vorsatz äußert sich objektiv in der Verhältnismäßigkeit des erforderlichen Eingriffs: Ist dieser so verhältnismäßig einfach, daß von der "Annahme des unausweichlichen Todes" nicht die Rede sein kann, liegt Euthanasie vor; im gegenteiligen Fall nicht. In der Praxis ist die Grenzziehung alles andere als einfach. Es läßt sich fast nie mit letzter Sicherheit sagen, ob ein Eingriff nun verhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist bzw. war. Der Patient, seine Angehörigen und der Arzt verfügen in dieser Frage über einen relativ breiten Entscheidungs- und Ermessensspielraum, was auch bewirkt, daß gleichgelagerte Fälle durchaus verschieden beurteilt und gelöst werden können: Was für eine Person verhältnismäßig ist, belastet eine andere zu sehr. Diese "Bewertungsunschärfe" und Unvorhersehbarkeit des jeweils ethisch korrekten Verhaltens ergibt sich auch aus dem Prinzip der Patientenautonomie. Aus mehreren Gründen obliegt es dem Patienten, frei und autonom zu bestimmen, welche Maßnahmen für ihn oder sie verhältnismäßig sind und welche nicht. Dies beruht zunächst auf dem medizin-ethischen Grundsatz, daß der Arzt nur jene Rechte besitzt, die der Patient ihm ausdrücklich oder stillschweigend überträgt¹⁰. Angelegenheiten der eigenen Gesundheit fallen primär in den Verantwortungsbereich der erwachsenen, ihrer selbst mächtigen Person. Der Arzt wird seiner Verantwortung, helfend und heilend zu unterstützen, am besten dadurch gerecht, daß er die primäre Verantwortung anerkennt.

Darüberhinaus weiß der Patient selbst am besten, wann ein Eingriff für ihn zu belastend ist und welche Pflichten er gegenüber seiner Familie zu erfüllen hat. Es gibt Verpflichtungen, die die Pflicht zur Wiederherstellung der Gesundheit einschränken oder modifizieren können: Krankheit oder geringe Belastbarkeit der Angehörigen, die ökonomische Situation der Familie, etc. Diese kann der Patient selbst am besten einschätzen und so hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit einer Therapie urteilen¹¹. Allerdings stößt diese Autonomie an Grenzen: einerseits die sinnlose, unverhältnismäßige Lebensverlängerung zum groben Schaden anderer, andererseits die moralische oder physikalische Selbstzerstörung, wenn die Belastung durch einen Eingriff objektiv so gering ist, daß der Unterlassungswunsch nichts anderes sein kann als der objektive Ausdruck eines Tötungsvorsatzes. Der Eingriff ist diesfalls objektiv so verhältnismäßig, daß der Sterbewunsch krankhaft ist. Das kann etwa der Fall sein, wenn er auf einer irrationalen, unbegründeten Angst vor einer Infusion, einem Medikament etc. beruht. Meist können diese Schwierigkeiten im Gespräch, mit psychologischer und seelsorglicher Hilfe überwunden werden. Sollte dies jedoch nicht möglich sein, ist der Arzt m.E. in diesen Fällen auch gegen den ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten zur Lebensrettung berechtigt und verpflichtet. Der Arzt kann sich nicht mit der Selbstmordabsicht des Patienten rechtfertigen, sondern ist zum Eingriff verpflichtet, wenn dieser zur Lebensrettung notwendig und so geringfügig ist, daß eine ernstzunehmende Belastung gar nicht in Frage kommt. Anders als der

Seite 36 Band VI/Nr. 1

gerechtfertigte Wunsch, den unvermeidlichen Tod anzunehmen und in Würde zu sterben. verlangt der Selbsttötungsvorsatz uns keinen Respekt und keine Achtung ab, Freilich muß mit dieser Frage sehr behutsam umgegangen werden, steht ja die Patientenautonomie und damit eine Grundlage medizinischen Tätigwerdens auf dem Spiel. Ist die suizidale Absicht einer Behandlungsverweigerung nicht klar, kann und muß dem Patientenwunsch entsprochen werden, weil gerade in diesen Zweifelsfällen der Patient zur Entscheidung berufen ist. Der Arzt ist auch nicht verpflichtet. Nachforschungen anzustellen, sondern kann es beim Wunsch des Sterbenden bewenden lassen. Etwas anderes ist es jedoch, wenn die Selbstmordabsicht geäußert wird oder ersichtlich ist: In diesen Fällen eindeutiger Verhältnismäßigkeit des Eingriffs stellt die vorsätzliche Unterlassung der Lebensverlängerung direkte und daher unzulässige (passive) Euthanasie dar. 12.

2. Zwei Spezialprobleme

a) Das Auftreten einer heilbaren Krankheit während der Sterbephase

In diesem Zusammenhang stellen sich zwei Sonderprobleme hinsichtlich der Abgrenzung des moralischen Objekts Euthanasie und damit auch der Zulässigkeit der betreffenden Handlung. Das erste betrifft das Auftreten einer an sich heilbaren Krankheit (z.B. Lungenentzündung), die zur terminalen Phase einer schmerzhaften tödlichen Krankheit hinzukommt. Wenn in diesem Fall nicht eingegriffen wird, tritt der Tod schneller ein. Es fragt sich, ob diese Unterlassung zulässig ist, oder nicht vielmehr direkte Euthanasie darstellt. Verschiedene Lösungen werden vertreten. Einerseits sei zu bedenken, daß die hinzukommende Krankheit, auch wenn sie leicht heilbar sein sollte, in ganz besonderen Umständen auftritt und daher nicht mit dem gleichen pathologischen Phänomen in einer gesunden Person verglichen werden kann. Die Abwehr der Lungenentzündung, um beim Beispiel zu bleiben, würde den Sterbeprozeß verlängern bzw. in seiner ursprünglichen Länge wiederherstellen, aber ihre "Heilung" könnte die Gesundheit im eigentlichen Sinn nicht zurückgeben: Es wäre eine Heilung ohne Sinn. Gemäß diesem Ansatz wäre die Unterlassung der Heilung der hinzukommenden Krankheit zulässig¹³.

Andererseits kann dagegen eingewendet werden, daß es bei der Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen der Lebensverlängerung nie darum geht, die Gesundheit wiederherzustellen oder Eingriffe vorzunehmen, die im Hinblick auf eine Heilung sinnvoll wären. Es liegt ein irreversibler Sterbeprozeß vor, und insofern sind alle Massnahmen "sinnlos": Der Tod ist jedenfalls nicht mehr zu verhindern. Es geht darum, gemäß den genannten Kriterien festzustellen, ob ein bestimmter Eingriff in einer konkreten Situation zu belastend und daher unverhältnismäßig ist. Dieser Ansatz schließt generelle Regeln von vornherein aus. Es ist daher auch für den Fall einer hinzukommenden Krankheit nicht möglich, den allgemeinen Satz aufzustellen, daß die Heilung grundsätzlich unterlassen werden darf. Dies trifft nur dann zu, wenn die konkrete Heilmaßnahme unverhältnismäßig ist. Besteht diese etwa bloß in der Verabreichung von Antibiotika wird sie – im allgemeinen – nicht unverhältnismäßig und daher vorzunehmen sein¹⁴.

Zur Verdeutlichung des Gesagten kann bereits an dieser Stelle eine Unterscheidung hilfreich sein, die für das zweite Sonderproblem zentral sein wird: jene zwischen medizinischer Heilbehandlung und Pflege¹⁵. Schon vor *Evangelium Vitae* war diese Unterscheidung Teil der Lehre von JOHANNES PAUL II. ¹⁶. Deutlich formulierte er: "Auch wenn der Patient unheilbar krank ist, so ist er doch nie unbehandelbar: Wie immer ihr Zustand sein mag, soll der kranken Person entsprechende Pflege zuteil

Imago Hominis Diskussionsbeitrag

werden."17 Auch die Erklärung Iura et bona und die Enzyklika Evangelium Vitae betonen ausdrücklich, daß man zwar auf unverhältnismäßige Heilversuche verzichten darf, "ohne man jedoch die Bemühungen¹⁸ unterläßt, die in ähnlichen Fällen dem Kranken geschuldet werden."19 Wenn, wie in den hier behandelten Fällen terminaler Krankheiten, die Gesundheit definitiv nicht mehr wiederhergestellt werden kann, besteht keine Pflicht, das Leben durch medizinischtechnische Erhaltung des "biologischen Apparats" zu verlängern. Es ist nicht Aufgabe der Medizin, das menschliche Leben unabhängig von der Gesundheit der lebenden Person zu erzwingen. Es geht nicht um Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern um das Wohl eines konkreten Menschen. Die Medizin dient der Person. Ihre primäre Aufgabe ist es daher, die Gesundheit (möglichst) zu erhalten und Schmerzen zu lindern, damit die betreffende Person sich, vor allem durch die Beziehungen zu anderen Menschen entfalten kann²⁰. Die Gesundheit selbst ist schon ein wichtiger Teil der leiblichen Dimension dieser Entfaltung. Sie ist daher in sich ein Gut. Darüberhinaus stellt sie die notwendige Bedingung vieler anderer Lebensäußerungen dar. Sie ist daher auch Mittel, instrumentelles Gut. Obwohl nun dieses Gut in den terminalen Phasen einer Krankheit oder im Sterbeprozeß allgemein nicht mehr erreichbar ist, bleibt trotzdem die Person als solche, das "Gut der Person"21, in ihrer Würde bestehen. Diese Würde verlangt von den Angehörigen, dem Arzt, dem Sanitätspersonal und allgemein den Mitmenschen jene minimale Pflege, die einem Sterbenden entgegengebracht wird: Ernährung, Wasser, Krankenbett, Wärme, Hygiene, etc. Die Gewährung dieser Pflege ist unverzichtbarer Ausdruck unserer Anerkennung der Menschenwürde des Kranken, der nicht im Stich gelassen oder als Last "entsorgt" werden darf²². Es geht hierbei gar nicht um Heilung, sondern um die Anerkennung des Patienten als unverfügbare Per-

son, die um ihrer selbst willen geliebt werden muß.

Obwohl nun die Heilung jener Krankheiten. die in der Sterbephase hinzukommen, streng genommen nicht zur Pflege gehören, weil es sich eben um Heilmaßnahmen handelt, gehört die Behandlung dieser Krankheiten m.E. zum Minimum, das die Anerkennung des Sterbenden als Person ausdrückt. Freilich immer unter der Voraussetzung, daß die erforderlichen Heileingriffe verhältnismäßig und in sich nicht zu belastend sind. Die Behandlung einer Lungenentzündung, anderer Infektionskrankheiten, die Senkung von Fieber etc. sind so einfach, daß sie wie die Behandlung von Liegegeschwüren und palliative Maßnahmen der Schmerzbeseitigung angezeigt erscheinen. Freilich hat sich der Arzt auch in dieser Frage primär an die Entscheidung des gebührend informierten Patienten zu halten. Er oder sie ist am ehesten dazu berufen, über die eigene Belastbarkeit zu befinden.

b) Künstliche Ernährung des komatösen Patienten

Dies führt uns zum zweiten Spezialproblem, das hier behandelt werden soll. Gehört die künstliche Ernährung eines Patienten, der sich permanent in einem vegetativen Zustand oder einem irreversiblen Koma befindet, zu den erforderlichen Pflegemaßnahmen oder stellt sie eine unverhältnismäßige Heilbehandlung dar, die unterlassen werden darf und sogar – ab einem bestimmten Grad an Unverhältnismäßigkeit – unterlassen werden muß?

Manche Autoren bewerten die künstliche Ernährung auf Grund ihrer medizinischen Funktion in diesen Umständen als Heilbehandlung. Dies hat zur Folge, daß sie abgestellt werden kann, sobald sich herausstellt, daß sie medizinisch sinnlos geworden, d.h. daß ein Erwachen aus dem Koma oder aus dem vegetativen Zustand unmöglich oder höchst unwahrscheinlich ist. So wie künstliche Beatmung

Seite 38 Band VI/Nr. 1

oder Dialyse, ersetze die künstliche Ernährung eine ausgefallene physiologische Funktion, nämlich die orale Nahrungsaufnahme. Weder Beatmung noch Dialyse tragen zur Heilung bei oder stellen die ausgefallene Körperfunktion wieder her, sie ersetzen sie bloß. Trotzdem zweifle niemand an deren Charakter als "Heilbehandlung", die unterlassen werden darf, und niemand würde sie zur notwendigen Pflege dieser Person zählen²³. Bei jenen Personen, die in einen komatösen Zustand geraten und vorher gesund waren (z.B. nach einem Unfall) wird fast immer ein Heil- und Belebungsversuch notwendig sein. Scheitert dieser, stellt sich das Problem des Behandlungs- und des Nahrungsentzugs. Psychologisch fällt der Entzug einer Maßnahme schwerer als deren Beginn, Würde man sich daher, so wird behauptet, nicht darauf einigen, daß auch der völlige Behandlungsabbruch, Nahrungsentzug eingeschlossen, zulässig sei, bestehe das Risiko, daß Ärzte zögern würden, eine möglicherweise erfolglose Behandlung überhaupt erst einzuleiten: Furcht vor einer langen Zeitspanne sinnloser Behandlung, wenn sich herausstellen sollte, daß die Therapie tatsächlich nicht erfolgreich ist²⁴. Das hauptsächliche ethische Argument dafür, die künstliche Ernährung zu entziehen, wenn ein Erwachen ausgeschlossen werden kann, bestehe darin, daß ihre Fortsetzung keinen Vorteil bringe. Der Grund für die Einleitung der künstlichen Ernährung war die Ermöglichung eines Heilversuchs. Scheitert diedie Erhaltung des ser. sei Zustands überflüssig25.

Dagegen ist folgendes einzuwenden: Es ist zwar zutreffend, daß künstliche Beatmung und Dialyse Körperfunktionen ersetzen und als Heilbehandlung eingestuft werden. Als solche dürfen sie nicht ohne weiteres unterlassen werden, sondern nur, wenn sie unverhältnismäßig sind, d.h. wenn die Komplikation, der Aufwand, die Belastung, die Kosten etc. der Maßnahme bei weitem die erhofften Ergebnisse übersteigen. Bei der künstlichen Beatmung

wäre dies etwa der Fall, wenn die Person hirntot ist, oder das Abstellen der Beatmung den unmittelbaren Zusammenbruch des bereits unheilbaren Organismus bewirken würde oder dieser nur durch die Beatmung biologisch existiert, oder die Beatmung in sich unerträglich schmerzhaft wäre, oder nur ein Beatmungsgerät zur Verfügung stünde, das mehreren Personen mit verschiedener Verhältnismäßigkeit dienen muß etc. Für die Dialyse läßt sich Ähnliches sagen.

Hinsichtlich der Ernährung besteht dagegen ein Unterschied. Es ist eine Konstante menschlicher Existenz, in bestimmten Phasen des Lebens von anderen ernährt werden zu müssen: im Säuglings- und Kindesalter, in Krankheit und im hohen Alter etwa. Die Schluckfähigkeit kann in verschiedenem Ausmaß beeinträchtigt sein, aber die Nahrungszufuhr durch Pflegepersonen ist Ausdruck einer grundlegenden mitmenschlichen Basissolidarität, die ganz unabhängig ist von der "Heilungsaussicht" dieser Maßnahme. Die Ernährung und Wasserzufuhr ("künstlich" oder nicht) dürfen nicht als "sinnlose, belastende Therapie" unterlassen werden, denn sie sind keine Therapie, sondern ein anderer, noch allgemeinerer Ausdruck der Bejahung des anderen als Person. Pflege ist nicht "sinnlos" oder "erfolglos", denn ihr Sinn und ihr Erfolg bestehen darin, Ausdruck der Liebe zur betreffenden Person zu sein. Kein Ausdruck der Liebe hingegen ist es zu urteilen, daß es für diese Person besser wäre, tot zu sein, denn das Leben einer Person kann nicht als etwas für diese Person Instrumentelles begriffen werden. Das Leben einer Person ist sie selbst, und der lebende menschliche Organismus, so krank oder leidend er auch sein mag, ist - solange er lebt – immer personales Leben, Ernährung, Hydratation, die Entfernung von Lungensekreten, die Reinigung von Liegegeschwüren, Mundhygiene und andere Maßnahmen der gewöhnlichen Pflege eines Sterbenden dürfen daher nicht unterlassen werden, auch nicht im Fall irreversiblen Komas oder im vegetativen

Image Hominis Diskussionsbeitrag

Zustand: Scheinbar bloß "biologische" Pflege ist immer personale Pflege²⁶. Ihre Unterlassung stellt eine Verletzung der Menschenwürde des Sterbenden dar. Geschieht sie vorsätzlich und führt sie zum vorhersehbaren Tod, so handelt es sich um Mord bzw. um Euthanasie, wenn durch die Tötung alle Schmerzen beendet werden sollen.

