

FRANZ JOSEF ILLHARDT

HANDELN VERSTEHEN ODER REGELN?

**Eine „Wissenschaft des Handelns“ (Maurice Blondel)
– dargestellt am Beispiel der Euthanasiedebatte**

Prof. Dr. Franz Josef Illhardt, geboren 1948, arbeitete bis zu seiner Habilitation für medizinische Ethik 1989 als Assistent am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Freiburg (Direktor: Prof. Dr. E. Seidler). 1991 DFG-geförderter Forschungsaufenthalt in den USA zum Problem „Erarbeitung US-amerikanischer bioethischer Systeme und Instrumente der medizinischen Ethik. Systemvergleich mit der Deutschen Situation“; 1991–1996 Tätigkeit im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie der Universitätsklinik Freiburg (Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H.W. Heiß), die sich vor allem auf den geriatrischen Konsiliardienst bei ethischen Problemstellungen, auf die Fortbildung der Heilberufe im Klinikum und auf die Etablierung eines Ethik-Beratungsdienstes im Freiburger Klinikum bezog; seit 1996 Geschäftsführer der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg; 1996 leitender Mitarbeiter am Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin, das im gleichen Jahr vom Klinikum gegründet wurde. Dort koordinierte er zusammen mit Frau Prof. Dr. Reiter-Theil die Ethik-Beratung für das Klinikum und die ihm angeschlossenen Krankenhäuser und Versorgungszentren sowie die medizinethische Bibliothek. 2003 Berufung in den Wissenschaftlichen Beirat für das „Forschungskolleg Geriatrie“ der Robert-Bosch-Stiftung, 2005 Eingliederung des Zentrums und Verselbständigung als Institut für Ethik und Geschichte der Medizin (Leiter: Prof. Dr. G. Maio), dort ebenfalls Mitarbeit im Konsildienst am Freiburger Klinikum, das ab jetzt vom Institut koordiniert wird.

Hinter dieser Arbeit stehen Fragen aus der Euthanasiedebatte und vielen anderen Bereichen der Medizin: Gibt es irgendein Handlungsfeld der Medizin, das nicht von externen Regelungen determiniert wird? Man darf eine mögliche Antwort darauf nicht allzu leicht nehmen, weil eine Disziplin wie die Medizin, will sie eine verantwortlich handelnde sein, ihre Moralität nicht von externen Regeln beziehen darf. Regeln für medizinisches Handeln können nur aus dem Verstehen ihres Handelns stammen, andernfalls wäre sie von außen geleitet und folgte einem fremden Rationale. Medizin und ihre ethischen Regelungen dürfen sich nicht in Abhängigkeit von externen Regeln und in Fremdbestimmung begeben.

Nehmen wir als Beispiel die medizinischen Entscheidungen am Lebensende:¹ Üblicherweise richten sie sich danach, ob die Maßnahme regelkonform oder strafbar und nicht so sehr danach, ob sie sinnvoll ist und ob sie Wohl und Wille des Patienten entspricht. Es ist verwirrend, dass nicht der Sinn einer medizinischen Handlung die Regel bestimmt, sondern die Regel die Maßnahme. Zeichnen wir die Struktur nach: Nicht der Rekurs auf den Sinn einer Handlung, sondern auf eine Regel brachte den Durchbruch, als der Bundesgerichtshof (Senat *StR* 454/09 vom 25.6.2010) die Jahrzehnte währende Diskussion über die Sterbehilfe beendete. Der BGH musste entscheiden, was die Medizin nicht konnte bzw. viele ihr nicht zutrauten, dass oftmals Maßnahmen der Lebensverlängerung dem Sinn medizinischen Handelns widersprechen. Woher aber können wir wissen, ob der Bundesgerichtshof die richtige Entscheidung getroffen hat? Man erkennt das daran, dass die medizinischen Maßnahmen, die dieser Entscheidung folgen, den Sinn der Intervention richtig verstanden haben: Ethische Regelungen müssen also am Verstehen der Handlung ansetzen, darum dieser Ansatz aus Philosophie und Theologie des Handelns.

