

Otfried Höffe

Patientenwohl im Zeitalter der Allmacht

**Engadiner Fortbildungstage
Vulpera/Tarasp, 7. Sept. 2012**

**Prof. em. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe, Leiter der *Forschungsstelle
Politische Philosophie*, Philosophisches Seminar der Universität
Tübingen, Bursagasse 1, D-72070 Tübingen, Tel. +49 7071 29-74549,
Fax +49 7071 29-5052, E-Mail: sekretariat.hoeffe@uni-tuebingen.de**

Die These

Moderne Gesellschaften haben zur Medizin ein gebrochenes Verhältnis, bisweilen könnte man sogar glauben: eine doppelte Moral. Innerhalb der Forschungsförderung beispielsweise schenken sie der Medizin erste Priorität. Sie heißen auch jede Neuentdeckung von Geräten und Verfahren sowie Arzneimitteln willkommen; sie wollen selbst die kostspieligsten unter ihnen möglichst jedem zugute kommen lassen und beklagen trotzdem die Folge: daß sich die gewachsenen Ansprüche in höheren Kosten niederschlagen.

Ähnlich verhält es sich bei der technischen Seite der Medizin. Die Gesellschaft kritisiert eine „Apparatemedizin“, die das persönliche Gespräch vernachlässigt und statt dessen Patienten an seelenlose Geräte anschließt. Ist aber eine Operation nötig und würde man für sie zwei Operationssäle anbieten, den des frühen zwanzigsten Jahrhunderts und den von heute, so entschiede sich so gut wie jeder für den zweiten. Ohne zu zögern bevorzugte er sowohl dessen Arbeitsteam als auch dessen Geräte, denn in aller Selbstverständlichkeit legt er Wert auf die Operateure mit den neuesten Methoden und neuesten Geräten. Daran zeigt sich, was wir in anderen Gebieten längst aufgegeben haben: ein geradezu ungebrochenes Fortschrittsdenken. In der Tat verdient eine Fülle medizinischer Erfindungen unsere Bewunderung: von den schonenden Eingriffen minimal-invasiver Chirurgie über den Defibrillator gegen Herzflimmern bis zu den immer raffinierteren Sonographen und Tomographen der Radiologie und Nuklearmedizin.

Extrapoliert man die Entwicklung, so drängt sich einer meiner Titelbegriffe auf, zugleich meine These: Weil die Menschheit zumal in der Medizin immer mehr vermag, taucht am Horizont die Allmacht auf.

Früher war die Medizin ein Teil im Kosmos der Wissenschaften; heute bildet sie längst einen eigenen Kosmos. In dessen Teilen dürfte die Macht unterschiedlich weit entwickelt sein. In der radiologischen Diagnostik, vermute ich, ist das „Zeitalter der Allmacht“ eher angebrochen als in der psychiatrischen Therapie. Der Patient allerdings erwartet eine generelle

Allmacht. Ein in seinem Sinn guter Arzt stellt die zwar richtige, aber möglichst harmlose Diagnose; selbst bei gravierender Diagnose vermag er den Patienten rasch zu heilen und ihn auf jeden Fall mit väter- oder mütterlicher Souveränität zu beruhigen.

Das Patientenwohl, das gemeinsame Leitziel aller medizinischen Wissenschaften und daher mein erster Titelbegriff, ist freilich bescheidener. Die These meines Vortrags lautet nun: Beide Seiten, das „Patientenwohl“ und das „Zeitalter der Allmacht“ ergänzen sich und treten zugleich in Spannung zueinander. Denn im Fall der Medizin dient die Allmacht zwar im Prinzip dem Patienten; sie entfaltet auch eine gewisse Eigenmacht, die das Patientenwohl gefährden kann.

Ich entfalte diese Hauptthese in fünf Schritten. Ich beginne mit einer offensichtlichen, aber folgenreichen Teilthese, schließe die Frage an, ob es in der Medizin ein legitimes Allmachtstreben gibt und, mittlerweile drittens, trotzdem Kritik erlaubt ist, sogar, viertens, ein Fehlverhalten droht. Und am Schluß plädiere ich für eine Optimal- statt Maximaltherapie. Also:

1. Der Arzt heilt einen einzelnen

Ein berühmter Arztsohn, Aristoteles, erklärt in einem der berühmtesten Werke der Philosophie, der *Metaphysik* (Kapitel I.1), was auch den Laien überzeugt: Der Arzt heilt nicht einen Menschen, sondern einen einzelnen. Für das Leitziel der Medizin, und zwar sowohl aus der Arzt- als auch der Patientenperspektive, enthält dieser Hinweis zahlreiche Elemente, die zweifellos einfach, aber nicht banal sind. Die ersten drei sind unthematisierte Voraussetzungen: Der Mensch ist erstens krankheitsanfällig, deshalb zweitens hilfsbedürftig, und drittens ist ein anderer, der Arzt, hilfsfähig. Vor allem aber zählt viertens der einzelne. Zu Recht steht im ersten hippokratischen Grundsatz der Kranke im Singular. Mit dem *salus „aegroti“*, nicht *„aegrotorum“* erhebt der Arzt seit Jahrhunderten, sogar Jahrtausenden Einspruch gegen ein kollektivistisches Verständnis seiner Klientel. Und der Patient, der fraglos als einzelner behandelt sein will, stimmt ihm nachdrücklich zu.