Obwohl der Grundsatz über die Verpflichtung zur künstlichen Ernährung klar ist, bleiben doch Zweifel hinsichtlich des Maßes der Pflicht bestehen: Mit welchen Mitteln muß die künstliche Ernährung bewirkt werden? Wie lange muß sie aufrechterhalten werden? Diese Unschärfe besteht, obwohl es um ein negatives Verbot einer in sich schlechten Handlung geht (Mord- und Euthanasieverbot), weil dieses negative Verbot die Untergrenze verschiedener positiver Gebote bildet: die Pflicht, das Leben zu erhalten, den Sterbenden zu pflegen und zugleich - den unausweichlichen Tod anzunehmen. Obwohl also Euthanasie und die Unterlassung der Ernährung und sonstiger Pflege immer und überall, in sich und unabhängig von Umständen und Motiven schlecht sind, fragt es sich, was im Einzelfall Ernährung und Pflege ist bzw. welches Maß an Ernährung und Pflege erforderlich ist. Dies deshalb, weil Ernährung und Pflege positive Gebote sind und der Umfang ihrer Verpflichtung je nach Situation variiert. Tatsächlich wird daher auch von den Autoren, die eine grundsätzliche Pflicht zur (künstlichen) Ernährung und Pflege im komatösen Patienten annehmen, ein unterschiedliches Maß dieser Verpflichtung vertreten. J. Finnis etwa gibt als Maß an: "... the food, water and cleaning that one can provide at home."27 J. HARRIS kritisiert diese Position m.E. zu Recht: Schwerkranke Personen können mit der familiären Pflege zu Hause nur wenige Stunden überleben. Die Unterlassung der Spitalspflege in diesen Fällen wäre ungerecht, weil es eine Entscheidung zur Tötung des Patienten wäre²⁸. Tatsächlich setzt J. FINNIS hier die Latte m.E. zu tief an, allerdings ergibt

sich aus dem Zusammenhang des Zitats, daß er lediglich skizzenhaft und, ohne näher darauf einzugehen, die unterste Grenze umreißen will. Mit den von J. Harris angeführten Einwänden und Beispielen wäre er wohl einverstanden. Zumindest ergäbe sich dies aus dem Gesamtzusammenhang seiner sonstigen Ausführungen. J. Boyle vertritt eine vermittelnde Position. Nachdem er dargelegt hat, daß der komatöse Zustand eines Patienten nicht ausreicht, um diesem ohne weiteres die Nahrung zu entziehen, weil dies die Menschenwürde und die Liebe zu dieser Person verletzen würde, behauptet er, daß man umgekehrt auch nicht jeden Nahrungsentzug in allen Fällen als vorsätzliche Tötung bezeichnen könne²⁹. Es sei zwar unumstößlich, daß man Kranken und Sterbenden Achtung und Liebe entgegenbringen müsse, aber dadurch sei noch nicht das Mindestmaß erforderlicher Pflege festgelegt. Dieses werde durch die Fähigkeiten, Möglichkeiten, Ressourcen und sonstigen Verpflichtungen der Pflegenden gemäß den jeweiligen Umständen des Einzelfalls bestimmt. Solche Umstände seien z.B. eine Willenserklärung bezüglich künstlicher Ernährung, die der Patient eventuell abgegeben hätte, bevor er ins Koma gefallen ist, die Pflegekosten, die Möglichkeiten zur Pflege, sonstige sittliche Verpflichtungen der Pflegenden. In Fällen, in denen ihre Vorteile so gering seien, daß sie den Aufwand nicht rechtfertigten, dürfe die künstliche Ernährung komatöser Patienten abgebrochen werden. Der Vorsatz erfasse in diesem Fall nicht die Tötung des Patienten, sondern nehme den Tod lediglich indirekt als Nebenwirkung in Kauf³⁰.

M.E. geht J. BOYLE in diesen Aussagen zu weit, zumindest sind sie mißverständlich. Die Kriterien, die er angibt, ähneln nämlich der Verhältnismäßigkeitsprüfung, wie sie bei der Heilbehandlung durchgeführt wird. Diese ist aber bei der Pflege *nicht* am Platz: Es gibt keine "unverhältnismäßige Pflege". Die Pflege ist gerade jenes Minimum, das bei Unterlassung un-

Seite 40 Band VI/Nr. 1

verhältnismäßiger Behandlung erhalten und gewährt werden muß. Die Grenze ist hier m.E. nicht die Verhältnismäßigkeit der Pflege, sondern ihre Möglichkeit. Ein positives moralisches Gebot verpflichtet nicht zu Handlungen, die ienseits der konkreten Möglichkeiten liegen³¹. Solange die technische, medizinische, ökonomische etc. Möglichkeit zur Ernährung des komatösen Patienten besteht, muß sie aufrecht erhalten werden. Ist sie unmöglich, und nicht bloß belastend, schwierig, unverhältnismäßig etc. kann sie nicht weitergeführt werden, und es besteht daher auch keine Verpflichtung dazu. Die eingangs gestellte Frage nach dem erforderlichen Ausmaß der Pflege wird also hier mit dem Verweis auf deren Möglichkeit beantwortet. Nicht von entscheidender Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der vermutliche Wille des Sterbenden, die künstliche Ernährung zu unterbrechen, da der Wunsch nach Unterlassung dieses Mindestmaßes an Pflege ein suizidaler Vorsatz und daher nicht maßgeblich ist. Ebensowenig ist das Faktum ausschlaggebend, daß sich ein Patient schon lange, eventuell sogar Jahre lang, im Koma befindet. Man darf diesbezüglich nicht "sentimental" urteilen, vor allem ist das moralische Urteil unhaltbar, daß es für diese Person besser wäre, tot zu sein. Das Ende aller Schmerzen und das ewige Leben dürfen wir uns wünschen. Dieser Wunsch schließt zwar den Tod als Tor zum ewigen Leben ein, aber er wird auf diese Weise indirekt gewollt. Es ist durchaus vernunftgemäß, und daher sittlich zulässig, den Tod als willkommene Befreiung von unerträglichen Schmerzen zu empfinden und diese Befreiung zu wünschen, aber das ist etwas anderes als das moralische Urteil, es sei für die Person besser zu sterben, es wäre für alle besser, diese Person wäre tot oder diese Person sollte sterben. Dieses Argument behandelt das Leben der Person zu Unrecht als einen bloßen Faktor, wie Geld oder andere instrumentelle Güter, abgewogen und zum untergeordneten Teil eines Gesamtkalküls gemacht werden könnte: Sollte sich das Leben nicht als "qualitätvoll genug" erweisen, könne es abgelegt werden. Dieser Zugang und ein solches Urteil verletzen die Menschenwürde, weil das Leben eines Menschen sein Sein ist. Es macht seine Existenz aus: Wir sind unser Leben. Der Vorsatz, der auf Grund des oben geschilderten falschen moralischen Urteils direkt den Tod wünscht, reduziert das menschliche Leben und damit die Person selbst, zum nützlichen (instrumentellen) Gut: Dadurch wird jedoch das Prinzip der Menschenwürde verletzt, demzufolge der Mensch nie bloß Mittel, sondern immer Zweck ist.

Dieses Prinzip gilt auch für den komatösen Patienten. Die Pflege dieser Person als Ausdruck ihrer Würde und daher auch ihre Ernährung muß fortgesetzt werden, solange diese möglich ist³².

Referenzen

- Enzyklika Evangelium Vitae von JOHANNES PAUL II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, Acta Apostolicae Sedis (AAS) 1995, 401 ff (in der Folge mit EV zitiert). Die im Text verwendete deutsche Version ist der Übersetzung der Libreria Editrice Vaticana entnommen.
- Der Catechismus Catholicae Ecclesiae 1997 (CCE), Rz 2278 verwendet den Ausdruck "saevitia therapeutica". In der korrespondierenden Rz 2278 des deutschen Katechismus der Katholischen Kirche (KKK) fehlt dieser Begriff. Es handelt sich um einen der Zusätze im CCE, der klarstellen wollte, daß die Zurückweisung des therapeutischen Übereifers gerade in der Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen der Lebensverlängerung besteht.
- 3. EV 65. --
- 4. Vgl. auch KKK 2278.
- Vgl. M. Cuyas, Eutanasia. L'etica, la libertà e la vita, Casale Monferrato (1989) 23 ff.
- 6. Vgl. JOHANNES PAUL II., Enzyklika Veritatis Splendor an alle Bischöfe der katholischen Kirche über einige grundlegende Fragen der kirchlichen Morallehre, AAS 1993, 1133 ff (in der Folge mit VS zitiert), n. 52. Die im Text verwendete deutsche Version ist der Übersetzung der Libreria Editrice Vaticana entnommen.
- Vgl. E. SGRECCIA, Manuale di Bioetica I, Mailand, 2. Auflage (1994) 650; R. SPAEMANN, Personen — Versuch über den Unterschied zwischen "etwas" und "jemand", Stuttgart (1996), 131; Fr. COPPENS, La loi et la vie hu-

- maine, Nouvelle Revue Théologique 1997, 49 ff, 61 f.
- 8. Vgl. z.B. P. Koller, Personen, Rechte und Entscheidungen über Leben und Tod, in: Bernat (Hrsg.), Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod, Graz (1993) 71 ff, 90 (Er schreibt allerdings zum analogen Problem der passiven unfreiwilligen Euthanasie: Eine todkranke Person möchte weiterleben und verlangt unverhältnismäßige Mittel.).
- Vgl. A. Eser, Sterbehilfe und Euthanasie in rechtlicher Sicht, in: V. EID (Hrsg.), Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten, Mainz, 2. Auflage (1985), 45 ff, 59; L. GORMALLY, WALTON, DAVIES, BOYD and the legalization of euthanasia, in: J. KEOWN (Hrsg.), Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge, 3. Auflage (1996), 113 ff, 117 f.
- Vgl. schon Pius XII., Ansprache an die Teilnehmer am
 Internationalen Kongreß für Histopathologie des Nervensystems, 13. September 1952, AAS 1952, 779 ff, 782.
- 11. Vgl. L. GORMALLY, Walton, 118.
- Vgl. auch J. Finnis, A philosophical case against euthanasia, in: J. Keown (Hrsg.), Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge, 3. Auflage (1996), 23 ff, 33.
- 13. Vgl M. CUYAS, Eutanasia, 35 ff.
- 14. Im Ergebnis derselben Meinung L. LEUZZI/M. PAN-GALLO, Medicina e Morale 1985, 899 ff, besonders 901: Sie rezensieren den Artikel von M. CUYAS, Quid sentiendum sit de euthanasia, pendet a re quae hoc nomine veniat, Periodica de re morali canonica liturgica 73 (1984) 153 ff, in dem M. CUYAS seine oben dargestellte Position vertritt.
- 15. Die Unterscheidung zwischen Heilbehandlung, die unterlassen werden darf, wenn sie unverhältnismäßig ist, und Pflege, die nicht unterlassen werden darf, findet sich auch in der Erklärung der Glaubenskongregation über die Euthanasie *Iura et bona*, 5. Mai 1980, AAS 1980, 551.
- 16. Vgl. z.B. Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer an einem internationalen Studienkreis, 15. November 1985, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, VIII-2, 1262 ff, 1265: "Das Prinzip der 'Verhältnismäßigkeit der Behandlungsmaßnahmen' schließt den Einsatz bloß experimenteller oder völlig wirkungsloser Mittel aus. Es dispensiert aber nicht von der therapeutischen Pflicht, das Leben zu erhalten sowie dem Kranken mit gewöhnlichen lebenserhaltenden Maßnahmen beizustehen. Auch wenn sie nicht mehr heilen kann, so kann und muß die Wissenschaft doch den Kranken weiterhin pflegen und ihm beistehen." (Übersetzung des Verfassers)
- 17. JOHANNES PAUL II., Ansprache an die Mitglieder der

- Päpstlichen Akademie der Wissenschaften, 21. Oktober 1985, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, VIII-2, 1080 ff, 1082: "Even when the sick are incurable they are never untreatable: whatever their condition, appropriate care should be provided for them."
- Im lateinischen Text wird das Wort "cura" also "Pflege", verwendet.
- EV 65. Es handelt sich um ein wörtliches Zitat der Erklärung *Iura et bona*, AAS 1980, 551: "...haud intermissis tamen ordinariis curis, quae in similibus casibus aegroto debentur." Ebenso KKK 2279.
- Vgl. E. SCHOCKENHOFF, Insgesamt schlüssig. Eine moralphilosophische Analyse von "Evangelium vitae", Herder-Korrespondenz 1995, 541 ff, 545; M. CUYAS, Eutanasia, 27.
- 21. Vgl. VS 50.
- 22. Vgl. auch H. STEIGER, Recht auf Leben im deutschen Verfassungssystem, in: Pontificium Consilium de legum textibus interpretandis/Pontificium Consilium pro Familia/Pontificia Academia pro Vita (Hrsg.), "Evangelium vitae" e diritto. Acta Symposii Internationalis in Civitate Vaticana Celebrati, 23-25 Maii 1996, Vatikan (1997) 289 ff, 305.
- Vgl. B. JENNET, Letting vegetative patients die, in: J. KEOWN (Hrsg.), Euthanasia, 169 ff, 181 f mit weiteren Nachweisen.
- 24. Vgl. B. JENNET, ebda, 177.
- Vgl. B. JENNET, ebda, 180.
- Vgl. E. SGRECCIA, Manuale I, 652 und 654; J. BOYLE, A
 case for sometimes tube-feeding patients in persistent
 vegetative state, in: J. KEOWN, Euthanasia, 189 ff, 194.
- 27. J. FINNIS, A philosophical case, 33.
- 28. Vgl. J. HARRIS, The philosophical case against the philosophical case against euthanasia, in. J. KEOWN (Hrsg.) Euthanasia, 36 ff, 42 ff. J. HARRIS vertritt jedoch die Zulässigkeit der Euthanasie sowie einen Personbegriff, der hier abgelehnt wird.
- 29. Vgl. J. BOYLE, A case, 197 ff.
- 30. Vgl. J. BOYLE, ebda, 197.
- 31. Vgl. VS 52.
- 32. So auch JOHANNES PAUL II. in einer Ansprache an Bischöfe aus den USA bei ihrem ad-limina Besuch am 2. Oktober 1998: "The statement of the United States Bishops' Pro-Life Committee, Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Considerations, rightly emphasizes that the omission of nutrition and hydration intended to cause a patient's death must be rejected and that, while giving careful consideration to all factors involved, the presumption should be in favour of providing medically assisted nutrition and hydration to all patients who need them.", in: L'Osservatore Romano (italienische Ausgabe) 3. Oktober 1998, 4 f, 5.

DISKUSSIONSBEITRAG

Philosophische Anmerkungen zur Intentionalität menschlichen Verhaltens

Rafael Hüntelmann

ZUSAMMENFASSUNG

Die These des vorliegenden Beitragslautet, 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 gebotenem und verbotenem 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 HÜNTE

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. BIRN-BACHER, 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 HENG-STENBERG (1958; 1979, 41984; 21989) 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. ²1989) definiert "Adressat" als den, um dessentwillen ein anderes da ist oder geschieht. Der Begriff "Adressat" wird in dieser Definiti-

Seite 44 Band VI/Nr. 1

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 Patienten. 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 Betreffenden 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 Sinnrealisierung 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

Seite 46 Band VI/Nr. 1

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 (41984) 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) diente, 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 erfast, wie dies schon Aristoteles (Eth. Nic. VI. Buch) gezeigt hat. Insbesondere an dieser Nichtobiektivierbarkeit 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 iedoch 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 (21989, 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 31964) 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 (räumlichzeitlich) 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

Seite 48 Band VI/Nr. 1

der Person als ganzer zugute kommt und damit für solche Fälle geboten wäre. Allerdings ist das universale Sinngebot 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 Behandlungabbruch 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

Seite 50 Band VI/Nr. 1

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 aussichtlichtslos" 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 Behandlungerfolg? 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. Darum 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 t¹ 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 ³1964.

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. Röll Verlag: Dettelbach ²1998.

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 ²1989.

HÜNTELMANN, Rafael, Existenzontologie, J.H. Röll 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.

"Behandlungsabbruch beim Patienten K."

Patient K., geb. 1931, kommt wegen Gewichtsverlust von 10 kg innerhalb eines Jahres, Brechreiz, Schluckbeschwerden, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Mattigkeit zur Aufnahme an die chirurgische Abteilung. Der Patient kann flüssig und breiig essen und trinken, ist 1,75 m groß, 67 kg, reduzierter Ernährungszustand.

Bei der Durchuntersuchung findet sich ein tiefsitzendes Oesophaguskarzinom, das bei 37 cm von der Zahnreihe beginnt und bis 52 cm knapp an die Cardia reicht. Die Stenose ist mit dem Gastroskop durchgängig. Weiters findet sich eine große Raumforderung im mittleren Bereich der rechten Niere (Verdacht auf Hvpernephrom) und der Vd. einer soliden Lebermetastase (CT, US, i.v.P.). Die Chirurgen klären den Patienten über die Schwierigkeit der Operation und die möglichen Komplikationen auf. Dennoch beharrt der Patient auf seinem Wunsch operiert zu werden. Der Internist wird bezüglich der OP-Freigabe konsultiert. Er stellt eine schwere obstruktive Atemwegserkrankung fest (pO2 50 mm Hg, pCO2 46 mm Hg). Anamnestisch rezidivierende Pneumonien. Die OP-Freigabe wird nicht gegeben. Der Patient wird zur Behandlung der COPD auf die interne Abteilung übernommen. Trotz intensiver Therapie kann iedoch keine Besserung des pulmonalen Zustandes erreicht werden. Die Internisten informieren den Patienten über das extrem hohe Operationsrisiko. Sie sagen dem Patienten auch, daß er mit großer Wahrscheinlichkeit die Operation nicht überleben wird, bzw. daß er zumindest nach der Operation mit einer Reihe von Komplikationen zu rechnen habe, so daß es ihm nachher möglicherweise noch schlechter geht als vorher. Insbesondere sei auch nicht gesichert, daß der Patient nach der Operation

vom Tumor geheilt sein wird (Verdacht auf Metastasen bei Nierentumor). Als Alternative bietet man dem Patienten die Setzung eines Maschendrahtstents an, sobald ernstliche Beschwerden auftreten. Der Patient besteht iedoch auf eine Operation. Lieber würde er sterben als in einem so jämmerlichen Zustand langsam zugrunde gehen. Daraufhin wird der Patient noch künstlich ernährt, um das Operationsrisiko wenigstens von dieser Seite möglichst gering zu halten. Zwischenzeitlich tritt neuerlich eine bronchopneumonische Infiltration mit Fieber auf, die antibiotisch erfolgreich behandelt wird. Der Patient drängt weiterhin unbeirrt auf die Operation, 6 Wochen nach der Aufnahme wird der Patient schließlich unter schweren internistischen Vorbehalten zur Operation freigegeben. Die Operation verläuft problemlos. Totale Oesophagektomie, Magendurchzug. Histologie: Plattenepithel-CA des Oesophagus, Stad. IIA, pNO, MO, G2. PE des Nierentumors: chronisch entzündlicher hyalinoider fibrinogener Prozeß, für Bösartigkeit kein Anhaltspunkt. Leber und Milz frei. Der postoperative Verlauf ist zunächst relativ zufriedenstellend. Der Patient kann bereits am 2. postoperativen Tag extubiert werden. pO2 50 mm Hg, pCO2 47 mm Hg, Herz-Lungen-Röntgen unauffällig, Kreislauf stabil.