„Wissenschaft des Handelns“ ist der Untertitel einer Arbeit des französischen Philosophen MAURICE BLONDEL. Er wurde in der Philosophie neuerdings mit einem 2009 erschienenen Jahrbuch² und in der Theologie schon früh³ auch deswegen rezipiert, weil er Handlungsorientierung auf Verstehen der Handlung und nicht auf die üblichen theoretischen Annahmen – z. B. empirisch-positivistische Ansätze – basieren will. Diese Konzeption ist deswegen so wichtig, weil Handeln die Lösung seiner inneren Konflikte bereits impliziert, aber nur wer Handeln versteht, versteht auch die Qualität seiner Regeln. In seiner Dissertation an der Pariser Sorbonne bzw. der umgearbeiteten und 1893 neu erschienenen Monografie mit dem Titel *L'Action* sieht er Sinn und Zweck des gerade auch naturwissenschaftlich ausgerichteten Handelns nicht nur im Erreichen von Zielen, sondern auch im Rückbezug auf alles Andere (Intentionen, Gründe, Selbstentwürfe usw.), was Handeln ausmacht. Er opfert nicht der Ethik zuliebe Realität, um Idealität zu gewinnen, er findet beides: Realität und Idealität in der Handlung. Genau das zeichnet BLONDELS Handlungsphilosophie aus und kritisiert gegenwärtige Bewertungsmentalität. Die autonome Vernunft konstruiert Regeln und Prinzipien, aber wie wird daraus

¹ Vgl. das leider wenig beachtete Dokument des Nationalen Ethikrats „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ (2006)

² S. GRÄTZEL (Hg.): Praxis (2009).

³ Zur aktuellen Blondelrezeption in der deutschen *nouvelle théologie* etwa K. RAHNER: Sein und Freiheit (1939).

eine Pflicht? Nicht durch das sich selbst bestimmende Ich des Handelnden und auch nicht durch das Ziel des Handelns, das das Subjekt autonom setzt, es kann nur durch das geschehen, was im Handeln – und sei es unausgesprochen – vorliegt.

Heute wie damals stechen säkulare Argumente: Man bleibt/ blieb in der Handlungsanalyse beim Physischen und den sogenannten Fakten und blendet/e alles aus, was verborgen ist. BLONDEL fordert keine spezielle Ethik, sondern lediglich,

„sich bei keiner Teillösung aufzuhalten, [...] wenn man die Dinge als Empirist, die Ideen als Idealist, die Fakten als Positivist, die Bewusstseinszustände als Phänomenalist analysieren würde“⁴.

Nicht die Methode ist der Differenzpunkt, sondern die Offenheit, auch das Verborgene des Handelns zu entdecken. Selbst eine extrem faktenzentrierte Theorie würde BLONDEL akzeptieren, aber nicht eine Theorie, die Handeln und seine Implikationen ausblendet.

1. Ein paradigmatischer Fall?

BLONDEL beklagte, dass der analytischen Beschreibung des Handelns immer mehr, aber dem Handeln an sich immer weniger Bedeutung zugemessen wurde: Daraus folgt für die medizinische Ethik, dass aktuell eine Inkongruenz zwischen formal ethischen bzw. rechtlichen Regelungen und medizinischem Handeln zu bemerken ist, oder ungeschützt gesagt: Es wird geregelt, aber nicht gehandelt bzw. Handeln verstanden. Will man Komplikationen in der Medizin entwirren, muss man Handeln so verstehbar machen, dass es weder mit einer Rechtsvorschrift (oder was man dafür hält) noch mit „action guides“⁵ gleichgesetzt werden kann, was auch zur Folge hat, dass man die Welt der Fakten wie auch die der Regel und Moral nicht mehr zusammenbringt⁶. Wollen wir z.B. der Sterbehilfe gerecht werden, sind nicht die Probleme von Regeln und Prinzipien zu lösen, sondern Probleme von Menschen, die sterben und Sterbende behandeln. Dazu ein Fallbeispiel:

Nach einem Herzinfarkt und einem Schlaganfall war die Patientin somnolent geworden, aus Gründen der besseren Versorgung mit Medikamenten und Nahrung wurde ihr eine PEG (Perkutane endoskopische Gastrostomie)

⁴ M. BLONDEL: Der Ausgangspunkt des Philosophierens (1894/1992), S. 100.

⁵ T. L. BEAUCHAMP/J. F. CHILDRESS: Principles of Biomedical Ethics (⁵2001), S. 13.