Blickt man auf den Arzt, so erfolgt sein Einspruch gegen Kollektivismus nicht aufgrund einer besonderen moralischen Leistung, auch nicht, weil der Arzt sich aus religiösen oder philosophischen Gründen für einen anspruchsvollen Lebensweg entscheidet. Der Einspruch erfolgt hier in aller Nüchternheit, ohne pathetische Worte wie Menschenwürde oder Nächstenliebe, schlicht berufskonstitutiv, sichtbar in der täglichen Arbeit am je einzelnen Kranken. Darin liegt auch der entscheidende Widerspruch gegen die heute beliebte kulturelle Relativierung: Über alle kulturellen, selbst epochalen Unterschiede hinweg ist das Wohl des einzelnen Patienten die Grundaufgabe jedes Arztes.

Meines Erachtens kommt ein fünftes Element hinzu, die Patientenhoheit. Dessen extensives, gelegentlich sogar expansives Verständnis als aufgeklärte Zustimmung ist zwar relativ neu. Weil aber im Regelfall der Patient den Arzt aufsucht, er selber oder als Kind mit seinen Eltern, vielleicht auch seinem Vormund, verfügt der Patient schon in der Frühzeit der Medizin zumindest über diese Initiativhoheit. Mit ihr wird er nicht bloß als einzelner, sondern zusätzlich als selbstverantwortliche Person anerkannt, so wie er im Ergreifen der Initiative zumindest minimal sich selber als verantwortlich anerkennt.

Weil alle fünf Elemente berufskonstitutiv sind, besitzen sie eine Gültigkeit, die dem einleitend genannten Zweifel und generell dem heute vorherrschenden Relativismus widerspricht: (1) Krankheitsanfälligkeit, (2) Hilfsbedürftigkeit, (3) Hilfsfähigkeit, (4) Individualität und (5) Eigenverantwortung bzw. Entscheidungshoheit – sie alle sind sowohl interkulturell als auch überepochal gültige Elemente eines medizinischen Selbstbildes und Lebensverständnisses.

Der zitierte Aristoteles-Satz steht in einem Stufenbau, einer Phänomenologie des Wissens. Im Gegensatz zum vielleicht abschreckenden Buchtitel geht Aristoteles in der *Metaphysik* von einer natürlichen Wißbegier des Menschen aus. Er beginnt elementar mit der Sinneswahrnehmung und gelangt über das Festhalten von Wahrnehmungen, Stufe 2: die Erinnerung, zur Verknüpfung von Erinnerungen, Stufe 3: der

Erfahrung. In dieser Hierarchie des Wissens steht die Medizin noch weiter oben, auf einer vierten Stufe, der Wissenschaft als Wissen der Ursachen und Gründe. (Eine fünfte Stufe, die Steigerung der Wissenschaft zum Wissen schlechthin, nämlich zum Wissen erster Gründe, also zur theoretischen Physik, theoretischen Biologie und zur Philosophie, kann hier dahingestellt bleiben; vgl. Höffe ³2006, Kap. 3). Denn das Einzelfallwissen der Medizin fußt zumindest seit den Griechen auf einer Erforschung des Warum, also der Ursachen und Gründe. Darin liegt nun ein weiteres sechstes Element: Der Mediziner ist wißbegierig.

2. *Legitimes Allmachtsstreben?*

Der Mediziner sucht freilich das Wissen nicht um des Wissens, sondern um eines Nutzens willen. In dem Maß, wie er den Nutzen erreichbar, sogar verfügbar macht, besitzt er eine Macht, zwar keine soziale oder politische, aber eine Wissensmacht, jenes Können oder Know-how, das auch Technik heißt. Siebentes Element: Ob als Wissensmacht oder als Technik bezeichnet – weil die Medizin ein Nutzenwissen ist, wohnt ihr jene natürliche Neigung zur Steigerung inne, die sich vielleicht vorübergehend mit weniger, endgültig aber erst mit der grundsätzlichen Vollendung zufrieden gibt. Und in nichts anderem als dieser grundsätzlichen Vollendung von Können liegt das Wesen der Allmacht.

Wir mögen das Verlangen nach Allmacht als Hybris brandmarken, es gelegentlich zum Tods Schlagwort steigern: „Der Mensch darf nicht Gott spielen“. Trotzdem müssen wir einsehen, daß das Allmachtsverlangen auf unschuldige Weise natürlich ist. Denn der angestrebte Nutzen soll möglichst umfassend, zugleich in aller Verlässlichkeit erreicht, eben verfügbar werden, was erst auf die vollendete Macht, die Allmacht, zutrifft.