Nach 1 Woche Fieberanstieg bis 39°. Im Herz-Lungen-Röntgen Verdacht auf Aspirationspneumonie. Im Kontrastmittelröntgen Dehiszenz im Bereich der collaren Anastomose. Bestätigung durch CT. Kultur des Bronchialsekrets zunächst negativ. Dem Patienten geht es zunehmend schlechter (Rhythmusstörungen; Oligurie, Thrombopenie). Am 17. postoperativen Tag Platzbauch, RR-Abfall, Herzrhythmusstörungen, Diurese sistiert, Blutgase deutlich verschlechtert, Facialisparese – Verdacht

Image Hominis

auf Insult: Schocktherapie, bronchoskopische Absaugung - Besserung. Operation des Platzbauches - postoperativ geht es dem Patienten zunächst gut. 5 Stunden nach der Operation Nachblutung. Notoperation (subcutane Blutung). Postoperativ ist der Patient schockiert, Thrombozytenabfall auf 25.000, pO2 30 mm Hg, RR 70/50, Nierenversagen, kein Harn. Der Patient ist moribund. Fieber 39,5°, Sepsis, Verbrauchskoagulopathie, Multiorganversagen. Der diensthabende Arzt entscheidet, wegen infauster Prognose nicht mehr zu intubieren, sondern den Patienten in Ruhe sterben zu lassen. Kurz darauf kommt der Operateur und veranlaßt in Abwesenheit des diensthabenden Arztes eine Intubation und maschinelle Beatmung.

Daraufhin Konsilium: Chirurgen, Internisten, Anaesthesisten. Aus der Sicht des Internisten ist eine weitere Therapie sinnlos. Wegen des Multiorganversagens, der Dehiszenz der Anastomose sowie der schweren COPD ist die Prognose infaust. Außerdem bestünden bei dem Patienten Zeichen eines cerebralen Insultes mit Vd. auf intrakranielle Blutung. Andererseits sind Chirurgen und Anaesthesisten der Auffassung, daß man den Patienten weiter behandeln sollte. Das bedeutet: künstliche Beatmung, Schocktherapie, Katecholamine, Blutkonserven, Blutplasma, Humanalbumin. Intensive Betreuung des Patienten von 2 Schwestern und 1 Arzt rund um die Uhr. In den folgenden Tagen leichte Besserung, Nierenfunktion kommt wieder in Gang. Er bekommt insgesamt ca. 25 Blutkonserven, 40 Albumininfusionen und 15 Oktaplas-Infusionen. Der Patient wird aber vollständig hemiplegisch. Es werden in den folgenden 3 Wochen ca. 30 Lungenröntgen angefertigt, laufende Laborkontrollen mehrmals täglich, parenterale Ernährung, regelmäßig Bronchial-Lavagen, intensives Kreislaufmonitoring, usw. Trotzdem treten immer wieder anurische Phasen, Blutdruckabfälle auf, Thrombopenie, pO2 trotz O2-Beatmung nie über 50 mm Hg.

Der Patient ist letztlich tief bewußtlos, nicht mehr aufweckbar, es treten immer wieder schwere kardiale Rhythmusstörungen auf (Torsade de point), Elektrolytentgleisungen, galliges Sekret aus dem Laschendrain der Dehiszenz. Im Cor/Pulmo Röntgen keine Besserung der pneumonischen Infiltrate, zuletzt im Bronchialsekret massenhaft Pseudomonas. Die antibiotische Therapie wird daraufhin umgestellt, dennoch fiebert der Patient weiter. Es entwickelt sich eine exzessive Hypernatriämie, für die keine Erklärung zu finden ist (cerebral bedingt?). Schließlich treten Schleimhautblutungen aus dem Mund auf.

Am 20. Tag nach der Notoperation ist der Patient tief bewußtlos, reagiert nicht mehr auf Schmerzreize; pCO2 unter SIMV-Beatmung um 60 mm Hg, Fieber.

Auf der Allgemeinstation bekommt ein 70jähriger Patient einen Schlaganfall mit Hemiparese. Die Internisten wollen den Patienten dringend auf die Intensivstation verlegen. Dort sind jedoch alle Betten mit schweren Fällen belegt. Es wird vorgeschlagen, den moribunden Patienten K. zu extubieren und auf der Normalstation in Ruhe sterben zu lassen. Dies wird von den Chirurgen und Anaesthesisten abgelehnt mit dem Argument, man würde durch die Extubation den Patienten K. umbringen. Die Internisten wehren sich gegen diese Behauptung mit dem Argument, daß die Intubation schon primär nicht indiziert gewesen sei. Auf jeden Fall habe der Patient nach 3wöchiger Extrembehandlung keinerlei Besserung erfahren und die Prognose sei nach wie vor infaust. Weiters habe der Patient selbst mehrmals und ausdrücklich betont, daß er unter intensivmedizinischen Bedingungen keinesfalls weiterleben möchte. Er sei nun schwer hirngeschädigt, halbseitig gelähmt und würde im Falle eines Überlebens kaum mehr zu Bewußtsein kommen und keinesfalls mehr normal essen können (Dehiszenz der Anastomose). Auf der anderen Seite stehe der Schlaganfall-Patient, der dringend eine adaequate

Seite 54 Band VI/Nr. 1

FALLBERICHT Image Hominis

Therapie benötigt und gute Chancen für eine Rehabilitation hätte.

Dennoch können sich die Chirurgen und Anaesthesisten nicht entschließen, die Beatmungsmaschine abzuschalten. So wird ein anderer chrirugischer Patient von der Intensivstation auf die Normalstation verlegt und der Patient mit dem Schlaganfall auf der Intensivstation übernommen.

Zwei Tage später stirbt der Patient K. an einem cardiopulmonalen Versagen. Bei der Obduktion steht eine massive intracerebrale Blutung im Vordergrund. Weiters eine diffuse beidseitige Pneumonie.

Kommentar zum Fall:

Behandlungsabbruch beim Patienten K.

Titus GAUDERNAK

E s liegt in der Natur so komplexer Fälle, daß es dafür keine Patentlösungen gibt. Die Diskussion soll an einigen markanten Abläufen des Falles aufgehängt werden und es wird versucht, dann doch einen allgemeinen Lösungsansatz für die Probleme, die in diesem Fall auftreten, zu finden.

Wie immer, so gibt es auch in diesem Fall aufgrund der gebotenen Kürze der Beschreibung einige Unschärfen und medizinische Unklarheiten, zum Beispiel die postoperative Nachbetreuung, sowohl nach der ersten Operation, als auch nach der Platzbauch- und Nachblutungsoperation. Es ist aus der Fallbeschreibung auch nichts über die organisatorische Struktur und Verantwortungsaufteilung in diesem Haus bekannt. Auch ist zum Beispiel nicht klar, wer der diensthabende Arzt ist usw.

Es soll aber auf diese rein medizinischen Belange nur soweit eingegangen werden, als sie auch ethische Fragen aufwerfen.

Was wissen wir über den Patienten K.?

Abgesehen von ein paar persönlichen Daten und seinen medizinischen Diagnosen oder Vermutungsdiagnosen erfahren wir, daß der Patient vom Chirurgen über den Schwierigkeitsgrad der Operation und die möglichen Komplikationen aufgeklärt wird und daß K. dennoch auf seinem Wunsch, operiert zu werden, beharrt. Rechtlich gesehen entsteht zwischen Patient und Arzt ein Behandlungsvertrag, der dadurch zustande kommt, daß nach Aufklärung des Patienten durch den behandelnden Arzt, der aufgeklärte, mündige Patient in die

Behandlung einwilligt. Erst dann darf der Arzt die vorgeschlagene Behandlung durchführen. Dies hängt zum Teil mit der etwas eigenartigen Stellung der ärztlichen Handlung im Rahmen des Strafgesetzes zusammen.

Aufgrund der immer mehr in den Vordergrund gerückten Autonomie des Patienten hat der Patient auch das Recht, in die Behandlung immer wieder einzugreifen. Die Behandlungsverweigerung stellt ein Grundrecht des Patienten dar. Die Frage ist: Darf der Patient eine Behandlung verlangen? Der Patient hat das Recht auf eine Behandlung lege artis, nach schulmedizinischen Kriterien. Allerdings hat auch der Arzt das Recht, eine Behandlung, die vom Patienten gefordert wird, zu verweigern (Ausnahmen sind hier lediglich Erstehilfeleistungen).

Das heißt, im konkreten Fall hatten die Chirurgen erhebliche Bedenken wegen der Schwierigkeit der Operation, und es wäre durchaus die Möglichkeit gewesen, den vom Patienten geforderten Eingriff unter den vorbestehenden Bedingungen abzulehnen.

Wir erfahren dann später noch im Gespräch mit dem Internisten die Einstellung des Patienten zum Leiden und vor allem auch, wie sich der Patient unter keinen Umständen ein Weiterleben vorstellen kann.

Internes Konsilium

Es wird bezüglich der Operationsfreigabe der Internist konsultiert. Dieser stellt eine schwere internistische Kontraindikation fest und gibt keine Operationsfreigabe. Es wird zwar eine intensive Therapie versucht, aber es

Seite 56 Band VI/Nr. 1

KOMMENTAR ZUM FALL Imago Hominis

kann keine wesentliche Besserung des pulmonalen Zustandes erreicht werden. Darüber wird der Patient auch von den Internisten aufgeklärt: über das extrem hohe Operationsrisiko und daß er die Operation nicht überleben würde. Die Aufklärung geht auch in die Richtung, daß mit schweren Komplikationen zu rechnen ist, die möglicherweise einen noch schlechteren Zustand ergeben als er derzeit sei. Es wird dem Patienten auch eine Alternative in Form eines Maschendrahtstents angeboten. Der Patient besteht jedoch auf die Operation.

Aus dem Fallbericht muß angenommen werden, daß der Patient in internistischer Behandlung war und daß von internistischer Seite dem Patienten von einer Operation dringendst abgeraten wurde, es wurde auch keine Freigabe gegeben. Aus medizinischer Sicht sollte der Begriff Freigabe in diesem Zusammenhang nicht verwendet werden. In dem Fall wäre es günstiger, von einer Risikoklassifizierung auszugehen, und es ist offensichtlich, daß der Patient in der höchsten Risikostufe einzustufen ist.

Diese Risikoklassifizierung beeinflußt dann das chirurgische Aufklärungsgespräch, sowie das Vorgespräch mit dem Anaesthesisten (hat es in diesem Fall je stattgefunden?).

Auch wenn der Patient weiterhin zur Operation drängt, so müssen mit dem Patienten – und zwar jetzt von Seite des Operateurs – in Form einer Szenarien-"was-wäre-wenn"-Aufklärung, alle Möglichkeiten des weiteren Verlaufes durchbesprochen werden.

Wenn auch der Patient ein Recht auf Behandlung lege artis hat, ein Erfolg der Behandlung kann vom Patienten nicht eingefordert werden, und der Arzt kann einen solchen Erfolg nicht versprechen.

Aufklärung:

Im Falle des Herrn K., wo mit großer Wahrscheinlichkeit ein ungünstiger Ausgang zu erwarten war, erscheint es unerläßlich, das Auf-

klärungsgespräch auch im Team, nämlich im Team Chirurg, Internist, Anaesthesist, Patient, zu führen. Entscheidend ist, es sehr klar oder möglichst klar herauszufinden, was den Patienten bewegt, was er möchte, was er sich erwartet, durchaus auch, wie er sterben möchte!

Vom Patienten selbst erfahren wir einige Äußerungen, wie zum Beispiel: Lieber sterben als jämmerlich zugrunde gehen. Hier ist zu hinterfragen, was versteht der Patient unter "jämmerlich zugrunde zu gehen". Es ist mit dem Patienten zu besprechen, was er sich unter einer Intensivbehandlung vorstellt, wie er zur künstlichen Beatmung steht, usw.

Alle Beteiligten müssen sich aber im klaren sein, daß es eine objektive Darstellung des wahrscheinlichen oder des günstigsten und des ungünstigsten Behandlungsverlaufes nicht geben kann. Es ist als Tatsache anzuerkennen, daß von den einzelnen Fachrichtungen die Möglichkeiten des eigenen Faches durchaus höher eingeschätzt werden als die eines anderen Faches. Gerade zwischen interner und chirurgischer Disziplin kommt es oft zur Selbstüberschätzung der eigenen fachlichen Möglichkeiten, ein Umstand, den man in aller gebotenen Demut zur Kenntnis nehmen sollte.

Patientenautonomie:

Gerade mit der in der letzten Zeit vermehrt diskutierten, sogenannten Autonomie des Patienten, gehen auch rechtliche Entscheidungen, die in Richtung ungerechtfertigter und eigenmächtiger Heilbehandlung zielen, einher.

Im Konkreten: Wenn der Patient nicht in die Behandlung einwilligt, dann darf sie nicht weitergeführt werden. Es heißt dies aber nicht, daß jegliche Behandlung abzubrechen ist, sondern es bezieht sich diese Einschränkung auf die curative Behandlung, auf die Therapie im eigentlichen Sinne. Palliative oder symptomatische Therapie, inkludierend Schmerztherapie und Deckung der Basisbedürfnisse hat aber unein-

Thingo Hominis KOMMENTAR ZUM FALL

geschränkt weiter zu erfolgen. In diesem Zusammenhang muß man klar aussprechen, daß die ärztliche Tätigkeit in diesen Fällen auch Sterbebegleitung in allgemeinster Form zu umfassen hat. Schon allein das Wort ist sicherlich im Rahmen eines Aufklärungsgespräches eine schwierige Hürde, im konkreten Fall des Patienten K. wäre es aber angezeigt gewesen, auch diese Bereiche zu diskutieren. Letztendlich sind ja gerade in den eigentlich von vornherein ausgeklammerten Problemen die allergrößten Schwierigkeiten aufgetreten. Dazu kommt noch die Problematik des bewußtlosen bzw. durch Medikamente eingeschränkt entscheidungsfähigen Patienten, besonders wenn dann nach allgemeiner Auffassung bei Entscheidungen der sogenannte mutmaßliche Wille des Patienten heranzuziehen ist.

Wie anders könnte aber der mutmaßliche Wille des Patienten erfaßt werden, als in Vorgesprächen, die jedoch nur in freundschaftlicher Atmosphäre mit einem hohen Vertrauensvotum von beiden Seiten geführt werden können. Zu bedenken ist aber, daß aufgrund des Wissensvorsprunges des Arztes das Verhältnis Patient-Arzt immer einseitig zugunsten des Arztes verschoben sein wird. In schwierigen Fällen, so wie es der Fall K. darstellt, sollte daher dem Patienten eine Vertrauensperson zur Seite gestellt werden. Dies sieht übrigens auch das neue KAG vor. Diese Vertrauensperson kann ein Freund, ein naher Angehöriger oder eine sonstige, vom Patienten gewählte, mündige Person sein.

Insoferne diese Person allerdings nicht als Sachwalter eingesetzt ist, kommt dieser Vertrauensperson keinerlei Entscheidungsbefugnis zu, sie kann aber den Ärzten hilfreich zur Seite stehen, um die Entscheidungsfindung zu erleichtern, wenn es darum geht, bei einem bewußtlosen Patienten zu beurteilen, ob er in diese oder jene Behandlung einwilligen würde (mutmaßlicher Wille des Patienten).

Das ist nämlich der springende Punkt – und auch immer wieder für den Fall des Patienten K. anzuwenden: Die Fragestellung lautet nämlich nicht: Muß ich den Patienten operieren, intubieren usw., sondern die Fragestellung lautet: Darf ich den Patienten intubieren, beatmen, usw., weil der Patient es so wünscht?

Diese Unterscheidung ist deswegen wichtig, weil der Arzt, wenn er die Gewißheit hat, daß die von ihm vorgesehene therapeutische Aktion mit dem Willen des Patienten, oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten kollidiert, diese Behandlung nicht durchführen darf. Das heißt, die Behandlung ist dann abzubrechen.

Damit wird die Entscheidungsfreiheit des Patienten zunehmend mehr zum schützenden Gut erhoben.

Ob dadurch die Probleme für Ärzte, die vor schwierigen Entscheidungen stehen, geringer werden, ist zu bezweifeln. Auf der anderen Seite gehen Tendenzen ganz klar in die Richtung der zunehmenden Verrechtlichung des Patient-Arzt-Verhältnisses und sind - so wie es den Anschein hat - nicht aufzuhalten. Wir Ärzte sollten allerdings durchaus in der Lage sein, das Positive an diesen Tendenzen zu erkennen und für den Patienten heilbringend anzuwenden. Der Fall K. ist geeignet aufzuzeigen, welch wesentlicher Stellenwert dem Patienten zukommt und wie wichtig es ist auszuforschen und zu dokumentieren, wie sich der Patient sein Weiterleben und Sterben vorstellen könnte. Mit dieser "neuen" Erkenntnis sind Konflikte, wie sie in dem Fall auftreten, patientengerecht lösbar.

Wenn es um die Fragestellung geht, was erwartet sich der Patient, was möchte der Patient, was möchte der Patient, was möchte der Patient nicht oder unter keinen Umständen, dann ist es auch sinnvoll, sich mit den Patiententestamenten zeitgerecht auseinanderzusetzen. Patiententestamente können unter Umständen hilfreich sein, ärztliche Entscheidungen zu erleichtern (mögliche Kenntnisse über den mutmaßlichen Willen des Patienten vermitteln), sind aber niemals tatsächliche Entscheidungshilfen.

Vom Patienten K. wissen wir, daß er mehrfach feststellt, lieber zu sterben als jämmerlich

Seite 58 Band VI/Nr. 1

KOMMENTAR ZUM FALL Imago Hominis

zugrunde gehen zu wollen. Dieser Umstand ist im Fallbericht nicht näher erläutert, möglicherweise betrifft es aber auch die gesamte intensivmedizinische Behandlung, die vom entsprechend aufgeklärten Patienten K. ohnedies abgelehnt worden wäre. Wäre dies der Fall, dann dürfte – wie schon oben ausgeführt – diese ganze intensivmedizinische Therapie bzw. auch wahrscheinlich ein Teil der Nachoperationen gar nicht durchgeführt werden.