⁶ P. HENRICI: Vorwort (1957).

gelegt, mit der sie auch nach ihrer Verlegung in ein Pflegeheim versorgt werden konnte. Aus praktischen Gründen hatte eine neurologische Station der PEG-Anlage zugestimmt, grundsätzlich lehnte sie das jedoch ab, weil sie die kritische Einstellung der Patientin und ihres Betreuers zu lebensverlängernden Maßnahmen kannte. Im Pflegeheim fand sie eine Schwester als Vertrauens- und Kontaktperson, die ihre nachhaltige Willenseinstellung bestätigte. Die Patientin hatte eine Patientenverfügung ausgestellt und einen Verwandten als Betreuer benannt. Vorher hatte sie gemeinsam mit ihrem Ehemann einen Suizidversuch unternommen, den nur sie überlebte. Der für sie im Heim zuständige Hausarzt zweifelte an der Legalität ihres Wunsches, in einer aussichtslosen Situation nicht mehr am Leben gehalten zu werden und entsprechend an der von einem Ethikkommission empfohlenen schrittweisen Rückführung der Ernährung, er fürchtete jedoch, dass diese Lebensbeendigung eine Art der aktiven Euthanasie und mithin verboten sei.

Nachgeschichte: Der Arzt verhinderte die Reduzierung der Nahrungszufuhr. Etwa zwei Wochen nach dem Konsil rief der Betreuer hilf- und ratlos an, dass sich nichts bewege und der Wille seiner Verwandten entgegen seinem Versprechen weiterhin nicht respektiert werde. Einen Monat später rief das Vormundschaftsgericht an, dass es noch ein weiteres Gutachten über ihren irreversiblen Zustand brauche.⁷

Dieser Fall zeigt die große Abhängigkeit von nicht aus der Medizin stammenden Regeln und Prinzipien, hier wird fast ausschließlich auf dieser Ebene argumentiert: ‚Darf‘ man künstliche Ernährung zurückfahren? Ist die nachträgliche Korrektur der PEG problematischer als deren Anlage? Wenn Nahrungseinstellung den Tod verursacht, ist dann Kausalität überhaupt eine ethische Kategorie? Wie weit gilt die Willenserklärung der Verfügung? In welchen Zeitabständen (jetzt nicht mehr verlangt; das Konsil fand kurz vor der Revision des Betreuungsrechtes statt) muss sie aktualisiert sein? Ist der Arzt bzw. die Heimleitung – und mit welcher Begründung – befugt, die Willenserklärung der Patientin außer Kraft zu setzen?

Im üblichen Pro- und Contra der Sterbehilfedebatte werden offensichtlich keine neuen Argumente mehr erwartet, oder fehlt nur die Bereitschaft der einen, sagen wir: der Sterbehilfebefürworter, die Argumente der anderen zu respektieren?⁸ Aber nicht Treue zur eigenen Position ist eine ethische Forde-

⁷ Ethik-Konsil zusammen mit Prof. Dr. Dr. H. JUST, Universität Freiburg.

⁸ B. SCHÖNE-SEIFERT: Grundlagen (2007), S. 135f.

rung, sondern die Fragebereitschaft, woher die Position und ihre Begründung kommen und welchen Stellenwert sie im Behandlungsprozess haben.

2. Die implizite Moral des Handelns

2009 ereignete sich gewissermaßen als symbolischer Beleg in dieser Debatte die Kontroverse zwischen dem Juristen TAUPITZ, Mitglied des Deutschen Ethikrates, und dem Arzt MONTGOMERY, der die Bundesärztekammer (BÄK) vertritt; darin wurden Prinzipien der ärztlichen Suizidhilfe als Sterbehilfe diskutiert. Auslöser war ein Spiegelinterview von Taupitz.⁹ Hier kommt es nicht darauf an zu entscheiden, ob der eine oder der andere „recht hat“, also auf das übliche Pro und Contra. Viel interessanter und produktiver ist doch zu erfahren, was in der Diskussion ausgeblendet wurde: etwa die Unsicherheit der Ärzte, am Ende des Lebens gute Entscheidungen zu treffen, und die Ängste der Patienten, am Ende ihres Lebens von ihren Garanten ignoriert zu werden – sagen wir: ausgeblendet werden jene Dimensionen, die den Handelnden betreffen, zugunsten von Prinzipien und Regeln. Es wird mit Hilfe von ethischen Prinzipien und Rechtsparagrafen geregelt, aber ob damit die Handlung getroffen wird, bleibt zweifelhaft. Man diskutiert, BLONDELS Karikatur aufnehmend, über Handeln, indem man Handeln ausklammert. Dabei ist Bioethik ohne Praxisreflexion und Empirie weder logisch noch praktisch möglich.¹⁰ Am Handeln wird eine Pflicht und nicht nur eine medico-legale Regelung abgelesen, das Sterben eines Menschen zu begleiten. Eine entsprechende Richtlinie der Bundesärztekammer redet zwar von der Pflicht¹¹, was aber 1) unter ihren juristischen Ausführungen kaum auffällt, 2) kaum als verpflichtend (verpflichtender als juristische Verbindlichkeiten?) verstanden wird und 3) nach den Erfahrungen der Freiburger Ethikberatung nur wenigen bekannt ist.