Über den Rang des Nutzenwissens entscheidet offensichtlich der leitende Zweck. Aus diesem Grund tut sich die Medizin zunächst leicht. Ihr Leitziel, die Gesundheit, gehört zu den elementaren Gütern jedes Menschen. Kranke und Verletzte, auch ältere Menschen räumen ihr sogar gern den höchsten Rang ein. Kinder, deren Erziehung und Bildung vernachlässigt werden, auch die Opfer von Gewalt, dürfen aber Einspruch erheben. Die genannte

Einschätzung ist keine Illusion, aber doch einseitig. Deshalb verzichte man auf den Superlativ und begnüge sich mit der einfachen Wichtigkeit: Das Gut, dem medizinische Verbesserungen dienen, darf sich rangmäßig mit den höchsten Gütern wie Bildung und Ausbildung oder Recht und Gerechtigkeit vergleichen.

Wegen ihres hochrangigen Leitziels erscheint die Medizin samt Medizinethik als friedliche Insel in einer unfriedlichen Welt. Während nämlich in anderen Gesellschaftsbereichen die Normen und Werte heftig umstritten sind, herrscht hier – klammert man Feindebatten ein – ein überwältigender Konsens:

Wegen der ersten fünf Elemente gehört das Leitziel der Medizin, das Wohl des einzelnen Patienten, zu den elementaren Gütern jedes Menschen. Infolgedessen erscheint eine Besonderheit der Moderne, das andernorts vielleicht anrühige Allmachtsstreben, hier als unbedenklich. Und mittlerweile ist es mehr als bloß ein *Streben* nach Allmacht. Gestützt auf eine umfassende und zugleich radikale, bis zu den Wurzeln des Lebens vordringende Naturforschung wächst der modernen Medizin ein Machtpotential zu, das mehr und mehr Grenzen überschreitet und schon heute in manchen Bereichen in einer (Fast-)Allmacht besteht.

Schon vor mehr als dreieinhalb Jahrhunderten wird dieses Element von einem Philosophen auf den Begriff gebracht, der zugleich Mathematiker und Physiker war, von René Descartes. In seinem *Discours de la méthode* (Teil VI) steht das berühmte, bei manchen auch berüchtigte Wort von den Menschen als „*maîtres et possesseurs de la nature*“, als Herren und Besitzer der Natur. Man wirft Descartes gern Unterdrückung und Ausbeutung der Natur vor. Im Gegensatz zu übereilter Kritik bedeutet „*maître*“ hier aber nicht etwa den Herrn, der die Natur knechtet, sondern wie das etymologisch verwandte Wort „*Meister*“ den Inhaber eines überlegenen Könnens. „*Herr*“ ist, wer dank gründlicher Ursachenforschung die Naturprozesse durchschaut und ihre Kräfte souverän einzusetzen bzw. zu lenken versteht (vgl. Höffe⁴2000, Kap. 8.7). Und dieser großzuschreibende HERR verfügt über das nötige Know-how in fast vollendeter Form, also annähernd über Allmacht.

3. Illusionen: Berechtigte Kritik

Solange die immer noch wachsende Macht dem Patientenwohl verpflichtet bleibt, erscheint sie als unbedenklich. Wieso kann es dann nicht bloß übereilte, sondern auch berechtigte Kritik geben? Ein erster Grund liegt auf der Hand: Die wachsende Macht entfaltet ein gewisses Eigenleben, das der beliebten Ansicht widerspricht, das Patientenwohl vermöge alles medizinische Können pauschal zu rechtfertigen. In Wahrheit bildet es ein Kriterium, das Machtsteigerungen nicht nur machtimmanent, sondern ebenso machtextern, eben auf ihren Patientenwert hin, zu messen erlaubt. Daß man beispielsweise Herzrhythmusstörungen nicht bloß mittels Elektrokardiogramm (EKG), sondern auch sonographisch oder über Magnetkarten feststellen kann, bedeutet noch keine Leistungssteigerung. Hinzukommen muß eine erhebliche Diagnoseverbesserung, strenggenommen sogar eine Therapieverbesserung.

Ein weiterer Grund: Unser „Kirchenvater“ sowohl moderner Mathematik und Naturforschung als auch moderner Philosophie, René Descartes, verpflichtet die Medizin auf „das allgemeine Wohl aller Menschen“ und erwartet, daß sie „von unendlich vielen Krankheiten sowohl des Körpers als auch des Geistes, vielleicht sogar auch von der Altersschwäche befreien könne“ (a.a.O.). Dieser Erwartung schickt Descartes eine Diagnose voraus, mit der er zweifellos Recht hat: daß die damaligen Ärzte „so gut als nichts wissen im Vergleich mit dem, was zu wissen übrig bleibe“. Mit der Erwartung selbst erliegt er aber einer schwärmerischen Machtphantasie, und diese, eine Allmachtsillusion, droht der modernen Medizin generell (vgl. Höffe ²2003, Kap. 6). Denn ihre Fortschritte sind zwar derart gewaltig, daß ein Patient, dem man, wie gesagt, zwei Operationssäle und Operationsteams anbietet, sich ohne zu zögern für die von heute und gegen die des frühen zwanzigsten Jahrhunderts entscheidet. Andernorts tauchen aber Illusionen auf:

Beispielsweise überflügeln vielerorts die Fortschritte der Diagnose die Fortschritte der Therapie bei weitem, so daß die Menschen bei vielen Krankheiten ebenso rasch wie früher sterben, nur weiß man jetzt genauer,

woran. Vor allem die Krebsheilung kann nicht verdrängen, daß sie zwar leukämiekranken Kinder zu 80%, Hodenkrebs bei jungen Männern sogar zu 90% heilt und den Lymphknotenkrebs fast nie mehr tödlich enden läßt, gegen Leber-, Lungen- und Nierentumore sie aber trotz „aggressiver Therapien“ kaum eine kurative Hilfe leistet. Mancherorts droht die gewachsene Macht dem Patientenwohl sogar in den Rücken zu fallen, so etwa wenn die Übermacht der Diagnostik fast jeden Gesunden als krank zu definieren vermag. Und dort, wo es noch therapeutische Fortschritte gibt, pflegt ihr Grenznutzen abzunehmen.