Das Gleiche trifft für die Entscheidung des diensthabenden Arztes zu, der feststellt, daß die Prognose infaust sei und er daher keine Intubation veranlaßt oder durchführt.

Behandlungsverzicht – Behandlungsabbruch:

Dazu ist festzustellen, daß eine curative Behandlung abgebrochen werden muß, wenn keine Therapienotwendigkeit besteht oder wenn keine Therapiemöglichkeit besteht oder wenn der Patient die Therapie verweigert. Andererseits ist eine intensivmedizinische Behandlung sicherlich dann anzuwenden, wenn sich durch die Intensivmedizin eine Chance ergibt, einen für den Patienten als lebenswert erachteten Zustand zu erreichen. Wie immer ist in diesen Grenzbereichen die Antwort schwierig zu finden

Einfach ist es, wenn der Patient die Intensivmedizin verweigert, solange er klar bei Bewußtsein ist. Was er ablehnt, darf nicht durchgeführt werden.

Dies gilt auch, wenn vom Patienten mit ausreichender Gewißheit bekannt ist, daß er die intensivmedizinische Behandlung verweigert, oder wenn vom Patienten bekannt ist, daß er einen Zustand, der durch die Intensivmedizin erreicht werden kann, ablehnt, zum Beispiel als Apalliker zu leben. Wichtig ist aber festzuhalten, daß es sich hier um die Einschränkung bezüglich Heilmaßnahmen handelt und daß eine symptomatische Therapie mit Übergang in die

Sterbebegleitung immer geboten ist und nie aufgegeben werden darf.

Die Entscheidung über so schwierige Problemstellungen kann nur im Behandlungsteam unter Einbeziehung von Bezugspersonen gefällt werden.

Niemals sollten solche Entscheidungen im Alleingang getroffen werden. Dem diensthabenden Arzt ist vor einer so schwerwiegenden Entscheidung dringend geraten, ein Konsilium einzuberufen und bis zur Entscheidung des Konsiliums "lege artis" zu behandeln. Eine nachgewiesenermaßen und für alle erkennbar unwirksame Therapie muß allerdings eingestellt werden.

Konsilium:

Im Team aller betroffenen Behandler unter Beinbeziehung der eventuellen Vertrauensperson ist zu klären:

- 1. Die Wirksamkeit der Therapie,
- 2. die Einstellung des Patienten zur Therapie, um daraus die Entscheidung abzuleiten ob Behandlungsabbruch oder Behandlungsverzicht vorliegt.

Ist es der Wunsch des Patienten, die Therapie nicht mehr weiterzuführen, dann liegt ein Therapieverzicht vor, und die Therapie ist abzubrechen.

Oder es handelt sich um einen aus medizinisch Gründen durchzuführenden Behandlungsabbruch, weil

- 1. der Patient im Sterben liegt,
- 2. die Therapie sinnlos oder
- 3. die Therapie gefährlich ist.

Im Konsilium, und das haben die Diskussionen in den Ärzterunden immer wieder gezeigt, sollten nur einstimmige Beschlüsse berücksichtigt werden. Liegen Gegenstimmen vor, so sind diese genauestens zu begründen, Stimmenthaltungen sind nicht zulässig. Konsensfindungen innerhalb des Behandlungsteams sind schriftlich niederzulegen und unter Einbeziehung des

Imago Hominis Kommentar zum Fall

mutmaßlichen oder tatsächlich bekannten Patientenwillens zu dokumentieren. Diese Entscheidungen sind nicht nur ethisch, sondern auch rechtlich tragfähig und führen letztendlich zu einer prozeßhaften Verbesserung der Entscheidungsfindung.

Bei Vorliegen auch nur einer Gegenstimme liegt kein tragfähiger Konsens vor, weder für noch gegen einen Behandlungsabbruch. Zu beachten ist aber, daß dem Patienten mit seiner Möglichkeit auf Therapieverzicht innerhalb des Behandlungsvertrages eine Sonderstellung eingeräumt wird.

Der Fallbericht beinhaltet eine 2. Krankengeschichte, die eines 70 jährigen Mannes, der aufgrund eines Schlaganfalles eine gute Prognose hätte, wenn er auf einer Intensivstation behandelt werden könnte. Da alle Intensivstationsbetten belegt sind, wird der Vorschlag gemacht, den Patienten K. zu extubieren und in Ruhe sterben zu lassen. Chirurgen und Anaesthesisten lehnen dies ab, mit der Begründung, der Patient K. würde umgebracht werden. Von internistischer Seite wird eingebracht, daß die Intubation primär schon nicht indiziert gewesen wäre und daß die Prognose infaust sei und daß der Patient mehrfach betont hätte, nicht auf einer Intensivstation überleben zu wollen.

Mit der Abwägung, für welchen Patienten die Behandlung sinnvoller wäre und daher durchgeführt werden soll, nämlich für den 70 jährigen Mann mit der Hemiparese (halbseitige Lähmung) und guten Chancen oder den 68 jährigen Patienten K. mit den schlechten oder gar keinen Erfolgschancen, wird das Problem der begrenzten Möglichkeiten und Ressourcenbegrenzung in die Diskussion gebracht.

Hier gilt, wie schon oben ausgeführt: Ist die Prognose tatsächlich infaust, so muß die Therapie abgebrochen werden. Widerspricht die Therapie den Vorstellungen und der Einwilligung des Patienten, dann muß die Therapie abgebrochen werden. Ist die Behandlung vom Patienten gewünscht, und besteht durch die Behandlung Aussicht auf Erfolg, den Patienten in

einen Zustand zu bringen, den er als Behandlungsziel akzeptiert, dann muß die Behandlung weitergeführt werden. Im anderen Falle ist sie abzubrechen. Es sind dann sterbebegleitende Maßnahmen und eine symptomatische Therapie angesagt. Hier wird von internistischer Seite korrekt ins Treffen geführt, daß vom Patienten her mehrfach betont wurde, daß er nicht auf einer Intensivstation weiterleben wolle und daß er ein Überleben mit nur schweren Schäden ohnedies ablehnt. Ist dies zutreffend und entspricht es tatsächlich dem Willen des Patienten, dann muß die Therapie ohnedies abgebrochen werden.

Die Diskussion ist also auf der richtigen Ebene zu führen, dann ergibt sich auch eine Möglichkeit der Konfliktlösung.

Von chirurgischer und anaesthesieologischer Seite wird argumentiert, daß der Patient durch die Maßnahme der Einstellung der künstlichen Beatmung umgebracht werden würde.

Dazu sind einige medizinische Bemerkungen notwendig:

Wenn der Patient durch Abstellen der künstlichen Beatmung umgebracht wird, dann würde dies bedeuten, daß er keine eigenständige Atmung mehr besitzt, im anderen Fall könnte man den Tubus belassen um die Atemwege offenzuhalten und den Patienten spontan selbst atmen lassen.

Bei Ateminsuffizienz ist allerdings mit einer Verschlechterung des Patientenzustandes zu rechnen.

In dem einen Fall führt also bei bestehendem Atemstillstand das Abschalten der Maschine zwingend und direkt zum Tod des Patienten, das heißt die Handlung des Arztes führt unmittelbar direkt zum Tod. Zu klären ist, ob dieses direkte Abschalten geboten ist, zum Beispiel wegen mangelnder Behandlungseinwilligung des Patienten bzw. wegen infauster Prognose. Dann ist nämlich entweder der gebotene Therapieabbruch bzw. Therapieverzicht gegeben. Besteht noch Spontanatmung beim Patienten K., dann führt bei sei-

Seite 60 Band VI/Nr. 1

KOMMENTAR ZUM FALL Imago Hominis

nem schlechten Allgemeinzustand das Abstellen der Beatmungsmaschine möglicherweise oder sogar wahrscheinlich zum Tod. Der Tod des Patienten K. wird aber nicht beabsichtigt, sondern zugelassen, aus einem guten Grund.

Tatsächlich muß man einwenden, daß es die im Fall konstruierte Ressourcenverknappung in dem Sinne derzeit (noch) nicht gibt. Statistisch gesehen stehen in europäischen Großstädten und Umgebung jederzeit ausreichend Intensivbetten zur Verfügung.

Trotzdem erscheint es angebracht, auch diesen Themenkreis zu diskutieren. Die Problematik, die ins Spiel gebracht wird ist die, daß durch das Abschalten der Beatmung jetzt unabhängig von allen anderen oben ausgeführten Bedingungen, ein Patient, nämlich K., dadurch sterben würde, daß man das Gerät einem anderen Patienten, für den es sinnhafter einzusetzen wäre, zur Verfügung stellt.

Handeln wird hier prinzipiell und übergeordnet entweder als ein Tun oder ein Unterlassen gesehen.

Jegliches sittlich zu bewertendes Handeln kann durch eine negative Pflicht nicht zu töten – oder eine positiven Pflicht zu helfen – motiviert sein.

Liegt eine Entscheidungskollision zwischen negativen und positiven Pflichten vor, dann hat die Beachtung der negativen Pflicht Vorrang. Dem hat sich ärztliches Handeln schon seit jeher unter der Motivation des "nil nocere" verpflichtet gefühlt.

Die Verletzung einer negativen Pflicht zugunsten einer positiven würde nämlich bedeuten: Ich nehme einer Person etwas weg, worüber ich kein Verfügungsrecht habe. Eine weitere Unterscheidung wird immer wiederum gefällt zwischen den beabsichtigten und den zugelassenen Folgen.

Im konkreten Fall kann die Darstellung so sein, daß abzuwägen ist zwischen zwei positiven Pflichten (welchen von beiden helfe ich?), und ich treffe dann die Entscheidung für einen Patienten und nehme den Tod des anderen Patienten in Kauf, ohne daß ich den Tod des Patienten beabsichtige.

Hier ist also sehr genau zu unterscheiden zwischen beabsichtigen und zulassen, zwischen verursachen und geschehen lassen.

In dem einen Fall läßt man zu, daß der Patient (der im konkreten Fall des Patienten K. vielleicht ohnedies schon im Sterben liegt) stirbt. In dem anderen Fall beabsichtigt man, dem Patienten zu helfen. Eine Absicht, K. zu töten oder auch nur, ihm zu schaden, liegt aber nicht vor. Die unter Umständen eintretende Verschlechterung oder sogar der Tod werden lediglich zugelassen, um eine positive Pflicht zu erfüllen.

Diese Entscheidung ist nur auf der Gewissensebene zu treffen.

Nachdem es sich um außerordentlich schwerwiegende Entscheidungen mit nicht mehr rückgängig zu machenden Folgen handelt, sollten auch solche Entscheidungen prinzipiell nur im Konsilium getroffen werden.

Auch das Konsilium ist gut beraten, wenn es bei kontroversiellen Standpunkten für die Beibehaltung der eingeschlagenen Therapie eintritt. Gewissensentscheidungen einzelner Konsiliumsmitglieder sind nicht durch Mehrheitsentscheidungen beugbar.

Univ. Doz. Dr. Titus GAUDERNAK ist Primarius im KH Mödling

Evangelium Vitae (Auszüge)

JOHANNES PAUL II.

53. "Das menschliche Leben ist als etwas Heiliges anzusehen, da es ja schon von seinem Anfang an 'das Handeln des Schöpfers erfordert' und immer in einer besonderen Beziehung mit dem Schöpfer, seinem einzigen Ziel, verbunden bleibt. Gott allein ist der Herr des Lebens vom Anfang bis zum Ende: Niemand kann sich – unter keinen Umständen – das Recht anmaßen, einem unschuldigen menschlichen Geschöpf direkt den Tod zuzufügen"¹. Mit diesen Worten legt die Instruktion Donum vitae den zentralen Inhalt der Offenbarung Gottes über die Heiligkeit und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens dar.

Denn die Heilige Schrift legt dem Menschen die Vorschrift "Du sollst nicht töten" als göttliches Gebot vor (Ex 20,13; Dtn 5,17). Es steht – wie ich schon unterstrichen habe – im Dekalog, im Herzen des Bundes, den der Herr mit dem auserwählten Volk schließt; doch enthalten war es bereits in dem allerersten Bund Gottes mit der Menschheit nach der reinigenden Strafe der Sintflut, die durch das Überhandnehmen von Sünde und Gewalt ausgelöst worden war (vgl. Gen 9,5-6).

Gott erklärt sich zum absoluten Herrn über das Leben des nach seinem Bild und Gleichnis gestalteten Menschen (vgl. Gen 1,26-28). Das menschliche Leben weist somit einen heiligmäßigen und unverletzlichen Charakter auf, in dem sich die Unantastbarkeit des Schöpfers selber widerspiegelt. Eben deshalb wird Gott zum strengen Richter einer jeden Verletzung des Gebotes "du sollst nicht töten", das die Grundlage des gesamten menschlichen Zusammenlebens bildet. Er ist der "goel", das heißt der Verteidiger des Unschuldigen (vgl. Gen 4,9-15; Jes 41,14; Jer 50,34; Ps 19 [18],15). Auch auf diese Weise macht Gott deutlich, daß er keine

Freude am Untergang der Lebenden hat (vgl. Weish 1,13). Nur der Teufel vermag sich darüber zu freuen: durch seinen Neid kam der Tod in die Welt (vgl. Weish 2,24). Er, der "ein Mörder von Anfang an" ist, ist auch "ein Lügner und der Vater der Lüge" (Joh 8,44): durch Irreführung lenkt er den Menschen auf die Ziele Sünde und Tod, die als Lebensziele und Erfolge hingestellt werden.

54. Das Gebot "du sollst nicht töten" besitzt einen ausgesprochen starken negativen Inhalt: es zeigt die äußerste Grenze auf, die niemals überschritten werden darf. Implizit jedoch spornt es zu einem positiven Verhalten der absoluten Achtung vor dem Leben an mit dem Ziel, es zu fördern und auf dem Weg der Liebe, die sich verschenkt, die annimmt und dient. fortzuschreiten. Auch das Volk des Alten Bundes hat, wenn auch langsam und mit Widersprüchen, nach dieser Auffassung eine fortschreitende Reife gekannt und sich so auf die großartige Verkündigung Jesu vorbereitet: das Gebot der Nächstenliebe ist dem Gebot der Gottesliebe ähnlich; "an diesen beiden Geboten hängt das ganze Gesetz samt den Propheten" (vgl. Mt 22,36-40). "Denn die Gebote... du sollst nicht töten... und alle anderen Gebote - unterstreicht der hl. Paulus - sind in dem einen Satz zusammengefaßt: Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst" (Röm 13,9; vgl. Gal 5,14). Nachdem es in das Neue Gesetz übernommen und in ihm zur Vollendung gebracht worden ist, bleibt das Gebot "du sollst nicht töten" unverzichtbare Voraussetzung, um "das Leben erlangen" zu können (vgl. Mt 19,16-19). Aus dieser Sicht klingt auch das Wort des Apostels Johannes endgültig: "Teder, der seinen Bruder haßt, ist ein Mörder, und ihr wißt: Kein Mörder hat ewiges Leben, das in ihm bleibt" (1 Joh 3,15).

Seite 62

DOKUMENTE Imago Hominis

Die lebendige Tradition der Kirche hat von ihren Anfängen an - wie die Didaché, die älteste außerbiblische christliche Lehrschrift bezeugt - das Gebot "du sollst nicht töten" in kategorischer Form wieder aufgegriffen: "Es gibt zwei Wege, der eine ist der Weg des Lebens, der andere der des Todes: zwischen ihnen besteht ein großer Unterschied... Nach der Vorschrift der Lehre: Du sollst nicht töten.... du sollst ein Kind weder abtreiben noch ein Neugeborenes töten... Der Weg des Todes ist folgender: ... sie haben kein Mitleid mit dem Armen, sie leiden nicht mit dem Leidenden, sie anerkennen nicht ihren Schöpfer, sie töten ihre Kinder und bringen durch Abtreibung Geschöpfe Gottes um; sie schicken den Bedürftigen fort, unterdrükken den Geplagten, sind Anwälte der Reichen und ungerechte Richter der Armen; sie sind voller Sünde. Mögt ihr, o Söhne, euch stets von all dieser Schuld fernhalten!".2

Im Laufe der Zeit hat die Tradition der Kirche immer einmütig den absoluten und bleibenden Wert des Gebotes "du sollst nicht töten" gelehrt. Bekanntlich wurde in den ersten Jahrhunderten der Mord – zusammen mit Abtrünnigkeit vom Glauben und Ehebruch – unter die drei schwersten Sünden gereiht und eine besonders schwere und lange öffentliche Buße verlangt, ehe dem reuigen Mörder Vergebung und die Wiederaufnahme in die kirchliche Gemeinschaft gewährt wurden.

55. Das darf uns nicht erstaunen: das Töten eines Menschen, in dem das Bild Gottes gegenwärtig ist, ist eine besonders schwere Sünde. Gott allein ist Herr des Lebens! Doch angesichts der vielfältigen und oft dramatischen Begebenheiten, die das Leben des einzelnen und der Gemeinschaft bereithält, haben die Gläubigen seit eh und je darüber nachgedacht und versucht, zu einer vollständigeren und tieferen Einsicht dessen zu gelangen, was das Gebot Gottes verbietet und vorschreibt.³

Es gibt nämlich Situationen, in denen die vom Gesetz Gottes festgelegten Werte in Form eines wirklichen Widerspruchs erscheinen. Das kann zum Beispiel bei der Notwehr der Fall sein, in der das Recht, das eigene Leben zu schützen, und die Pflicht, das Leben des anderen nicht zu verletzen, sich nur schwer miteinander in Einklang bringen lassen. Zweifellos begründen der innere Wert des Lebens und die Verpflichtung, sich selbst nicht weniger Liebe entgegenzubringen als den anderen, ein wirkliches Recht auf Selbstverteidigung. Selbst das vom Alten Testament verkündete und von Iesus bekräftigte anspruchsvolle Gebot der Liebe zu den anderen setzt die Eigenliebe als Vergleichsbegriff voraus: "Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst" (Mk 12,31). Auf das Recht. sich zu verteidigen, könnte demnach niemand aus mangelnder Liebe zum Leben oder zu sich selbst, sondern nur kraft einer heroischen Liebe verzichten, die die Eigenliebe vertieft und gemäß dem Geist der Seligpreisungen des Evangeliums (vgl. Mt 5, 38-48) in die aufopfernde Radikalität verwandelt, deren erhabenstes Beispiel der Herr Jesus selber ist.