Natürlich kann man Regeln und Prinzipien auch weiterhin als hilfreich ansehen, Ethik braucht jedoch auch die Reflexion des Handelns. Der Arzt soll wissen, dass er in Fragen des Lebens und Sterbens genauso kompetent ist wie ein Jurist oder Ethiker, es geht um das Verstehen dessen, was zu tun ist. In der Analyse BLONDELS stimmt sehr nachdenklich, dass man das Handeln so wenig reflektiert. Auch in der aktuellen medizinischen Ethik verstummt der Verdacht nicht, dass die handlungsleitenden Prinzipien nicht genau das treffen, was der

⁹ J. TAUPITZ: Interview (2009).

¹⁰ A. M. HEDGECOE: *Critical Bioethics* (2004), S. 132.

¹¹ Grundsätze der Bundesärztekammer (2004).

Kliniker an Problemen lösen muss. Nur der medizinische „Novize denkt in Kategorien der Prinzipienanwendung“, stattdessen müsste auch in der Medizinethik die „aus dem Leben gegriffene Erfahrung von Ärzten und Patienten gewichtet werden, wie sie ethische Entscheidungen treffen und darüber reden“¹². Näheres dazu im letzten Punkt.

Gemäß TEN HAVES Analyse verliert medizinische Ethik ihren Bezug zur Praxis¹³, wenn sie durch externe Regeln und Prinzipien bestimmt wird und damit eine Wende von der „internen Professionalität“ zur „externen Moralität“¹⁴ auslöst. Nehmen wir dieses Problem in der aktuellen Euthanasiedebatte wieder auf, in der um Legalität – wohlgemerkt: nicht um ‚Legitimität‘ –, um Vergleichbarkeit mit EU-Recht (nachdem in Holland, Belgien und der Schweiz Euthanasie – undifferenziert gesagt – ‚erlaubt‘ wurde), um Grenzen zwischen sog. aktiver und indirekter Sterbehilfe u. Ä. gestritten wird. Wenn Begriff und Konzept des Erlaubten in der Bioethik medizinfremd sind, wurde dann nicht der Schritt zur ‚externen Moralität‘ längst getan? Mit den klar-sichtigen Begriffen von FRANCIS BACON (1561–1626)¹⁵ wird die ‚euthanasia exterior‘, deren Perspektiven im Rahmen einer externen Moralität bleiben und sich nicht um das Verstehen von Handeln bemühen, von der ‚euthanasia interior‘ abgrenzt. Regeln bringen nicht ein „Mehr an Klarheit, sondern [...] Ohnmachtserfahrung vieler Menschen gegenüber Praxis“¹⁶ am Lebensende. Verstehen von Handeln kann nicht durch Regelnwollen ersetzt werden.

Die Funktion jeder Theorie, also auch der Prinzipien und Regeln in der Medizin, sei „der Bezug auf das Tun – [...] auf das wirkliche Tun“¹⁷. BLONDELS Perspektive stößt die Ethik insofern auf zweierlei: 1) Im Handeln ist Moral kristallisiert und seine Ethik implizit, 2) wer die Moral der Medizin regeln will, muss deren Handlungen verstehen lernen. Statt wie üblich Prinzipien und Regeln zu konstruieren, schlägt BLONDEL den umgekehrten Weg ein: an der Handlung ablesen, welche Prinzipien und Regeln – wenn man diese Begriffe für die Handlungsanalyse und deren Moralität zulässt – ihr zugrunde liegen. Abgesehen von kurzen Bemerkungen zu Embryonen und Röntgen-

¹² A. M. HEDGECOE: *Critical Bioethics* (2004), S. 129.

¹³ H.A.M.J. TEN HAVE: *The Hyperreality of Clinical Ethics* (1994); vgl. ders./A. LELIE: *Medical ethics research between theory and practice* (1998).

¹⁴ H.A.M.J. TEN HAVE: *The Hyperreality of Clinical Ethics*, S. 115; vgl. H. BRODY/F.G. MILLER: *The internal morality of medicine* (1998).