Eine weitere Illusion führt die gesteigerte Lebenserwartung fast ausschließlich auf die Medizin zurück und unterschlägt den kräftigen Beitrag sozialer und kultureller Leistungen, etwa Verbesserungen der Ernährung, der öffentlichen Hygiene und der Bildung. Ich erinnere an ein einzigen Tatbestand: Das Durchschnittsalter antiker Philosophen liegt bei 75 Jahren.

Die bisher genannten und weitere Allmachtsillusionen belaufen sich auf den Versuch zu überwinden, was man verkürzt die medizinische Endlichkeit des Menschen nennen kann, nämlich seine Krankheitsanfälligkeit und mögliche Gebrechlichkeit. Auch wenn man noch nicht weiß, warum zum Beispiel Zellen altern, dürfte der Versuch, diese Endlichkeit zu überwinden, zum Scheitern verurteilt sein. Außerdem darf man nicht verdrängen, daß der Mensch Unfällen oder Gewalttaten zum Opfer fallen kann und daß er unter Krankheiten, Unfällen oder Gewalttaten, die seine Nächsten erleiden, mitleidet. Nicht zuletzt ist er auf die Anerkennung seiner Mitmenschen angewiesen, daher in der Regel sein Leben lang seelisch verletzlich.

Derartige Gesichtspunkte kumulieren sich zum Kontrapunkt der Allmacht, zu einer überwältigenden Ohnmacht. Und sie drängt die aus der Antike, nämlich der Stoa stammende Einsicht auf, daß nichts vollständig in unserer Macht stehe – außer unsere Gedanken. Die angedeutete Erfahrung mit dem Krebs – daß man trotz eindrucksvoller Erfolge gegen viele von ihnen noch ziemlich machtlos ist –, und die geringen medizinischen Erfolge gegen Altersschwäche – wichtiger als die Medizin dürften die drei L sein: Laufen,

Lernen, Lieben, also körperlich und geistige Bewegung und Sozialkontakte –, ferner die Erfahrung, daß es trotz aller medizinischen Forschung, bisweilen sogar ihretwegen mehr und längere Pflegefälle gibt – sie alle geben dem stoischen Grundsatz eher Recht als Descartes‘ Erwartung, die Medizin könne die Menschen jemals von „unendlich vielen Krankheiten“ (*Discours de la méthode*, Teil VI) und zusätzlich von der Altersschwäche befreien. (Descartes selbst war übrigens offen genug, seinen anfänglichen Optimismus später zugunsten der stoischen Einsicht aufzugeben.)

Offensichtlich tragen hier beide Seiten Verantwortung. Zum einen dürfen weder Patienten und Angehörige noch die Gesellschaft und die Politik an die Medizin überzogene Erwartungen herantragen. Zum anderen darf die Medizin selber keine unberechtigten Heilungsversprechen in die Welt setzen, etwa ein Leben, „in dem es außer Liebeskummer keine Herzleiden mehr gibt“. Dieses Versprechen mag man zwar mit der rhetorischen Übertreibung einer Pharmawerbung entschuldigen. Anders sieht es aus, wenn führende Molekularbiologen auf dem Ciba-Symposium 1962 („Man and His Future“) eine keimfreie, daher von Infektionskrankheiten freie Welt und ein schmerzfreies Leben verheißen. Anders verhält es sich auch mit der Euphorie der Krebsbekämpfung, die nicht nur in den siebziger Jahren auch von medizinischer Seite genährt wurde, oder mit den großen Versprechen der Gentherapie seit den 80er Jahren, also immerhin seit mehr zwei Jahrzehnten.

Ärzte und Forscher, Patienten, Politiker und Medien, kurz: alle Seiten, müssen wieder das Sterben lernen. Damit meine ich, daß sie nicht bloß intellektuell, sondern auch existentiell, nicht zuletzt emotional anzuerkennen lernen, daß Menschen krank oder verletzt werden und daß sie selbst bei umsichtiger Lebensführung plötzlich sterben können. Nur in einem eng begrenzten Sinn darf man den Tod als Dokumentation medizinischen Versagens ansehen. In den Allmachtsillusionen tritt jedenfalls ein Moment ins Selbstbild der Medizin, das wohl erst seit wenigen Jahrzehnten aktuell ist, dessen griechische Bezeichnung aber auf eine generelle Gefahr der Menschheit verweist. Es ist die maßlose Selbstüberschätzung, die Hybris.