Andererseits "kann die Notwehr für den, der für das Leben anderer oder für das Wohl seiner Familie oder des Gemeinwesens verantwortlich ist, nicht nur ein Recht, sondern eine schwerwiegende Verpflichtung sein".⁴ Es geschieht leider, daß die Notwendigkeit, den Angreifer unschädlich zu machen, mitunter seine Tötung mit sich bringt. In diesem Fall wird der tödliche Ausgang dem Angreifer zur Last gelegt, der sich ihm durch seine Tat ausgesetzt hat, auch für den Fall, daß er aus Mangel an Vernunftgebrauch moralisch nicht verantwortlich wäre.⁵(...)

57. Wenn auf die Achtung jeden Lebens, sogar des Schuldigen und des ungerechten Angreifers, so große Aufmerksamkeit verwendet wird, hat das Gebot "du sollst nicht töten" absoluten Wert, wenn es sich auf den *unschuldigen Menschen* bezieht. Und das umso mehr, wenn es sich um ein schwaches und schutzloses menschliches Lebewesen handelt, das einzig in der absoluten Kraft des Gebotes Gottes seinen radikalen Schutz gegenüber der Willkür und Gewalttätigkeit der anderen findet.

Image Heminis Dokumente

Die absolute Unantastbarkeit des unschuldigen Menschenlebens ist in der Tat eine in der Heiligen Schrift ausdrücklich gelehrte, in der Tradition der Kirche ständig aufrechterhaltene und von ihrem Lehramt einmütig vorgetragene sittliche Wahrheit. Diese Einmütigkeit ist sichtbare Frucht jenes vom Heiligen Geist geweckten und getragenen "übernatürlichen Glaubenssinnes", der das Gottesvolk vor Irrtum bewahrt, wenn es "seine allgemeine Übereinstimmung in Sachen des Glaubens und der Sitten äußert".6

Da im Bewußtsein der Menschen und in der Gesellschaft das Wahrnehmungsvermögen dafür, daß die direkte, d.h. vorsätzliche Tötung jedes unschuldigen Menschenlebens, besonders in seinem Anfangs- und Endstadium, ein absolutes und schweres sittliches Vergehen darstellt, zunehmend schwächer wird, hat das Lehramt der Kirche seine Interventionen zur Verteidigung der Heiligkeit und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens verstärkt. Mit dem päpstlichen Lehramt, das hier besonders nachdrücklich und beharrlich Zeugnis ablegt, hat sich das bischöfliche Lehramt mit zahlreichen umfassenden Lehr- und Pastoraldokumenten der Bischofskonferenzen wie einzelner Bischöfe stets vereinigt. Und auch der feste und in seiner Kürze markante Beitrag des II. Vatikanischen Konzils blieb nicht aus.7

Mit der Petrus und seinen Nachfolgern von Christus verliehenen Autorität bestätige ich daher in Gemeinschaft mit den Bischöfen der katholischen Kirche, daß die direkte und freiwillige Tötung eines unschuldigen Menschen immer ein schweres sittliches Vergehen ist. Diese Lehre, die auf jenem ungeschriebenen Gesetz begründet ist, das jeder Mensch im Lichte der Vernunft in seinem Herzen findet (vgl. Röm 2,14-15), ist von der Heiligen Schrift neu bestätigt, von der Tradition der Kirche überliefert und vom ordentlichen und allgemeinen Lehramt gelehrt.⁸

Die willentliche Entscheidung, einen unschuldigen Menschen seines Lebens zu berau-

ben, ist vom moralischen Standpunkt her immer schändlich und kann niemals, weder als Ziel noch als Mittel zu einem guten Zweck gestattet werden. Sie ist in der Tat ein schwerer Ungehorsam gegen das Sittengesetz, ja gegen Gott selber, seinen Urheber und Garanten; sie widerspricht den Grundtugenden der Gerechtigkeit und der Liebe. "Niemand und nichts kann in irgendeiner Weise zulassen, daß ein unschuldiges menschliches Lebewesen getötet wird, sei es ein Fötus oder ein Embryo, ein Kind oder ein Erwachsener, ein Greis, ein von einer unheilbaren Krankheit Befallener oder ein im Todeskampf Befindlicher. Außerdem ist es niemandem erlaubt, diese todbringende Handlung für sich oder für einen anderen, der seiner Verantwortung anvertraut ist, zu erbitten, ja man darf in eine solche [Handlung] nicht einmal explizit oder implizit einwilligen. Auch kann sie keine Autorität rechtmäßig auferlegen oder erlauben".9

Was das Recht auf Leben betrifft, ist jedes unschuldige menschliche Lebewesen allen anderen absolut gleich. Diese Gleichheit bildet die Grundlage jeder echten sozialen Beziehung, die, wenn sie wirklich eine solche sein soll, auf der Wahrheit und der Gerechtigkeit gründen muß, indem sie jeden Mann und jede Frau als Person anerkennt und schützt und nicht als eine Sache betrachtet, über die man verfügen könne. Im Hinblick auf die sittliche Norm, die die direkte Tötung eines unschuldigen Menschen verbietet, "gibt es für niemanden Privilegien oder Ausnahmen. Ob einer der Herr der Welt oder der Letzte, 'Elendeste' auf Erden ist. macht keinen Unterschied: Vor den sittlichen Ansprüchen sind wir alle absolut gleich". 10

Referenzen

 KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEH-RE, Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung Donum vitae (22. Februar 1987), Einleitung, Nr. 5: AAS 80 (1988), 76-77; vgl. Katechismus der katholi-

Seite 64 Band VI/Nr. 1

- schen Kirche, Nr. 2258.
- Didaché, I, 1; II, 1-2; V, 1 und 3: Patres apostolici, ed. F. X. Funk, I, 2-3, 6-9, 14-17; vgl. Brief des Pseudo-Barnabas, XIX, 5: ebd., I, 90-93.
- 3. Vgl. Katechismus der katholischen Kirche, Nr. 2263-2269; vgl. auch Katechismus des Konzils von Trient III, Par. 327-332.
- 4. Katechismus der katholischen Kirche, Nr. 2265.
- Vgl. HL. THOMAS VON AQUIN, Summa Theologiae, II-II, q. 64, a. 7; HL. ALFONS VON LIGUORI, Theologia moralis, 1. III, tr. 4, c. 1, dub. 3.
- II. VAT. KONZIL, Dogmatische Konstitution über die Kirche Lumen gentium, 12.
- 7. Vgl. Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute *Gaudium et spes*, 27.
- 8. Vgl. II. VAT. KONZIL, Dogmatische Konstitution über die Kirche *Lumen gentium*, 25.
- Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung über die Euthanasie Iura et bona (5. Mai 1980), II: AAS 72 (1980), 546.
- JOHANNES PAUL II., Enzyklika Veritatis splendor (6. August 1993), Nr. 96: AAS 85 (1993), 1209.

TAGUNGSBERICHT

Enquete: "Sterbebegleitung - nicht Sterbehilfe"

Wien, Allgemeines Krankenhaus, 17. Jänner 1999

In Österreich herrscht ein ziemlich breiter In Osterreich neutsche em ____ Konsens darüber, daß Sterbehilfe als Tötung auf Verlangen keine akzeptable Lösung ist und daher kein Bedarf für eine Änderung der diesbezüglichen Rechtslage besteht. Alle im Parlament vertretenen Parteien haben sich diesem Konsens angeschlossen. Trotzdem ruft das Thema eine gewisse Nervosität hervor. Auf der einen Seite spürt man einen gewissen Druck vom Ausland: Die holländische Lage hat zumindest Signalwirkung, ebenso die Entstehung von sogenannten Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz. Auf der anderen Seite tritt auch im Inland so mancher Prominenter offen für "aktive Sterbehilfe" ein. Hier ist hinzuzufügen, daß seit Monaten zu diesem Thema landesweit laufend Veranstaltungen stattfinden. Mit einem Wort: die öffentliche Diskussion ist im Gange.

Ende Jänner veranstaltete der Wiener Krankenanstalt Verbund gemeinsam mit der Wiener Patientenanwaltschaft im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien eine Enquete zu diesem Thema. Gleich am Anfang stellte der Veranstalter Prof. PICKL fest: "Aktive Sterbehilfe ist ethisch nicht vertretbar und mit dem Selbstverständnis des Arztes unvereinbar." Der Rechtsphilosoph Prof. Gerhard LUF befaßte sich mit der These des Wiener Arbeitskreises "Menschenwürdig sterben", daß "das Recht auf selbstbestimmtes Leben das Recht auf selbstbestimmtes Sterben... einschließe" und behauptete, daß dieser These ein unzulässiger Autonomiebegriff zugrunde liegt, denn Autonomie als Fundamentalbegriff darf nicht mit beliebiger Wunscherfüllung verwechselt werden. Triftig ist für Luf die Gegenthese, daß aus dem Recht des Menschen auf Selbstbestimmung kein Recht auf Tötung, weder durch sich selbst, noch durch einen anderen, abgeleitet werden kann".

Über die rechtliche Lage in Österreich sprach der Wiener Jurist Prof. Michael MEMMER (Römisches Recht). Während eine aktive direkte Euthanasie von der Österreichischen Gesetzgebung verboten ist, kann eine indirekte aktive und passive Sterbehilfe (Behandlungsabbruch) in vielen Fällen legal sein. Zunächst kann der Arzt gegen den ausdrücklichen oder gegen den mutmaßlichen Willen des Patienten keinen Eingriff vornehmen, anderseits ist der Arzt nicht verpflichtet, Maßnahmen zu setzen, die medizinisch nicht mehr vertretbar sind.

Dozent Johannes MERAN stellte in seiner Doppelkompetenz als Onkologe und Ethiker klar, daß in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen Tun und Unterlassen nicht immer ethisch relevant ist. Denn vor allem auf die Absicht käme es an. Eine Unterlassung mit Tötungsabsicht oder - wo eine Handlungspflicht besteht - eine Unterlassung mit tödlichen Folgen, sind direkte und keine indirekten Tötungen. Auf jeden Fall, so MERAN, sollte man die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie aufgeben, weil sie ethisch irrelevant sei. Das ärztliche Handeln soll den Tod niemals beabsichtigen, darf ihn aber unter gewissen Bedingungen in Kauf nehmen. Dr. Christian RICHNER aus Winterthur legte die Lage in der Schweiz dar und ging besonders auf die Aktivitäten der eidgenössischen Organisationen der organisierten Freitodhilfe, Exit und Dignitas, ein. Exit sind seit ihrer Gründung 70.000 Schweizer beigetreten. Dignitas entstand 1998, als Exit neue, moderate Richtlinien

Seite 66 Band VI/Nr. 1

TAGUNGSBERICHT Amago Hominis

verwarf. Sie helfen Selbstmordwilligen, ihren Wunsch in Erfüllung zu bringen, 1998 begleitet Exit 120 sterbewillige unheilbar Kranke in den Tod. Dr. Michaela WERNI, ärztliche Leiterin der Hospizstation im Geriatriezentrum am Wienerwald, erläuterte die Zielsetzung und alltägliche Praxis der Hospize. Freilich ist die Zahl der verfügbaren Hospizplätze wie ein Tropfen auf dem heißen Stein. Daher wurde für die Gründung von vielen Palliativ-Stationen plädiert. Vor wenigen Wochen wurde in Wien die Österreichische Palliativgesellschaft gegründet, für die Dr. WERNI zur Generalsekretärin gewählt wurde. Sie hat die Aufgabe übernommen, durch Bildungsveranstaltungen zu den Themen der Palliativmedizin und -pflege sowie durch Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen den Umgang mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu Hause, aber vor allem in Spitälern und Pflegeheimen zu verbessern. Die Gesellschaft möchte sinnvolle Alternativen zur Forderung nach aktiver Sterbehilfe aufzeigen.

Die Diskussion hat keine Kontroverse gebracht. An ihr haben sich vor allem Ärzte und Pfleger, die entschieden gegen Sterbehilfe und für Sterbebegleitung sind, beteiligt. Primarius Doz. Berger von der Neurologie Rosenhügel bedauerte, daß sich immer mehr Ärzte bei Komapatienten mit geringfügigen Heilungschancen allzu leicht für einen Behandlungsabbruch entscheiden. Für ihn ist auch das schon eine Art Euthanasie. Diese spezielle, ganz wichtige Frage konnte natürlich nicht ausdiskutiert werden. Es ließ sich jedoch durchblicken, daß die Ausarbeitung der Behandlungsabbruchskriterien eine sinnvolle Alternative zu den Legalisierungsbestrebungen der aktiven Sterbehilfe darstellt.

Enrique H. PRAT

Nachrichten

USA: Die Alternativmedizin breitet sich rasch aus

Homöopathie, und andere alternativ-medizini-Jahr 1997 erhielten nach einer Un- nahmen zu Interferenzen kommt, tersuchung der Harvard Medical die die medizinische Wirksamkeit alternativ-medizinische Behandlung.

Das Journal of the American Medical Association veröffentlichte Patienten suchen das Gespräch zahlreiche Untersuchungen über mit dem Arzt Alternativ-Therapien, wie dies der International Herald Tribune vom und manche wie Placebos.

die gleichen Wirkungen wie Place- die Befragung zu HIV-gefährdende der suchungen zeigen.

gen ausgegeben haben, die überwiegungsmethode zu vernachlässigen. gende Mehrheit war nicht durch Wichtig ist nur, daß der Dialog die Sozialversicherungen gedeckt. zwischen Patienten und Ärzten ge-Interessanterweise informieren nur führt wird. Entspannungs- 40% dieser Patienten ihre Ärzte. Techniken, chiropraktische Heil- Diese unterbliebenen Mitteilungen Lordelin del Rosario, UCSF Press Re-Elektro-Akupunktur könnten dazu führen, daß es zwi- lease, 4. 1. 1999 schen ärztlich verordneten Medikasche Praktiken verursachen Furore menten und gleichzeitigem Zugriff Neue Methode zur Gewinnung in der Bevölkerung der USA. Im zu alternativmedizinischen Maß- eines AIDS-Impfstoffes in Sicht School 83 Millionen Personen eine der Verordnungen beeinträchtigen.

Aceprensa 165/98, 25. Nov. 98

Eine neue Methode, Antikörper gegen eine Großzahl verschiedener HI-Viren zu entwickeln, läßt auf einen breit wirksamen AIDS-Impfstoff hoffen. Wissenschaftler der Universität Montana und des Howard Hughes Medical Institute (HHMI), Universität New York, Eine neue Studie der Universität hatten die Idee, einen HI-Virus-Be-12. 11. 98 als Antwort auf zahlrei- von Kalifornien, San Francisco fall der Zelle gerade im Prozeß der che Anfragen von Lesern (zumeist (UCSF), weist nach, daß Patienten Fusion "einzufrieren". Zur Überra-Ärzten) anführt: Sind diese Heil- bereit sind, auch über riskantes Ver- schung aller beteiligten Forscher mittel überhaupt wirksam? Die halten mit ihrem Hausarzt zu spre- war dieses aufwendige Experiment Antwort ist, daß nicht immer Er- chen. Diese Erkenntnisse sind ein erfolgreich. Zunächst provozierten gebnisse erbracht werden, einige entscheidender Schritt, um einen die Forscher mittels Gentechnik Mittel funktionieren, viele nicht Dialog zwischen Patienten und Affenzellen, die HIV-Oberflächen-Ärzten über heikle Themen zu be- moleküle (Glykoproteine) zu pro-Die Ergebnisse der Akupunktur ginnen, seien es risikoreiche sexuel- duzieren, die im Infektionsprozeß an der Zehe bei schwangeren Frau- le Praktiken, Drogen- und Alkohol- für die Ankoppelung an die Zelle en führte beispielsweise zu Ergeb- konsum oder Gewalt in der Fami- verantwortlich sind. Dann vernissen, welche die Ärzte erstaun- lie. Obwohl solche Gespräche mischten sie diese genmanipulierten. Die Therapie wird angewandt, letztlich dem Patienten helfen, ge- ten Affen- mit menschlichen Zelum zu erreichen, daß der Fötus vor wisse Gesundheitsrisken zu mei- len, deren Oberfläche die Rezeptoder Geburt mit dem Kopf nach un- den, finden sie oft aus mangelndem ren aufweisen, in die sich das HIV ten zu liegen kommt. Dieses Mittel Verständnis der Ärzte oder aus einklinkt. Im Akt der Verschmelwirkte in 75% von 130 angewand- Scheu darüber zu sprechen, nicht zung wurden die Zellen "eingefroten Fällen. Chiropraktische Massa- statt. Patienten geben bereitwillig ren", wodurch die Moleküle in ihgen gegen Kopfschmerzen, Elek- Auskunft, wenn sie gefragt werden rer räumlichen Position fixiert wertroakupunktur zur Nikotin-Ent- - das ist das Wesentliche. Dabei den konnten. Dann injizierten sie wöhnung, die Einnahme von spielt die Methode der Befragung dieses Gemisch in gentechnisch Garnicia cambogia zur Gewichts- nur eine geringe Rolle. Die unter- konditionierte Mäuse. Das mit Anabnahme usw. ergaben keine oder schiedlichsten Ergebnisse erbrachte tikörpern angereicherte Blutserum immunisierten Mäuse weist bo, wie die veröffentlichten Unter- n Praktiken: 71% der Befragten ga- nun Antikörper auf, die imstande ben via Computer HIV-riskante sind, verschiedene Gruppen von Die Nordamerikaner dürften im Praktiken zu, im direkten Ge- HI-Viren zu neutralisieren. Man vergangenen Jahr ungefähr 27 Mrd. spräch dagegen nur 63%. Dennoch spekuliert nun, daß die Entwick-Dollar für alternative Behandlun- sind die Unterschiede in der Befra- lung eines Impfstoffes wahrscheinNACHRICHTEN Imago Hominis

lich über die Isolation ienes spezifidiese Antigene auch bei Primaten ßig zum Einsatz kommt. in der Lage sind, eine Antikörperdings noch offen.