¹⁵ Vgl. den Vortrag „Das Selbstverständnis des Arztes im Wandel“ (2009) von Prof. Dr. D. VON ENGELHARDT.

¹⁶ A. LOB-HÜDEPOHL: *Bedrohtes Sterben* (2009), S. 382.

¹⁷ M. BLONDEL: *Logik der Tat* (1957), S. 92.

strahlen diskutiert er keine medizinischen Probleme, ihm geht es jedoch um eine strukturelle Skizze. In der medizinischen Ethik werden Entscheidungskonflikte durch Prinzipien, (Leit-)Werte, rechtliche Regularien usw. gelöst, die alle jenseits der Handlung angesiedelt sind. Stattdessen ist dieser Weg für die medizinische Ethik aber unverzichtbar, weil in der Handlung der Niederschlag der Moral mitsamt den soziologischen und psychologischen Bedingungen der konkreten Situation zu erkennen ist.

Üblicherweise wird Ethik als deskriptiv, normativ und metaethisch unterschieden, auch deskriptive und metaethische Ethiksysteme betreffen indirekt die Kontrolle von Prinzipien und Regeln. Eine hermeneutische Medizinethik muss hinzutreten als ein Schritt davor, der das klinische Handeln und seine Implikationen zu verstehen aufgibt. Diese Form der ethischen Analyse darf nicht mit einer intuitionistischen Ethikform verwechselt werden, weil es ihr nicht um eine Art Wertfühlen geht, sondern um die Frage, wie moralische Urteile – tatsächlich und nicht abseits klinischer Praxis – zustande kommen.¹⁸

3. Bioethik und das Kuchenform-Modell

„How saved medicine the life of ethics“, fragt der Bioethiker S. TOULMIN¹⁹ in einem alten Aufsatztitel. Es wird darin beklagt, auch wenn heute das philosophische Fach Ethik deutlich näher an Alltagsfragen arbeitet, aber sich allzu oft eher als Sprachphilosophie versteht, dass sich die allgemeine Ethik als Teil der praktischen Philosophie dem konkreten Leben der Menschen entfremdet hat und Bedeutung zurückgewinnt, indem sie Probleme lösen hilft, die für alle (kranke wie behandelnde) Menschen praktisch wichtig sind. Das scheint auf den ersten Blick ehrenvoll – aber nur auf den ersten Blick! Es ist absurd, dass die Konstruktion von Prinzipien Wirklichkeit, hier: klinische Praxis transfundiert bekommen muss. Praxis muss die Forderung des Tuns erkennen, dann erst und nach ihrer Maßgabe braucht sie Regeln. Natürlich muss sie Figuren der allgemeinen ethischen Argumentation anwenden, nur ist damit ihre Funktion nicht erledigt. Bioethik ist mehr als ‚angewandte‘ Ethik und Praxis mehr als ein Anwendungsfall. Wie sehr medizinethische Überlegungen zu formalistischer Regel- und Prinzipienanwendung entarten können, zeigt das befreite Aufatmen, dass die Euthanasiedebatte durch Einführung der Palliativmedizin beendet werden könnte. Letztere widerspricht zwar dem Verbot der aktiven

¹⁸ B. MUSCHENGA: Was ist empirische Ethik? (2009), S. 190.

¹⁹ S. TOULMIN: How medicine saved the life of ethics (1982).

Tötung, aber es geht doch nicht in erster Linie um die Diskussion, ob die Pro- und Contra-Regeln gut oder schlecht sind, sondern darum, ob und wie die verheerende Situation am Ende des Lebens und die Eskalation von Abhängigkeit und Sinnlosigkeit aufgebrochen werden können. Wer den Ruf nach Beziehung und Sinn darin nur verkürzt wahrnimmt, sucht zwangsläufig nach Ersatz durch Prinzipien und Regeln.

Ob diese Empfehlung realistisch ist oder nicht und, wenn ja, in welchen Handlungsfeldern der Medizin das realisierbar ist, kann und soll hier nicht geklärt werden. Jedoch ist festzuhalten, dass Medizin diese Orientierung am Handeln und nicht nur an Prinzipien und Regeln unbedingt braucht. BLONDEL lenkt, wenn er Handeln verstehen will (ausgeführt in Punkt 5) seine Aufmerksamkeit auf 1. Entfaltung des Impliziten, 2. Beziehung bzw. Verantwortung, 3. Sinn, 4. Transzendieren und 5. Intention.