(Zur medizinischen Ethik s. Höffe ²2002, zur „Moral als Preis der Moderne“ s. Höffe ⁴2000.)

4. *Gefahr von Fehlverhalten*

Der medizinische Fortschritt befördert nicht bloß Illusionen, sondern sogar ein Fehlverhalten: Da der Arzt als Naturforscher ausgebildet wird und oft mit hochkomplizierten Geräten arbeitet, droht die Gefahr, daß er den Patienten primär als reparaturbedürftigen Organismus wahrnimmt, vielleicht sogar nur als (organische) Maschine. In Wahrheit behandelt er einen Patient im doppelten Sinn, nämlich einen Mensch, der an seinem physischen Leiden auch psychisch leidet und der auf harte Diagnosen vielleicht mit Erschrecken oder Depression reagiert. Hier ist eine Bemerkung zum Schlagwort der Apparatedizin erlaubt: Angesichts der menschlichen Emotionalität sind noch so hilfreiche Geräte unmenschlich, denn als emotionslose Apparate lassen sie den Menschen in seiner existentiellen Not allein.

Um der Gefahr unpersönlicher Gesundheitsingenieure zu begegnen, man kann auch von „Chemie und Elektronik ohne Empathie“ sprechen, lerne man eine besondere Art von Zweisprachigkeit. Zu Recht erwartet der Patient, daß man ihn auf dem neuesten Stand des Wissens und Könnens behandelt. Trotzdem liegt die Lebenswelt der Medizin und zugleich ihre entscheidende Bezugssprache nicht im menschlichen Körper, sondern im Menschen selbst. Aus diesem Grund reicht es nicht, daß beide Seiten: die Medizin, also Ärzte und Pflegepersonal, und ebenso die Patienten, einschließlich der Angehörigen, und am Ende die ganze Gesellschaft die letztlich einfache Fähigkeit erwirbt, einen Fachjargon in die Umgangssprache zu übersetzen oder das Gegenstück, sich als Laie in die Fachsprache einzuarbeiten. Man muß vielmehr wissen und dieses Wissen nicht bloß im Hinterkopf verstecken, sondern in der Art der täglichen Arbeit sichtbar machen, nämlich daß man zwar komplizierte Organismen repariert, vornehmlich aber Menschen behandelt, die im genannten Doppelsinn leiden. Es darf nicht vorherrschen, was erfahrene Ärzte selbst beklagen: jene Gedankenlosigkeit und mangelnde Einfühlungskraft, die schlimme

Diagnosen, sogar aussichtslose Prognosen mit einer Herzlosigkeit übermitteln, die die Patienten vorhersehbar in Verzweiflung stürzt. Daß man eine erschreckende Wahrheit rücksichtsvoll, human beibringt, müßte sich von selbst verstehen.

5. Optimal- statt Maximaltherapie

Ein weiteres Problem der schier unbegrenzten medizinischen Macht versteckt sich im Begriff der Maximaltherapie. Die konkreten Fälle, oft Grenzfälle kennen die Ärzte besser, beispielsweise die maximale apparative Diagnostik: Ein Patient mit einem Krebsleiden samt Tochtergeschwülsten und schwerster Atemnot wird in der Notaufnahme des Klinikums vom diensthabenden Arzt zu einer Computertomographie geschickt. Wegen der atemnotbedingten Unruhe des Patienten kann diese aber nur nach Intubationsnarkose und manueller Beatmung durch einen Anästhesisten durchgeführt werden. Trotzdem liefert diese aufwendige Diagnostik keine wesentlichen Erkenntnisse für den weiteren Erkrankungsverlauf des wahrscheinlich in Kürze versterbenden Patienten. Oder: In der Notfallmedizin wiederbelebt man einen hochbetagten Patienten trotz eines schweren Grundleidens, etwa einer stark ausgeprägten Herzmuskelschwäche. In derartigen Fällen stellt sich die Frage, ob jede medizinisch mögliche Maßnahme auch zur positiven Aufgabe, dem Wohl des Patienten, beiträgt.

Die grundsätzliche Antwort ist zwar leicht, sie heißt „Nein“. Im Einzelfall ist sie aber so schwierig zu erbringen, daß es ein hohes Maß an Urteilsfähigkeit braucht. Und diese Urteilsfähigkeit muß sich mit einer Kunst des Unterlassens verbinden. Allerdings können selbst beide zusammen den Arzt, gelegentlich auch den Patienten nicht vor Situationen der Entscheidungsnot bewahren. Weder ein Patient noch sein Arzt haben die Pflicht, einen unvermeidbar gewordenen Sterbeprozess mit allen Mitteln, etwa mit einigen Wochen, vielleicht sogar Monaten quälender Chemotherapie zu verzögern. Keine uns bekannte Moral fordert, im Angesicht des Todes alles, was man bisher für lebenswert gehalten hat, über

Bord zu werfen. Im Gegenteil behält man auch für das Ende seines Lebens das Recht, seine Lebensautonomie zu wahren.