HHMI News, 15. Januar, 1999

Antiraucher-Kampagne in GB

Die ersten professionell dokuwohnheiten Länder aufgenommen zu werden.

jährlich. Damit ist es die häufigste ten des FMLN, welche die verschie- Unsicherheit. Pfund.

Hilfe anbieten, das Rauchen aufzu- JOHANNES PAULS II. bei seinem geben; nachprüfen. Der überwie- kürzlichen Besuch in Mexico. gende Teil der Patientenkontakte spielt sich in der ambulanten Be- Aceprensa 24/99, 16. Februar 1999 treuung ab. Dort ist auch primär anzusetzen.

Die veröffentlichten Richtlinien Klonen wenden sich demnach an alle, die mit Patienten in Kontakt stehen. Spezielle Empfehlungen gelten für daß man Säugetiere aus ausgewachdas Krankenhauspersonal, Schwangere und Jugendliche.

Die vorliegenden Empfehlungen beim Menschen möglich sein

Reaktion auszulösen, bleibt aller- British Medical Journal 1999, 318: 182-185

El Salvador: Verfassungsänderung mit Recht auf Leben ab der Empfängnis

Letzte Neuigkeiten zum Thema

Als vor 2 Jahren bekannt wurde, auf schließen läßt, daß dies auch Bioethik-Komitees empfahlen ganz

schen Glykoproteins läuft, das die sollen durch Einschulung aller im könnte, löste dies weltweit eine hef-Ankoppelung der HI-Viren an die Gesundheitswesen Tätigen in die tige ethische Debatte aus. Auch menschlichen Zellen auslöst. Die Tat umgesetzt werden, so daß diese wenn heute die Anwendung dieser Herstellung könnte mittels kombi- kostengünstige und hochwirksame Technik beim Menschen mehrheitnierter Gentechnik gelingen. Ob Schadensvermeidung routinemä- lich abgelehnt wird ("hartes" Klonen - zur Reproduktion), findet sie schon breite Zustimmung, wenn sie therapeutischen Zwecken ("weiches" Klonen) dient. Aus letzterer könnten transplantationsfähige Gewebe oder Organe entwickelt oder Heilmittel (Parkinson) entwickelt werden. Am 20. November 1998 äußerte sich die Europäische Von 1973 bis April 1997 war in Gruppe für Bioethik (EGB), ein die mentierten Richtlinien des engli- El Salvador eine straffreie Abtrei- Europäische Kommission beratenschen Gesundheitswesens hinsicht- bung nur in drei Fällen möglich: des Expertenkomitee, zur Frage, ob lich des Aufgebens von Raucherge- Lebensgefahr für die Mutter, Verge- aus gemeinschaftlichen Mitteln ver- waltigung oder schwere Anomalie Versuche mit menschlichen Emöffentlicht. Ihr Ziel ist es, wirksa- des Fötus. Das neue Strafgesetz von bryonen finanziert werden dürfen, me und kostengünstige Maßnah- 1997 erklärt jedoch die Abtrei- wenn diese zu ihrer Zerstörung men, das Rauchen aufzugeben, in bung, aus welchem Grund auch führen, oder ob eine Finanzierung den Routinebetrieb des englischen immer, für unerlaubt. Zur selben nur für Versuche zugunsten des Gesundheitswesens zu integrieren. Zeit wurde im Parlament eine Ver- Embryos, d.h. zum Zwecke der Sie dürften sich möglicherweise fassungsänderung verabschiedet, Transplantation oder Schwangerauch als geeignet erweisen, in Ge- die das Recht auf Leben von der schaft gedacht ist. Das EGB empsundheitsvorsorgesysteme anderer Empfängnis an garantiert. Alle Par- fiehlt, eine Finanzierung von Verteien gewährten ihren Abgeordne- suchen mit Embryonen nicht von In Großbritannien fordert das ten Stimmfreiheit. Erstaunlich ist, vornherein auszuschließen. Recht-Rauchen mehr als 120.000 Tote daß sogar von den 27 Abgeordne- lich gesehen besteht noch große vermeidbare Todesursache, verbun- denen marxistischen Ex-Guerille- Schutz des Embryos ist schwach, den mit Kosten für das National ros zusammenfaßt, 15 für die Ver- die einschlägigen Bestimmungen Health Service von 1500 Millionen fassungsänderung stimmten, wäh- der Europäischen Konvention für rend sich die übrigen der Stimme Bioethik werden von den Experten Die wesentlichsten Maßnahmen enthielten. Insgesamt konnte das als nicht eindeutig genug erachtet. der individuellen Raucher-Thera- Stimmverhalten der Abgeordneten Die Konvention befindet sich mopie durch Ärzte sind relativ ein- nicht in das übliche Schema Links mentan in der Phase der Ratifikatifach: Bei jeder sich bietenden Gele- und Rechts eingereiht werden. In on, Belgien und Großbritannien genheit nach den Rauchgewohn- der Debatte zitierten mehrere Ab- haben bisher nicht ratifiziert. Es ist heiten fragen; den Rat geben und geordnete die Botschaft des Papstes zu befürchten, daß sie Vorbehalte anmelden werden, womit die Konvention ein gut Teil seiner Wirksamkeit verlieren würde. Tatsächlich erlauben die meisten Staaten der Europäischen Union Versuche mit Embryonen. Ein Verbot der gemeinschaftlichen Finanzierung von Versuchen, die eine Zerstörung von Embryonen implizieren, würde praktisch einen Großteil der senen Zellen klonen kann, was dar- Versuche betreffen. Zwei britische

Imago Hominis

ausdrücklich der Regierung, das "harte" Klonen zu verbieten und das "weiche" zu erlauben. Acht Tage später behaupteten südkoreagelungen. Der Versuch sei aber abder Leiter jenes Teams, das das Schaf Dolly erzeugte meldete sich zu Wort: Man werde nun mit dem Klonen des Menschen beginnen.

Aceprensa 22/99, 16.Februar 1999

Italien novelliert das Fortpflanzungsgesetz |

künstlichen verbietet. Bei spendern) Abstimmung im Parlament setzte sich eine Mehrheit von 251 zu 215 Kathpress, 5.2.1999

Stimmen für den Vorschlag durch. In den ersten Reaktionen kündigten die linksgerichteten Parteien eine Die italienische Abgeordneten- Volksabstimmung für ein liberales nische Wissenschaftler, ihnen sei kammer hat einen Gesetzesartikel Fortpflanzungsgesetz an. Vor der das Klonen von Menschen bereits beschlossen, der die Möglichkeiten entscheidenden Parlamentsabstim-Erzeugung mung hatten sich in den Zeitungen gebrochen worden, als sich die er- menschlicher Embryonen deutlich des Landes zahlreiche Stimmen zu sten Zellteilungen bildeten. Auch einschränkt. Katholische Abgeord- Wort gemeldet. Der "Osservatore nete hatten einen Entwurf ausgear- Romano" hatte sich gegen eine Lokbeitet, der die heterologe Insemina- kerung des Gesetzes ausgesprochen, tion (Einsatz von fremden Samen- weil es die Würde des Menschen der verletze und die Familie bedrohe.

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

RdM RECHT DER MEDIZIN: Wien, Zeitschrift in Deutsch 6. Jahrgang Heft 1, 1999 Editorial, Impressum Martin E. RISAK/Christoph WOLF: zur Alternativmedizin Die Fort- und Weiterbildung im Informationen GuKG: Klaus Schwaighofer/Peter Stei- Mitteilungen NER: Strafrechtliche Überlegungen Inhalt Band 10 zur Einhebung von Arzthonoraren

Schweigepflicht im Strafprozeß? Walter Schwartz: Von Exorzisten Quartalschrift in Spanisch und Heilpraktikern: Geistheilun- Vol. IX, No. 35, 3a 1998 gen rechtlich betrachtet;

an öffentlichen Krankenanstalten:

den Verkehr mit Speisesalz:

Kundmachung von Rechtsvor- AEBI: schriften:

Arbeitsstättenverordnung:

lungsfehler: OGH 5. 5. 1998, 4 Ob de etica 23/98f;

Kosten familiärer Betreuung nach Conferencias: Behandlungsfehler: OGH 10. 9. La Medicina como profesión ética. 1998, 6 Ob 143/98t;

Psychiatrische OGH 27. 1. 1998, 4 Ob 17/98y; Werbung in Krankenanstalten: La Bioética en las instituciones de - La Ciencia y la problemática del OGH 28. 9. 1998, 4 Ob 228/98b: Forum

Buchbesprechung

ETHIK IN DER MEDIZIN. Ber- Mesa Redonda: Corrientes en ética SARRICOLEA, Dra en Biología; Ma lin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch. Band 10, Heft 4, 1998

TE: Passive, indirekt und direkt ak- bro del CAE Hospital Clínico ción médica. Juan Vidal BOTA; Putive Sterbehilfe - deskriptiv und Univ. de Zaragoza; ethisch tragfähige Unterscheidun- Prenontandos éticos: racionalidad Pediatría y Neonatología Hospital gen?; Daniel Schäfer: "Ueber Lei- y personalidad. Prof. Eudaldo For- Univ. Arnau de Vilanova, Lleida; chenentbindungen" am Ende des MENT, Catedrático de Filosofía, Comités Asistenciales de etica: Jahrhunderts. Aspekte ethischen Handelns bei to- ¿Consenso en la ética clínica? Dr. ¿De verdad queremos que funcioten Schwangeren;

KAPPAUF. Johannes Gobertus Me- drid: RAN: Zwischen Hoffnung und Aus- Problemas para un acuerdo social sichtslosigkeit - ethische Fragen amplio en bioética. Prof. José Mi-

Tagungsbericht.

REVISTA CUADERNOS DE versidad Valencia Herbert Wegscheider: Ärztliche BIOETICA, Santiago de Compostela, Spanien

Presentación: Dr. Joaquín Fernán-Novelle zum Bundesgesetz über DEZ-CREHUET, Cated. Medicina - Consideraciones sobre los funda-Preventiva, Málaga.

Programa y conclusiones; Ponencias y comunicaciones: Fun-Kausalitätsnachweis bei Behand- damentación. Comités asistenciales lencia y Departamento de Medici-

Fundamentación:

Dr. H. JOCHEMSEN, Ede, Director Unterbringung: del Lindeboom Instituut, Ede, Ho- Autónoma Barcelona. Profesor Fi-

> Bioética del Consejo de Europa, Psicóloga Miembro del Comité Nacional de Barcelona Bioética de Portugal

clínica: ¿hacia un consenso?

Reivindicación de la ética mediter- cias Biológicas, Madrid Editorial: Gisela Bockenheimer- la dialéctica entre éticas de la virtud ción). José Mª Simón Castellyí, Lucius; y de los principios. Mª Elósegui, Dr. Medicina. Barcelona Originalarbeiten: Michael Quan- Titular de Fª del Derecho; miem- - El criterio de decisión en la actua-

Historische Univ. Autónoma Barcelona

Fall und Kommentare: Herbert Medicina, Univ. Autónoma Ma-

guel SERRANO, Titular de Fa del Derecho, Univ. Complutense, Ma-

Comunicaciones:

- Bioética y Constitución, Vicente BELLVER, Profesor Fa Derecho Uni-

- Interdisciplinariedad, por ejemplo: autoestima. Magdalena Bosh. Dra Filosofía Univ. Barcelona: Ma Rosario López MARTÍNEZ, Psicoterapeuta Familiar, Barcelona

Presidente mentos de la ética clínica. Manuel García Urbón: Pedro Romero: Pablo García; José Ma Monfá; Javier VEGA. Hospital Rio Carrión de Pana Legal de Valladolid

> - Biotecnología Humana: herencia biológica y herencia cultural. Andrés DE HARO VERA, Catedrático emérito de Biología Animal, Univ. logenia Animal y Sociobiología

salud. Dr. Daniel Serrão. Comité sujeto. Rosa Ordóñez Fernández, clínica, psicoanalista.

- Etica y Biotecnología, Mª Luisa Pilar GARCÍA-NOBLEJAS, Dra Cien-

ránea como síntesis integradora de - Hay dos bioéticas (Fundamenta-

rificación Martínez Ubieto, Serv. Ponencias Mes Redonda:

Manuel DE SANTIAGO, Facultad de nen los Comités asistenciales de éti-

ca en el Sistema Nacional de Salud? REVISTA Presidente Comité de Etica del stela, Spanien Hospital La Princesa, Madrid; Bioética y atención primeria. Nie- Vol. IX, No. 36, 4ª 1998 ves Martín Espíldora, Médico, At- Presentación: Dr. Manuel de San-

Comunicaciones:

- do de los consentimientos informa- nica: Ponencias Mesa Redonda: Princesa, Madrid
- Papel, funciones, implantación y dados Intensivos Pediátricos; efectividad de los comités de ética - Solución a los dilemas éticos en la 3.7 - Contribución de la comunicaasistencial en España. Porfirio BAR- práctica clínica. Aquilino POLAINO-ROSO (Titular Etica y Deontologia LORENTE, Catedrático de Psicopa- informado. Sandra FABREGAS (Far-Univ. Complutense y Miembro del tología, Univ. Complutense; C.A.E. Clínica Puerta de Hierro, Comunicaciones: Madrid) y Raquel Caro (Investiga- 3.1 - Se deshumaniza la muerte en (Médico y Jurista, Univ. de Chile); dora FIS, C.A.E. Hospital Puerta el Hospital? Aurelia Arenas López; J. Ferrer (Sacerdote jesuíta y Teólode Hierro)
- mado para Enfermería, desde un mería, Granada; men Galdámez Núñez, Enfermera, técnicas invasivas. Albert Balaguer Fernández-Crehuet Santos; CAE Hospital La Princesa; Jesús SANTAMARÍA, drid

Colaboraciones:

¿Qué es la vida? Originalidad, irrepropósito de un libro de Josef Sei- dad Tapia López; Jaime Zabala intensiva. FERT. Mariano CRESPO;

Debate sobre clonación. Dieter E de Valdecilla, Santander; ducción de Guillermo Hoyos)

Cuestiones de actualidad

Comparación de la trasmisión virósica a través de guantes quirúrgicos en Hepatitis B y por preservativos en Sida. Juan Carlos CLEMENTZ

Dolores VILA-CORO Panorama International Medicina, salud y ética

Congresos y cursos

Bibliografía recibida

Jesús Gonzáles CAJAL, Psiquiatra, BIOETICA. Santiago de Compo-Comunitaria);

Quartalschrift in Spanisch

dos. Sonia Sofía Azcueta Gorosti- - Aspectos éticos de la atención pe-ZA, Secretaria del CAE Hospital La diátrica. Dr. José Mª MARTINÓN, Presidente Sociedad Española Cui-

Adoración Reche Molina; Eduardo

Cruz, Estudiante Psicología;

3.3 - Abandono en el Hospital: un Pública, Univ. de Málaga; problema real. Pilar Briz Garrido; 3.9 - La Enfermería y la Bioética

ZIMMER y Jürgen HABERMAS (Tra- 3.4-El principio de beneficencia. A drid; gal, Valladolid;

Deontología, Paternalismo y Bioé- ante cuestiones de confidenciali- Haya, Málaga;

CUADERNOS DE pañola de Medicina Familiar y

3.6 - Opinión de los residentes de Medicina de Familia sobre problemas de confidencialidad.

MaT. Delgado Marroquín (Mediciención Primaria, Instituto de Bioé- TIEGO, Prof. Endocrinología, Univ. na Familia, Zaragoza); P. Garcés tica y Ciencias de la Salud, Zarago- Autónoma, Madrid: La crisis de la BAQUERO (Med. Familia); M. J. Laconciencia médica en nuestro tiem- villa Fernández, y E. Lahuerta Pérez (Centro Salud Torre Ramo-- Soporte informático personaliza- 3. Dilemas éticos en la práctica clí- na); M. V. Pico Soler, y N. Martín Espíldora (Instituto Bioética y Ciencias Salud de Zaragoza) (Grupo de Bioética Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria);

ción de salud en el consentimiento maceútica, Bioeticista, Univ. Puerto Rico); P. Rodríguez DEL POZO go, Univ. Comillas, Madrid);

- Proyecto de consentimiento infor- Rodríguez VILCHES. Dpto Enfer- 3.8 - Aplicación del protocolo de prevención de la transmisión verti-Comité Asistencial de Etica. Car- 3.2 - Diagnóstico prenatal: uso de cal del VIH: aspectos éticos. Belén Pediatra, Ruiz CANELA; M.A. Martínez Gon-González CAJAL, Médico, Presiden- Prof. Asoc. Univ. Rovira i Virgili, zález; E. Gómez Gracia; J. Fernánte CAE Hospital La Princesa, Ma- Tarragona; Eduardo Gómez de la dez-Crehuet Navajas. Departamento de Medicina Preventiva y Salud

ductibilidad y valor de la vida, A Mercedes Gutiérrez MARTÍ; Sole- ante pacientes críticos en Medicina Carmen Galdámez BLANCO. Hospital Univ. Marqués Núñez, Enfermera Hospital La Princesa, Miembro del CAE, Ma-

> propósito de un caso sin consenti- 3.10 - Aproximación ética y jurídimiento informado. Aurelio Castil- ca en el empleo de asistencia médi-LA, Med. Psiquiatra; Javier Vega ca forzosa. Félix José Martín GUTIÉRREZ, Titular Medicina Le- GALLARDO (MIR UCI); Adrián Cordón LÓPEZ (Jefe Clínico UCI, 3.5 - Los estudiantes de Medicina Presidente CAE). Hospital Carlos

tica Associació Catalana d'Estudis dad. MªT. Delgado Marroquín 3.11 - Dilema ético de empleo de (Medicina Familia, Zaragoza); P. medicación de uso compasivo, pre-Una reflexión sobre el aborto. Mª Garcés BAQUERO (Med. Familia); vio a la concesión de la Administra-M.J. Lavilla Fernández, y E. Lahu-ción Central. Carmen Mas Arcas, erta Pérez (Centro Salud Torre Ra- Farmacia, Fundación Instituto Vamona); L. Jericó Clavería, y R. Al-lenciano de Oncología, Valencia;

tisent Trotta (Centro Salud Actur) 3.12 - Los dilemas éticos en el Com-(Grupo de Bioética Sociedad Es-plejo Hospitalario Universitario de

talario Universitario de Santiago; to islamico e diritto positivo Univ. Internacional de Cataluña); medicina contemporanea ética en los ensayos clínicos publi- etici: cados?. Miguel Ruiz CANELA; M.A. Notizie flash GONZÁLEZ (Medicina Documentazione Martinez Preventiva Univ. Navarra): B. Dal Magistero del Santo Padre FERNÁNDEZ-CREHUET; E. Gómez Giovanni Paolo II: L'economia Dalla letteratura internazionale GRACIA; J. FERNÁNDEZ-CREHUET deve essere organizzata in modo da (Dpto Medicina Preventiva Univ. permettere alla famiglia di essere un poietiche staminali e "banca" del Málaga):

OZ; M. GARCÍA-FUENTES. Neonato- condizionamenti indebiti logía, Hospital Univ. Marqués de l'insidiano; Valdecilla, Santander:

3.16 - Algunas consideraciones sforzo etico per realizzare una gran- Etica e ambiente sobre los protocolos clínicos y la de strategia in favore della vita uma- Medicina e Morale 1996-1998 historia clínica. Mª Carmen Vidal na CASERO. Titular H² de la Farmacia Giovanni Paolo II: Nessuna auto- ETHICS & MEDICINE y Legislación Farmaceútica, Univ. rità, neppure lo Stato, può giustifi- An International Christian Perde Valencia:

Colaboraciones:

Bioética actual. Javier Núñez Gar- indice di preoccupante decadenza Zeitschrift in Englisch

Enfermería: Bioética en Enfer- Dalla Santa Sede mería. Nancy Páez Pinilla;

Etica Clínica: Una muerte digna, 19º sessione dell'Assemblea Gene- John Wesley (1703-1791): Primitipara una vida digna. Mª del Carmen rale Amaro:

de bienes. M. VALLE, MaT. BENITO, miglia: Dichiarazione sulla caduta creation A. HERNÁNDEZ

Cuestiones de actualidad Congresos y cursos de bioética Bibliografia recibida

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. 1998/5

Editoriale: Per una legge significativa sulla procreazione artificiale G.M. MIGLIETTA, Donum vitae ten on, 1997);

years later

Santiago. Ma Dolores Peñalver; Ma ciali alle richieste eutanasiche Dolores VALENCIA; Ramón BARBA; D. ATIGHETCHI, Le leggi sull'aborto Notiziario Ramón Castro. Complejo Hospi- in alcuni Stati musulmani: tra dirit-

3.13 - La finalidad del testamento MARNIGA. Per una revisione critico-

Manueal Surera (Médico oncólo- Il dibattito nella bioetica: In tema ale della Fertilità. Università Cattogo, Hospital General de Cataluña); di cure palliative: aspetti clinici, 3.14 - ¿Es suficiente la información implicazioni psicologiche, dilemmi Recensioni

luogo di vera realizzazione umana: 3.15 - Dilemas éticos en neonatolo- Il Papa: Il Vangelo non pone limiti mentazione nei Paesi in via di svigía. Pablo Vallés SERRANO; P. Muñ- alla ricerca scientifica: la libera dai luppo?;

Il Santo Padre: È necessario uno Segnalazioni Bibliografiche

care moralmente Fundamentación: Los desafíos de la mazione di un delitto in diritto è (NL) di una civiltà:

> Delegazione della Santa Sede alla ned Doctors Murder dell'ONU: La

della fecondità nel mondo to Padre Giovanni Paolo II ai con- on

gressisti Organismi Internazionali

European Forum for Good Clini- RdU RECHT DER UMWELT: cal Practice: Guidelines and Re- Wien, Zeitschrift in Deutsch commentations for Ethics Committees (Revised Editi- Editorial

Conclusioni del XIX Congresso Bernhard MÜLLER: Der Vorschlag MIGONE, Le risposte mediche e so- mondiale della FIAMC e del 67° eines Bundesgesetzes, mit dem der

Congresso annuale della CMA

Giornata di studio su "Qualità della vita e malattia da HIV"

Corso per Insegnanti del Metodo vital, Mª Victoria ROOUÉ (Filosofía, filosofica ed epistemologica della Billings 1997-1998, Centro Studi e Ricerche per la Regolazione Naturlica del Sacro Cuore, Roma

> Mele, La bioetica al femminile (A. ROMANO): F. CAPRA, La rete della vita. Una nuova visione della natura e della scienza (D. MARCHETTI)

Trapianto in utero di cellule ematosangue; Un'etica ad hoc per la speri-Effetti clinici che dell'omeopatia: sono effetto place-Son o od

l'uccisione spective on Bioethics dell'innocente. La tragica trasfor- Illinois (USA), London (UK), Ede

Vol 15:1 1999

Ben MITCHELL, Ph.D.: When Lear-

causa ve Physic

dell'ambiente è la causa dell'uomo Joseph S. Spoerl, PhD: In Vitro Cáncer, información y disposición Pontificio Consiglio per la Fa- Fertilization and the Ethics of Pro-

> Gillian CRAIG, MD., FRCP.: Pallia-Il Segretario di Stato Card. Angelo tive Care from the Perspective of a Sodano al XIX Congresso mondia- Consultant Geriatrician - The le della FIAMC: Messaggio del San- Dangers of Withholding Hydrati-

> > Book Reviews

European Jahrgang Heft 4, 1998

Beiträge:

Schutz der Umwelt vor Auswir- Aufwandersatz: Unverjährbarkeit Case Study: Barry Markovitz and kungen von Betriebsanlagen gere- der Kostenersatzpflicht nach § 31 Larry May: Three Patients, Two gelt wird (Betriebsanlagengesetz) Bernhard RASCHAUER: "Betriebsan- Nachbarrecht: Bestimmtheit des At Law: Alexander Morgan CAlagengesetz" - Kritische Anmer- Klagebegehrens bei nachbarrechtli- PRON: Too Many Parents kungen Siegfried Breier: Klimaschutz im OGH in Leitsätzen: Rahmen der Vereinten Nationen Nachbarrecht: Nachbarrechtlicher Suicide and Active Euthanasia; nach Kyoto Martin Attlmayr: Zur kompetenz- meingebrauch rechtlichen Problematik der Um- Neues setzung der Art 11 und 12 der "Se- WEGSCHEIDER) veso II"-Richtlinie Rechtsprechung Europarecht: Umweltverträglichkeitsprüfung: THE JOURNAL OF MEDICI- Paul J. EDELSON: Patient, Heal Erneute Genehmigung eines Flä- NE AND PHILOSOPHY. A Fo- Thyself; chennutzungsplans Anlagenrecht: Voraussetzungen für of Medicine. Dordrecht / Boston/ Conception of Care in Nursing; die Gewährung von Beihilfen für London. Bimestrale Zeitschrift in In the literature die Stahlindustrie zur Anpassung Englisch. vorhandener Anlagen an die neuen Vol 23 No. 4, 1998 Umweltschutznormen Abfallrecht: Umsetzungsfrist - Bioethic(s): One or Many? Wirkungen – Abfallbegriff Verfassungsrecht: Bau- und Raum- and Humanities: What Makes Us HASTINGS CENTER REPORT. ordnungsrecht: Zur Parteistellung One Filed? von Nachbarn Verwaltungsrecht: Umweltverträglichkeitsprüfung: UVP-Pflicht bei "offenen Flächen" Gewerberecht: Grenzen letztmali- MILLER: The Internal Morality of ger Vorschreibungen Wasserrecht: Auftrag für Nachmieter VwGH in Leitsätzen: ions' Objection to Fetal Tissue Gewerberecht: Überprüfbarkeit Transplantation; von Auflagen Gewerberecht: Bestimmtheit von of Bioethics: Contingency and Re-Gewerberecht: Grenzen der Abstandnahme von Auflagen Gewerberecht: Änderungsgenehmigung Baurecht: Zweckänderung bei ei- Volume 28 No. 5, 1998 nem Stall Strafsachen: Gewässerverunreini- From the Editor gung: Potentielle Gefährdung des Letters Fischbestandes; teilbedingte Straf- Old World News: Richard H. Ni- Robert A. Crouch and John D. nachsicht Zivilsachen: Nachbarrecht: rechnung Dritter (hier des Bauun- Approach to Maternal-Fetal Con- Christine GRADY: Science in the ternehmers) beim nachbarrechtli- flict; Stan van HOOFT: The Me- Service of Healing; chen Ausgleichsanspruch

Abs 3 WRG chen Unteralssungsansprüchen Unterlassungsanspruch und Ge- Dorothy NELKIN and Lori AN-Umweltrecht Buchbesprechungen Informationen Loretta M. KOPELMAN: Bioethics D. Micah Hester: The Place of Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Community in Medical Encoun-Howard Brody and Franklin G. Medicine: Explication and Appli-Wasserpolizeilicher cation to Managed Care; Lynn GILLAM: The 'More-Abort-

levance HASTINGS CENTER REPORT. Mißbräuchliche New York, USA. Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Contributors CHOLSON: Power Corrupts...? Zu- Deborah HORNSTRA: A Realistic ons aning of Suffering;

Hearts:

Nicholas Dixon: On the Difference between Physician-Assisted

DREWS: Homo Economicus: The (Herbert Commercialization of Body Tissue in the Age of Biotechnology;

Reviews:

Maurice A. M. DE WACHTER: Sociology and Bioethics;

rum for Bioethics and Philosophy David L. Perry: Challenging the

In brief: The Illicit Use of Licit Drugs

Stuart F. Spicker: Introduction: Calendar and Announcements: Inside back cover

New York, USA.

Volume 28 No. 6, 1998

Contributors

Letters

Capital Report: Joanne Silberner: The Capital Shooting: No Reflex Legislation, No Long-Term Soluti-

David J. CASARETT, Frona DASKAL, and John Lantos: The Authority Mark P. AULISIO: The Foundations of the Clinical Ethicist;

Scot D. YODER: The Nature of Ethical Expertise;

Case Study: Shelley HENDERSON, Joseph J. Fins, and Ellen H. Mosko-WITZ: Resuscitation in Hospice;

At Law: Rebecca Dresser: Time for New Rules on Human Subjects Research?

Symposium:

Ezekiel J. EMANUEL: Introcuction; ARRAS: AZT Trials and Tribulati-

Leonard H. GLANTZ, George J. AN-

fit" Seriously: Lessons Learned: Review: Lance K. STELL: The Myri- Recensioni: ad Ways We Ration; In the literature Calendar and Announcements Inside back cover

ACTA PHILOSOPHICA, Rom. Italien. Quartalzeitschrift in Italienisch Vol. 7 (1998), fasc. 2 Luglio/Dicembre Studie Roots of Karl POPPER's Epistemolo-Mario Castagnino – Juan José Sanand the Arrow of Time; Luis ROMERA: dell'essere. dell'esistenza e religione Note e commenti: Maria Aparecida Ferrari: Le ragio- Lanueva) ni della tolleranza. Riflessioni sul H. C. DE LIMA VAZ, Escritos de Fipensiero di Norberto Bobbio Javier VILLANUEVA: Lo stato attuale ha CRUZ) dell'argomento "evoluzione"

Cronache di filosofia:

NAS, Michael A. GRODIN, and Wen- Identità e statuto dell'embrione ANTHROPOTES. Rivista ufficiady K. Mariner: Research in De- umano (J. Villanueva); Filosofia e le del Pontifico Istituto Giovanni losofica: H. BÜRKLE, Der Mensch auf der Su- Editoriale che nach Gott - die Frage der Reli- Sommari gionen (I.I. SANGUINETI); ciencia moral (H. FITTE): L. Polo, Nominalismo, idealismo v realismo (S. COLLADO): M. RHONHEIMER, La filosofia politica di Thomas Hobbes: coerenza e Mariano Artigas: The Ethical L. Scheffczyk - A. Ziegenaus, Der Gott der Offenbarung, Gotteslehre (L. Romera) Schede bibliografiche: GUINETI: Gnoseology, Ontology, I. R. AYLLÓN, Desfile de modelos, Análisis de la conducta ética (M. Questione Pérez DE LABORDA) problematicità U. BORGHELLO, Liberare l'Amore.

Pubblicazioni ricevute

Indice del volume 7 (1998)

In rilievo: La comune idolatria, l'angoscia in Dogmatic Sexual Ethic; Reto NAY: agguato, la salvezza cristiana (I. VIL- Alcune riflessioni sull'esegesi e sul metodo storico:

> "non comprehensum" por la cultura de la muerte.

BUCHBESPRECHUNGEN

GEBURTSHILFE ALS STERBEHILFE

Mirjam ZIMMERMANN

Zur Behandlungsentscheidung Neugeborener und Frühgeborener

Peter Lang Verlag, Europäischer Verlag der Wissenschaft

Frankfurt am Main, 1997

Seiten 423

ISBN 3-631-32760-9

Die Studie von Mirjam ZIMMERMANN über eines der brisantesten Themen der Neonatologie wurde 1997 als Dissertation im Fachbereich Evangelische Theologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg angenommen, und soll, so die Intention der Autorin, vor allem als Entscheidungshilfe für Ärzte und betroffene Eltern dienen, die aufgrund der Errungenschaften der heutigen Medizin verstärkt dem Entscheidungskonflikt ausgesetzt sind, inwieweit das technisch Mögliche auch das in der konkreten Situation Gebotene ist.

Läßt sich jeder Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen auch ethisch rechtfertigen? Solche Fragen gewinnen insbesondere bei schwerstbehinderten Säuglingen wenn z.B. auch durch das Ausschöpfen aller medizinischen Möglichkeiten das Leben nur unter dauerndem Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen (z.B. Beatmung) erhalten werden kann oder der Sterbeprozeß nur künstlich verlängert wird. Kann man von einem Heilerfolg sprechen, wenn zwar die lebenserhaltende Therapie gelingt, später aber mangels Institutionen und Förderprogrammen eine Rehabilitation oder Sozialisation des Schwerstbehinderten unterbleibt?

Mirjam ZIMMERMANN untersucht an Hand von Umfrageergebnissen an den jeweiligen Kliniken, die vor allem unter Ärzten und betroffenen Eltern durchgeführt wurden, sowie unter Berücksichtigung verschiedener "Empfehlungen", die, von unterschiedlichen ideologischen

Standpunkten ausgehend, Lösungsvorschläge anbieten, die rechtliche Grauzone, in der sich die Betroffenen bewegen.

Ihre ethische Reflexion ist daher der Versuch, eine Handlungsentscheidung hinsichtlich der zugrundeliegenden Kriterien und Maximen zu untersuchen, mit dem Ziel, Handlungsorientierung zu geben und Argumentationszusammenhänge überprüfbar und damit kommunizierbar zu machen.

Dies scheint vor allem deshalb geboten, zumal aufgrund der Ergebnisumfragen davon ausgegangen werden muß, daß nicht nur einheitliche Richtlinien fehlen, sondern daß vor allem bei den einzelnen Krankheitsbildern ein weitgehender Konsens der einzelnen Kliniken bei der Vorgangsweise fehlt. Lediglich bei drei Krankheitsbildern, die hier aber nicht weiters erläutert werden sollen, kann man von einer annähernd gleichen Einschätzung der befragten Kliniken sprechen.

Dieser Dissens, der im konkreten Einzelfall eine Entscheidung für oder gegen das Leben bedeutet, die Tatsache der fehlenden ethischen Richtlinien sowie der enorme Entscheidungsdruck, der letztlich auf allen involvierten Personen lastet, sollte Anlaß genug sein, eine öffentliche Thematisierung dieses fast schon tabuisierten Themas zu wagen.

ZIMMERMANN versucht daher auch, unter Einbeziehung einer biblisch – theologischen Orientierung sowohl aus alttestamentarischer als auch aus neutestamentarischer Sicht, christlich-ethische Aspekte einzubringen, um so eine Entscheidungshilfe zu bieten, ohne jedoch konkrete Anweisungen für Einzelfälle zu geben.

Besonders herauszuheben ist der von der Autorin mituntersuchte Konflikt zwischen Schwangerschaftsabbruch und Infantizid, wobei hier besonders deutlich wird, wie in unserer Gesellschaft "Leben" als solches definiert und ab welchem Zeitpunkt es als schützenswert angesehen wird.

BUCHBESPRECHUNG Image Hominis

Während der Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Voraussetzungen straffrei bleibt und sogar in bestimmten Fällen bis knapp vor der Geburt rechtlich möglich und somit nicht nur von den Abtreibungsbefürwortern, sondern mittlerweile im zunehmenden Maß auch von der Gesellschaft als "ethisch gerechtfertigt" betrachtet wird, so besteht weiterhin eine umfassende Behandlungspflicht bzw. ein striktes Tötungsverbot für Neugeborene.

Nach Ansicht der Autorin, der nur zuzustimmen ist, wird somit die Geburt "zu einer alles entscheidenden Grenzlinie hochstilisiert", vor der ein menschliches Leben nur bedingt in den Verantwortungsbereich ärztlichen Handelns fällt oder, juristisch betrachtet, noch keine oder nur eingeschränkte Grundrechte der Person zu besitzen scheint.

Besonders gefährlich erscheint in diesem Zusammenhang die von manchen Medizinern und sogar Ethikern vertretene Meinung, daß sich das Problem der Behandlung schwerstgeschädigter Neugeborener in Zukunft durch eine bessere Pränataldiagnostik "lösen" ließe.