Dieses Recht ist deshalb gefragt, weil das Leitziel, das Patientenwohl, sich nicht an einem einzigen Faktor entscheidet. Infolgedessen braucht es statt der verbreiteten Strategie der Maximierung eine Alternativstrategie. Maximieren heißt, ein Einzelziel maximal, gegebenenfalls selbst bis zum Exzeß zu verfolgen. Dabei droht die Gefahr, daß über das ärztlich Gebotene hinaus agiert wird. Im menschlichen Leben kommt es aber generell auf einen ebenso reichen wie bunten Strauß verschiedener Gesichtspunkte an. Sine qua non ist ein Optimieren gefordert, das heißt die Fähigkeit, die Gesamtheit der relevanten Gesichtspunkte zu berücksichtigen, ihr relatives Gewicht einzuschätzen und dann eine nicht insular und parzelliert, sondern gesamthaft beste Situation anzustreben, und zwar tatsächlich anzustreben, denn die Gewißheit, so eine weitere Grenze der Allmacht, gibt es hier nicht.

Daß man nicht erst bei der Therapie, sondern schon bei der Diagnose keine Einzelgesichtspunkte exklusiv maximieren darf, ist hier nicht etwa wegen knapper Ressourcen verlangt. Die Forderung besteht vielmehr vor und unabhängig von der Frage der Finanzierbarkeit.

Für die Optimierung braucht man freilich etwas, das in unserer Epoche der Zeitknappheit höchst rar geworden ist: Muße im Kopf. Eine Entscheidung für Maximierung hingegen kann rascher, man möchte fast sagen: mit weniger Überlegung, getroffen werden. Die finanziellen und temporalen Kosten der entsprechenden „Muße im Kopf“ dürften aber durch Unterlassen von optimierungsschädlichen Maßnahmen aufgewogen werden; vielleicht gibt es sogar einen per saldo-Gewinn.

Auf diesen Aspekt kommt es hier aber nicht an. Wichtiger als die derzeit übermächtige Finanzierungsfrage ist die Notwendigkeit eines in mancher Hinsicht neuen, nicht länger nur an Spezialisierung orientierten Arztbildes. Da man für die schwierigen Fälle die Spezialisierung jedoch schwerlich zurücknehmen kann, drängen sich drei kontrapunktische Aufgaben auf: Erstens darf der Spezialist sein ärztliches Allgemeinwissen nicht verkümmern lassen, sondern muß es in ständiger Fortbildung „à jour

bringen“. Zweitens ist das teils formelle, teils informelle Konsilswesen auszubauen. Drittens ist den Ärzten der für eine Optimierung notwendige Entscheidungsspielraum zu belassen, gegebenenfalls neu einzuräumen.

Bekanntlich stehen in der Krankenhausplanung eines Nachbarlandes an der Spitze der Hierarchie die Kliniken der Maximalversorgung. Darunter könnte man sich ein Krankenhaus vorstellen, das jeden Aspekt seiner Patienten je für sich maximal zu behandeln versucht. Diese Vorstellung würde aber die Optimierungsaufgabe als Maximierungsaufgabe mißverstehen und, was noch schwerer wiegt, gegen das Patientenwohl verstoßen. Unter einer Klinik der Maximalversorgung verstehe man daher ein Haus, das zwar über maximale Möglichkeiten verfügt, diese aber nicht in jener insularen oder parzellierten Überbehandlung einsetzt, die sich auf eine gesamthafte Unter-, nämlich Schlechterbehandlung beläuft. Statt Maximierung suche man also die Optimierung.

Aufschlußreich ist eine US-amerikanische Umfrage zur Behandlung von unheilbar kranken Patienten (Solomon 1993): Von eintausendvierhundert Ärzten und Pflegekräften aus fünf großen Krankenhäusern erklärten 70%, daß sie die Patienten überbehandelten, sogar gegen ihr eigenes Gewissen und entgegen dem, was ihnen als die Interessen und Wünsche ihrer Patienten bekannt waren. Und 81% waren der Meinung, daß bei der Pflege von Sterbenden die häufigste Form des Narkotikamißbrauchs in der Unterbehandlung von Schmerz liege.

Beide Teilergebnisse sind nicht bloß erstaunlich, da in aller Welt die Medizin über personelle und finanzielle Knappheit klagt. Weil die insulare und parzellierte Überbehandlung schwerlich im Patientenwohl liegt, sind sie sogar erschreckend: Die Unterbehandlung von Schmerz verstößt sogar gegen den unaufgebbaren Kern, die zweite Verbindlichkeit des hippokratischen Eids, gegen „primum nil nocere“, gegen das Verbot zu schaden.

Wer nach den Ursachen des genannten Fehlverhaltens sucht, muß sich auf eine komplexe Verbindung verschiedenartiger Ursachen einstellen. Schon die Organisationsstruktur könnte eine Teilverantwortung tragen: Große und komplexe Kliniken beeinträchtigen die Fähigkeit der Ärzte und Pflegekräfte

zur fallsensiblen Arbeit. Für einflußreicher halte ich den schon genannten Faktor der Spezialisierung. Sineetwegen werden die Patienten von immer mehr Ärzten unter immer engeren Blickwinkeln jeweils möglichst maximal behandelt. Mangels einer intensiv ausgeübten Gesamtverantwortung führt dies fast notgedrungen zu einer insularen und parzellierten Überbehandlung. Dazu kommt, daß die Einzelbetrachtung ein „härteres“, die gesamthafte Betrachtung dagegen ein „weicheres“, folglich schwerer einzuforderndes Kriterium darstellt. Ferner droht die Gefahr, daß Ärzte (vor allem jüngere?) noch Quasi-Allmachtshoffnungen hegen. Vielleicht haben sie aber auch Angst, eventuell Gebotenes unversucht zu lassen. Oder sie gestehen sich ungerne ein, daß ihre Hilfe trotz bester Arbeit insofern zu spät kommt, als ein Sterbeprozess unwiderruflich begonnen hat.