Eine solche Position ist jedoch in mehrfacher Hinsicht fatal. Zum einen wird die relativ hohe Fehlerquote völlig außer acht gelassen, zum anderen sind viele Schädigungen nicht pränatal diagnostizierbar und treten auch oft erst mit oder durch die Geburt zutage.

Das gewichtigste Argument gegen die "pränatale Lösung" stellt nach ZIMMERMANN eine damit implizierte Verkehrung des ärztlichen Auftrages dar: Statt der Linderung oder der Behebung der Krankheit erfolgt durch den mit der Pränataldiagnose verknüpften Schwangerschaftsabbruch eine "Eliminierung des Kranken". Ein solches ärztliches Tun ist mit keinen bisher vertretenen grundlegenden Handlungsmaximen eines Arztes zu vereinbaren und kann nur durch "...Ignoranz gegenüber dem menschlichen Leben.." erfolgen. Der ärztliche Auftrag verkehre sich in ein gefährliches Doppelmandat, das Heilung und Tötung gleichermaßen umfaßt.

Der Intention der Autorin folgend, sollen die ethischen Ausführungen ihrer Arbeit insofern als Einladung zum gerade im deutschsprachigen Raum längst überfälligen und notwendigen ethischen Diskurs über den Umgang mit schwerstgeschädigten Neugeborenen gesehen werden.

In Österreich, wo Anfang vergangenen Jahres die Debatte über die Legalisierung der Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen wieder aufgeflammt ist, scheint das Bewußtmachen dieser von M. ZIMMERMANN dargelegten Problemfälle notwendig, "zumal auch bei uns, mangels einer rechtlichen Regelung die zur Entscheidung gezwungenen Personen, hier insbesondere die Ärzte und Eltern eines schwerstbehinderten Neu- bzw. Frühgeborenen ohne angebotene Entscheidungshilfen einer großen moralischen Belastung ausgesetzt sind.

Das kürzlich wieder aktualisierte Thema des Schwangerschaftsabbruchs gewinnt unter den kurz angerissenen Aspekten auch bei der anstehenden Diskussion zur Euthanasie neue Relevanz, und sollte daher auch in diesem Zusammenhang beleuchtet werden.

C. MARTENS

BEHANDLUNGSANSPRUCH UND WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT

Ch. Kopetzki, J. Zarl (Hrsg)

Manz – Schriftenreihe Recht der Medizin Bd. 5

Wien 1988

74 Seiten

ISBN 3-214-06597-1

Die Schriftenreihe "Recht der Medizin", die mittlerweile schon mit fünf Titeln rechnet, zeichnet sich durch die Aktualität der Themen, durch die Interdisziplinarität und durch die Praxisorientierung aus. So kann man zweifelsohne sagen, daß sie zur Pflichtlektüre der Ärzteschaft und all jener, die auf dem Gebiet des Medizinrechts am Laufenden sein sollen oder wollen, gehört. Der 5. Band behandelt einen

Band VI/Nr. 1 Seite 77

lingo Hominis Buchbesprechung

Dauerbrenner des Gesundheitswesens der letzten Jahre. Das Thema Ökonomie im Gesundheitswesen wird nicht sehr schnell vom Tisch sein. Dazu sind die Probleme und die zu ihrer Lösung erforderlichen Umstellungen viel zu groß und komplex.

Der Beitrag von Ch. KOPETZKI zeigt, daß man auch im Gesundheitswesen von einer Knappheit der Ressourcen sprechen kann und daß es vor allem einen realen Widerspruch zwischen materiellrechtlichem Anspruch und den tatsächlichen Realisiersungschancen im derzeitigen Gesundheitssystem gibt: "Überall dort, wo es um die Erfüllung von Leistungsansprüchen geht, liegt es auf der Hand, daß das Ausmaß der Realisierbarkeit nicht nur, aber doch ganz wesentlich von der Höhe der eingesetzten Mittel abhängt. Wie hoch diese sind, ist im Ergebnis eine Frage der politischen Entscheidung. Die Beiträge von W. MAZAL und W. BRANDSTETTER gehen auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Österreichischen Gesetzgebung, (AStG § 120 Abs. 1 Z1 und § 133 Abs. 2) ein, die mit drei Begriffen in höchst merkwürdig unscharfer Weise beschrieben wird: Maßnahmen der Krankenbehandlung sollen auf das Maß des Notwendigen, Zweckmäßigen und Ausreichenden beschränkt werden. Laut BRANDSTETTER ist diese eine Leerformel (S 53). Eines ist sicher, dem Gesetz kann weder "ein alleiniges Diktat der Ökonomie" (S 31) noch "ein Recht auf alles" entnommen werden, aber wohl, wie MAZAL es formuliert, ein "Recht auf mehr" (S. 32), d.h. eine Rationierung kann im Gesetz keine Dekkung finden. Heute werden Einsparungen im Gesundheitswesen durch Effizienzsteigerung fast allgemein gefordert. Dieses Ziel zu erreichen wird dadurch erschwert, daß, wie MAZAL ausführt, "der Gesetzgeber nicht bereit ist, durch klare legistische Maßnahmen rechtsstaatliche Wege zu einer echten Einschränkung der Leistung in ökonomischer Hinsicht zu beschreiten" (S 37). F. Harrer zeigt, daß zwei Novellen auf einen Einsparungswillen des Gesetzgebers hindeuten, nämlich die nach § 8 Abs

1 der neuen Fassung des Krankenanstaltgesetzes nunmehr beschränkte Anwesenheitspflicht von Fachärzten und die Ausweitung der Verantwortlichkeit von Turnusärzten laut Ärztegesetz § 2 und 3 – aber eine bedauerliche Korrektur "nach unten", was überdies – laut Brandstetter – eine Vergrößerung der Rechtsunsicherheit bedeutet (57).

G. Luv skizziert die ethischen Probleme, die aus einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens erwachsen: Ersatz von menschlicher Kommunikation durch Technik, medizinisch und sozial ungerechte Verteilung von Ressourcen und verschiedenartige Diskriminierungen, insbesondere des ("Aging"). Die medizinische Versorgung als schwierige Herausforderung der gerechten Verteilung knapper medizinischer Güter ist das politische Thema, das es zu regeln gilt. Die Diskussion ist längst im Gange und hat Einsicht in viele ganz wichtige Aspekte gebracht. Im Rahmen seines Beitrages beschäftigt sich Luv besonders mit dem Vorschlag von Daniel CALLA-HAN ("Setting Limits", 1987), der die Diskussion in Amerika sehr stark beeinflußt hat. Der Versuch Callahans, für jede Biographie eine "Natural Life Span" zu bestimmen, in deren Rahmen jeder das Recht einer umfassenden medizinischen Versorgung hat, während über diesen Zeitraum hinaus nur mehr ein Anspruch auf mögliche effektive medizinische Schmerzenlinderung geltend gemacht werden kann, wird von Luv aus rechtsethischer Perspektive in Frage gestellt. Tatsächlich ist der Vorschlag von CALLAHAN noch nicht ganz reif für eine praktische Umsetzung. Man hat ihn jedoch nicht verstanden, wenn man ihm unterstellt, daß er einer Lebensqualitätsethik Vorschub leistet. Richtig ist jedenfalls die Schlußbemerkung von Luv, daß man nicht die Aufgabe der Lösung des Verteilungsproblems den Ärztinnen und Ärzten allein anlasten darf, da hier gesamtgesellschaftliche Verantwortung gefragt ist.

Das Buch stellt einen sehr seriösen und konstruktiven Beitrag zur innerösterreichischen

Seite 78 Band VI/Nr. 1

BUCHBESPRECHUNG Imago Hominis

Diskussion dar, die vorerst von den Juristen geführt wird. Mediziner, Ethiker und Ökonomen halten sich noch bedeckt. Es wäre wünschenswert, daß die Ärzte diese Diskussion nicht allein den Juristen überlassen und sich stärker einschalten, da sie die größere Einsicht in die anstehenden Probleme haben und letztlich auch von der politisch durchzusetzenden Regelung ganz besonders betroffen werden.

H. Ufer

ABTREIBUNG IN DER DISKUSSION -FÜNFZIG BEHAUPTUNGEN UND IHRE WIDERLEGUNG

Rainer BECKMANN Sinus-Verlag GmbH, Krefeld 1991 174 Seiten ISBN 3-88289-805 4

Die "Fristenlösung" als gesetzliche Regelung der Abtreibung ist bereits so stark im Rechtsbewußtsein der Bevölkerung verwachsen, daß ein Hinterfragen oder gar Infragestellen als Tabubruch, unsozial, ja geradezu menschenverachtend gilt. Die katholische Kirche wird angeklagt, "gegen alles zu sein" und wird ins Abseits gedrängt, weil sie gegen künstliche Empfängnisverhütung ist und die Fristenlösung als "offene Wunde" bezeichnet, Gruppen, die sich "für das Leben" in Demonstrationen vor Abtreibungskliniken einsetzen, werden als naive, intolerante Ruhestörer denunziert. Noch bevor die Herstellerfirma den Zulassungsantrag gestellt hat, wird in großer medialer Aufmachung berichtet: "Abtreibungspille nicht aufzuhalten". "Alle Parteien für Zulassung von Mifegyne".

In dieser Atomsphäre, in der nicht mehr über die vorgeburtliche Kindestötung gesprochen werden darf, sondern nur über die schonende und kostengünstige Methode des "Schwangerschaftsabbruchs" mit Hilfe eines "Medikamentes", erscheint (in dritter, überarbeiteter und erweiterter Auflage) Rainer BECKMANNS "ABTREIBUNG in der Diskussion", eine

Sammlung von fünfzig Behauptungen und ihre Widerlegung.

Sie kommt wie gerufen. Denn die stereotyp immer wieder vorgebrachten Schlagworte und Behauptungen der Abtreibungsbefürworter bedürfen der argumentativen Widerlegung nach ernsthafter, rationaler Prüfung und auf der Grundlage von ethischen Werten. Der Verfasser beruft sich auf aktuellste wissenschaftliche Erkenntnisse und begründet seine Wertvorstellungen aus der Sicht von Menschenwürde und dem Recht auf Leben. Die Systematisierung von Behauptungen und Antwortmodellen trägt dazu bei, in Diskussionen schlagfertig zu reagieren und scheinbar einleuchtende Argumente zu entkräften. Er bedient sich dabei einer sachlichen Sprache sowie sehr hilfreicher Literaturhinweise und Anmerkungen zur Verdeutlichung.

In Gruppen zusammengefaßt beantwortet der Autor 50 Behauptungen:

Die Menschenqualität des ungeborenen Kindes. (1-13)

Die Interessen und Rechte der Mütter. (14-22) "Bezüglich Lebensschutz sind keine Verbesserungen erreichbar." (23-27)

Deutsche rechtliche Bestimmungen ("Beratungsregelung"). (28-36)

Sinn von Straf- und anderen Schutzmaßnahmen. (37-44)

Wichtige sonstige Behauptungen (z.B. Abtreibungspille "RU 486"). (45-50)

Der Autor ergänzt seine gründliche Auseinandersetzung mit einer aktuellen Abtreibungsstatistik (Deutschland) sowie den gesetzlichen Bestimmungen.

Wer sich umfassend informieren will, um seine eigene Argumentationssicherheit zum Schutz des ungeborenen Lebens, wie es die christliche Ethik verlangt, zu bilden und zu stärken, wird an dieser Sammlung von Behauptungen und ihrer Widerlegung nicht vorbeigehen können.

P. HARTIG

Band VI/Nr. 1 Seite 79

Interdisziplinäre Fachtagung

"Leben. Sterben. Euthanasie?" 19./20. März 1999

im Festsaal des Bundesamtsgebäudes, Radetzkystraße 2, 1030 Wien

PROGRAMMVORSCHAU:

Vorträge Freitag: Prof.Dr.Dr.h.c. Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ: "Ars moriendi" (Die Kunst des Sterbens); Prof.Dr.med. Hans-B. WUERMELING: "Ars dimittendi" (Die Kunst des Entlassens); Dr. Philippe Schepens: "Euthanasie in den Niederlanden – Erfahrungen und Erkenntnisse"; Prof.Dr. Günther Pöltner: "Unantastbarkeit des Lebens – Grenzen der Selbstbestimmung"; Prof.Dr. Günther Virt: "Der Schutz des Menschenlebens aus theologisch-ethischer Sicht";

Vorträge Samstag: Prof.Dr. Anselm Winfried Müller: "Lebens- oder Sterbeverlängerung? Moralphilosophische Thesen"; Prof.Dr. Heinz Huber (Onkologe): "Der Wunsch nach assistiertem Selbstmord bei unheilbar schwer krebskranken Patienten"; - Prof. Dr. Kurt Lenz (Internist): "Apparatemedizin bei infauster Prognose"; Prof.Dr. Werner Waldhäusl (Internist): "Natürliches Sterben und
künstliche Lebensverlängerung"; Prof.Dr. Johannes Poigenfürst (Unfallchirurg): "Gibt es eine unzumutbare Lebensqualität?"

EINTRITT FREI!!!

Die Fachtagung wird vom Imabe-Institut gemeinsam mit Aktion Leben Österreich, dem Institut für Ehe und Familie (IEF) und dem Katholischen Familienverband Österreichs (KFÖ) veranstaltet und vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Boehringer Ingelheim, der Erste Bank und der Wiener Städtischen gesponsert.

Information und Anmeldung bei:

Institut für Ehe und Familie, Spiegelgasse 3/8, 1010 Wien, Tel.: 01/51552-3650, Fax: 01/5138958

9. Linzer Gesundheitssymposium "Gesundheit im Brennpunkt"

9./10. April 1999

an der Johannes Kepler Universität Linz

PROGRAMMVORSCHAU:

Plenarvortrag: Univ.Prof.Dr. Dietrich von Engelhardt: "Ethik im Gesundheitswesen – Rechte, Pflichten, Tugenden"

Im Anschluß sollen in acht Arbeitskreisen verschiedene Themenbereiche behandelt werden (z.B. Qualitätsverbesserung, sozialpsychiatrische Versorgung, Suizid in Österreich, Sucht, Lebensqualität am Beispiel von Krebs- und Alzheimererkrankungen)

Tagungsbeitrag: öS 950.— (inkl. Tagungsunterlagen, Abendbuffet am Freitag und Mittagessen am Samstag)

Informationen und Anmeldung (bis 26. März 1999) bei: Abteilung für Politik- und Entwicklungsforschung, Altenbergerstr. 69, A-4040 Linz, Tel.: 0732/2468/576, Fax: 0732/2468-594, E-mail: klaus.zapotoczky@jk.uni-linz.ac.at

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

- 1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
- 2. Namen aller Autoren
- Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 - 10 Zeilen)
 bis 5 Schlüsselwörter
- 4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchzunumerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchzunumerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

- Sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
- 2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
- Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
- 4. Jahreszahl in runden Klammern
- 5. Bandnummer mit Doppelpunkt
- 6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: THOMAS H., "Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?", Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 - 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

- 1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
- 2. Buchtitel
- 3. Verlagsname
- 4. Verlagsorte
- 5. Jahreszahl in runden Klammern
- 6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., "Philosophie des Lebendigen", Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 - 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. Schwarz, J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

STUDIENREIHE

- Nr. 1: W. Rella (1994) Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts. ISBN: 3-900528-48-4
- Nr. 2: C. Schwarz (1994) Transplantationschirurgie. ISBN: 3-85297-000-8
- Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) Sexualität und Verantwortung. ISBN: 3-85297-001-6
- Nr. 4: M. Rhonheimer (1996) Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's "Abtreibung im säkularen Staat". ISBN: 3-85297-002-4

IMABE - INFO (KURZINFORMATIONEN)

- 1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose,
- 1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
- 1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?
- 1999: Nr. 1: Mifegyne Die Abtreibungspille RU-486

Vorschau

Imago Hominis BAND VI/Nr. 2/99

Schwerpunkt

EUTHANASIE

IMPRESSUM

Herausgeber: Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes BONELLI,

Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger: IMABE - Institut für medizinische

Anthropologie und Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Telephon: +43 1 715 35 92 Telefax: +43 1 715 35 93 DVR-Nr.: 0029874(017)

ISSN: 1021-9803 Schriftleitung:

Dr. Notburga AUNER Redaktion/Nachrichten: Dr. Antoine SEGUR-CABANAC

Dkfm. Peter HARTIG Mag. Edel M. CECH

Anschrift der Redaktion: zugleich Anschrift des

Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-

medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der die aktuellen

ethisch-relevanten Themen der medizinischen Forschung und

Praxis behandelt werden. Layout, Satz, Graphik und Produktion: Alexander GUDENUS

Herstellung: Druckerei ATLAS, Wienerstraße 35,

A-2203 Großebersdorf Anzeigenkontakt: Mag, Edel M. CECH

Einzelpreis: Inland ATS 120.-, Ausland ATS 150.-

Iahresabonnement: Inland ATS 400.-.

Ausland ATS 500.-Studentenabo ATS 250.-Fördererabo ATS 1.000,- Abo-Service:

Mag. Edel M. CECH

Bankverbindung:

CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00 Erscheinungsweise: vierteljährlich Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den

Herausgeber. Einladung und Hinweise für

Autoren: Das IMABE lädt zur Einsendung von

Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und

Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an den

Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den

Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates referiert.

Kürzungen der Leserbriefe und Manuskripte behalten wir uns vor.

OFFENLEGUNG

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5.6.1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13

A-1030 Wien

Tel. +43 1 715 35 92, Fax +43 1 715 35 93

e-mail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Msgr.Dr.Michael WILHELM, Wien Dr.Walter HAGEL, Wien, Rechtsreferent der ÖBK Ehrwürdige Mutter Visitatorin Sr.Donata HAMPEL, Salzburg, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl.Vinzenz von Paul

Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Dominika KEINDL, Wien, Konvent der Elisabethinen

Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Scholastika LEITNER, Wien, Kongregation der Barmherzigen Schwestern

Frater Florentin LANGTHALER O.H., Kritzendorf, Prior der Barmherzigen Brüder

Prim.Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI, Wien

Geschäftsführer:

Prof.Dr. Enrique H.PRAT de la RIBA, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und der medizinischen Anthropologie.

IMABE