Nicht zuletzt kann man die Mißbilligung seitens der ärztlichen Kollegen, des Pflegepersonals oder auch der Patienten und samt ihrer Angehörigen befürchten. Patienten und Angehörige müssen daher ebenfalls das Optimal- statt Maximaldenken und die zugehörige Kunst des Unterlassens lernen. Und vor allem fördert die keineswegs immer unberechtigte Angst vor rechtlichen Folgen ein Sicherheitsdenken, das letztlich dem Patienten schadet, dem Arzt bei einschlägiger Rechtsprechung aber nicht zu verdenken ist. (Hier sollten Richter an die medizinisch schädliche Folgewirkung gewisser Entscheidungen denken, und der Gesetzgeber muß sich die finanziellen Folgen einer vom Sicherheitsdenken inspirierten Maximal- statt Optimaltherapie überlegen.)

Die aus Artikel 11 des Schweizer und § 13 des deutschen Strafgesetzbuch (vgl. Lackner/Kühl, 70 ff.) abgeleitete Garantenpflicht des Arztes für seine Patienten beinhaltet keine Maximaltherapie. Im Gegenteil erlaubt sie dem Arzt, unter wohlbestimmten Voraussetzungen gewisse Maßnahmen zu unterlassen. Das gilt namentlich dort, wo die Grenzen des ärztlich Zumutbaren erreicht sind, etwa bei bloßer Erhaltung biologischer Funktionen. Denn der ärztliche Heil Auftrag betrifft das menschliche Leben, das sich wiederum nicht auf die biologischen Funktionen verkürzen läßt. Als Beispiele gilt der irreversible Bewußtseinsverlust, da dann die Möglichkeit einer Reaktion oder Kommunikation unumkehrbar verloren ist.

Nach dem Rechtsgutachter Otto 1986 verletzt die Weiterbehandlung derartiger Patienten sogar deren Menschenwürde, da man ihnen die Würde des eigenen Todes verweigert: Weil nur ein Behandlungsabbruch das höherwertige Interesse, die Menschenwürde, wahre, sei der Abbruch geboten.

Ich erklärte zur Aufgabe aller Beteiligten, also der Ärzte und des Pflegepersonals, aber auch der Patienten und ihrer Angehörigen, nicht zuletzt der Politiker und Medien, jene Kunst des Sterbens zu lernen, die die Endlichkeit nicht bloß intellektuell, sondern auch existentiell, in der eigenen Lebensführung und Lebenserwartung, anzuerkennen versteht. An diese Aufgabe schließt sich die Frage an, wie man so etwas lerne. Auf diese Frage gibt es schon deshalb keine Rezept-Antworten, weil je nach Alter und Temperament, je nach Erfahrung, vielleicht auch Beruf unterschiedliche Barrieren existieren. Helfen könnte jedoch ein Gedankenexperiment, bestehend aus drei Fragen. Die Hauptfrage lautet: Wie will ich selber, wenn es zum Sterben kommt, behandelt werden: wie ärztlich, wie sozial und wie persönlich? Die Vorfrage sagt: Wäre ich bereit zu sterben, selbst wenn es sehr plötzlich kommen sollte? Und die Zusatzfrage: Wie gehe ich mit dem Sterben eines nahen Angehörigen, etwa dem meiner Eltern oder auch meines Partners, selbst dem meiner Kinder um?

Ein weiterer Gesichtspunkt: Ein Arzt sollte keine falschen Hoffnungen wecken, weder verbal noch insofern de facto, als der Beginn einer bestimmten Therapie zu Hoffnungen Anlaß gibt, was man bei zu geringen Chancen besser unterläßt. Aus der Perspektive einer Ärztin, der Ostberlinerin Claudia in Christoph Heins Novelle *Der fremde Freund* (1982/2002, Kap. 8): „Wenn ich an einem unheilbar Kranken herumexperimentiere, erniedrige ich ihn zum Versuchstier. Er wird ohne mich auch sterben, aber leichter, unangestregter. Er muß dann weniger Energien in unsinnigen Hoffnungen verbrauchen“. Und man muß ergänzen: Manche Therapie wird aus einem Forschungsinteresse heraus begonnen, um für eine klinische Versuchsreihe mehr Patienten zu gewinnen.

Statt die ärztliche Ohnmacht angesichts der Übermacht des Todes mit einem „therapeutischen Aktivismus“ zu überspielen oder aber ins andere Extrem,

in Resignation, zu verfallen, ist es besser, und zwar sowohl ehrlicher als auch würdiger, die vom Patienten oder den Angehörigen vielleicht erhoffte Allmacht zurechtzurücken. Das wiederum schließt eine wichtige Fähigkeit ein, die hohe Kunst, „Nein“ zu sagen.

Nicht zuletzt ist die Kunst des Unterlassens auch beim Aufklärungsgebot gefragt. Denn die Entscheidungshoheit des Patienten verlangt nicht, jede belastende und mit geringen Erfolgsaussichten durchführbare Therapie vor ihm auszubreiten. Manchmal erlaubt, sogar gebietet die Sorge fürs Wohl des Patienten, diesem die Überlegung und Entscheidung für oder gegen die Behandlung zu ersparen.

Das große medizinethische Vorbild Hippokrates darf uns vielerorts, aber nicht überall zum Maßstab dienen. Er verbot nämlich dem Arzt, sich mit dem Sterbenden zu beschäftigen: Asklepios ging, wenn Thanatos kam. Noch bis vor kurzem war es gängige Praxis, Sterbende aus den Krankenzimmern zu verbannen und ins Badezimmer oder einen Abstellraum zu verlegen. Das Leitprinzip Patientenwohl gebietet anderes. Wenn der Sterbeprozess unwiderruflich eingesetzt hat, fallen zwar lebensverlängernde Maßnahmen unter den Aspekt der *futility*, der Vergeblichkeit. Trotzdem werden der Arzt und das Pflegepersonal nicht aus jeder Betreuung entlassen. Ihnen bleibt die Aufgabe, quälende Symptome, wie Schmerzen, Durst, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung und Atemnot zu bekämpfen, ohnehin für Ernährung und Reinigung zu sorgen.

Mancherorts ist die Palliativmedizin erstaunlich unterentwickelt. Obwohl man schwerste Dauerschmerzen ohne die lange Zeit befürchteten Nebenfolgen wie Sedierung, Ateminsuffizienz und Sucht erträglich machen kann, scheint dem mancherorts, aber kaum in der Schweiz noch immer eine Furcht vor Morphinen und Opiaten im Wege zu stehen.

Außer den körperlichen sind freilich auch die seelischen Schmerzen zu lindern: Angst, Unruhe, Vereinsamung, Resignation und Depression. Statt die Menschen an den sprichwörtlichen Schläuchen sterben zu lassen, drängt sich eine Sterbebegleitung auf (vgl. die Richtlinien der Bundesärztekammer, auch deren Symposium ²2000), die die Schmerzlinderung um jene soziale Betreuung erweitert, wie sie nachdrücklich die Hospiz-Bewegung und die

schon ältere Krankenhauseelsorge pflegen. Steckt in dem Umstand, daß sie mit personell und finanziell weit unterdotierten Mitteln arbeiten, auch ein Stück Selbstbild in der Medizin: naturwissenschaftliche Allmacht und gesamt menschliche Ohnmacht, für die wiederum die Einstellung zum Tod (mit)verantwortlich ist? Mit ihren hochspezialisierten Ärzten und Geräten ist eine moderne Klinik auf Macht organisiert: auf die Macht über Krankheit, am liebsten sogar den Tod.

Da ich kein Mediziner, sondern nur ein Philosoph bin, darf ich mit einer Frage enden: Hat in der auf Machtsteigerung orientierten Medizin die Auseinandersetzung mit einem unwiderruflich drohenden Tod keinen rechten Ort?

Zitierte Literatur:

Aristoteles: Metaphysik, übers. v. H. Bonitz, neu hrsg. v. U. Wolf. Rowohlt Verlag: Reinbek bei Hamburg 1994.

Descartes, R. 1637: Discours de la méthode; dt. Abhandlung über die Methode des richtigen Vernunftgebrauchs, Reclam Verlag: Stuttgart 1961.

Donatsch, A. ¹⁶2004: Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB), Kommentar, Zürich.

Hein, Chr. 1982/2002: Der fremde Freund/Drachenblut, Suhrkamp Verlag: Frankfurt/M.

Höffe, O. ³2006: Aristoteles. Leben, Werk, Wirkung, Beck'sche Reihe.

- ⁴2000: Moral als Preis der Moderne. Ein Versuch über Wissenschaft, Technik und Umwelt, Suhrkamp Verlag: Frankfurt/M.

- ²2003: Medizin ohne Ethik? Suhrkamp Verlag: Frankfurt/M.

Kant, I 1790: Kritik der Urteilskraft, Akademie Textausgabe, Walter de Gruyter: Berlin 1968, Bd. V 165-485

Lackner, K./ Kühl, Kr. ²⁴2001: Strafgesetzbuch mit Erläuterungen, Verlag C.H. Beck: München.

Otto, H. 1986: Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung, Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag, in: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages, Verhandlungen des Sechsfundfingsten Deutschen Juristentages, Band I, München.

Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 49, B 1791f.

Solomon, M.S. et. Al. 1993: Decisions Near the End of Life: Professional Views on Life-Sustaining Treatments, in: American Journal of Public Health 83, 14-25.

Symposium der Bundesärztekammer: Ärztliche Sterbebegleitung, Deutsche Ärzte Verlag: Köln ²2000.