Gerade beim letzten Punkt zeigt sich, dass „Orientierung an Regeln“ statt „Intention“ eine Verknöcherung der Problemlösungsstrategie wäre. Das leider selten kommentierte Argument der Bioethikerin L. M. KOPELMAN²⁰ versucht genau das. Planung von Behandlung jenseits von Schablone und Routine – KOPELMANS Metapher vom *cookie-cutter*²¹ in der Bedeutung des Durchschnittswertes geht zurück auf das Bild der Kuchenform, die Individuelles (Teig) in eine Schablone bringt – erfordert ein bestimmtes Maß an Handlungsverständnis und nicht nur Regelwissen. Auf die Bioethik übertragen heißt das: Sie ist fixiert auf ihre Anwenderrolle und übersieht leicht, dass die Handlung nicht Exempel für Regelanwendung ist, sondern Regeln konstruiert, mit deren Hilfe sie Handeln durchführt, d. h. im Handeln zeichnet sich Orientierung ab. Klassischerweise tut die Ethik genau das, indem sie fragt, ob Praxis, die immer allgemein ist, und damit ihre Gültigkeit in dem konkreten Fall verändert wird (Epikie), die Folgen die Handelnden und Betroffenen nicht überfordern („Ultra posse nemo tenetur“) usw.

Nur ein Handeln, das sich selbst versteht, kann Kandidat für ethisch legitimes Handeln werden, Prinzipienethik ist durch Handlungsreflexion zu ergänzen. Praxis kann oft nicht anders, als ihre Legitimität durch Konformität mit Prinzipien (aus Jurisprudenz und Ethik) nachzuweisen, z. B. zu zeigen, dass ihr Handeln am Lebensende nicht auf Töten zielt. Was ist daran ihr legitimierendes Moment? Nicht ihre juristische Verbindlichkeit, auch nicht die

²⁰ L. M. KOPELMAN: What is Applied about “Applied” Philosophy? (1990); vgl. dies.: Case Method and Casuistry (2002).

²¹ L. M. KOPELMAN: What is Applied about “Applied” Philosophy?, S. 203.

Tradition des Helfer-Ethos – gerechtfertigt ist sie, weil sie die zentrale Perspektive der Hilfe in Erinnerung ruft und davon ausgeht, dass ein Handeln, das Leiden verlängert, nicht wirklich hilft, sondern die Quellen der Not ausklammert. Wenn man die Frage nach dem Sinn der Handlung ausklammert, müsste der Behandler Prinzipien und Regeln folgen und sich entscheiden, ohne zu wissen, was und warum er das tut. Die Ratlosigkeit angehender wie gestandener Ärzte ist frappierend, wenn sie Entscheidungen am Lebensende treffen und beurteilen müssen, ob eine bestimmte ärztliche Maßnahme – z. B. Abbruch von Katecholamin- und Antibiotikagabe, Beatmung, Ernährung, Flüssigkeitszufuhr u. Ä. – , aktive oder passive Sterbehilfe ist, was oft zu falschen Urteilen und Ratlosigkeit führt.²²

In der Diskussion über die Aussichtslosigkeit (*futility*) medizinischer Eingriffe gerade am Lebensende taucht eine bemerkenswerte Perspektive auf: „Wenn man trotz Aussichtslosigkeit eine Behandlung vornimmt, zählt das [...] als Verletzung professioneller Standards“²³, was aber gemeinhin als Risiko unterlassener Hilfeleistung, also als Rechtsverstoß eingeschätzt wird. Der Rechtsverstoß werde vermieden, so meinen viele, wenn man „auf der sicheren Seite“ ist und behandelt, auch wenn das laut professionellen Standards nicht mehr als sinnvoll anzusehen ist. Um das beurteilen zu können, sind Kenntnis und Anwendungsbereitschaft von Prinzipien und Regeln zu wenig, man muss die Handlung verstehen, d. h. etwa auf stereotype Vorgaben verzichten, kontroverse Positionen nicht disqualifizieren, Ratlosigkeit aushalten, Sicherheit nicht vorspielen usw.²⁴

Natürlich kann man es Ethik und Jurisprudenz nicht überlassen, eine medizinische Handlung zu verstehen, die man nicht selber verantwortet; diese Kompetenz kann der Medizin nicht genommen werden. Unter „Kompetenz“ wird hier die Kompetenz, Handeln zu regeln, verstanden, weil Handeln Regelwissen impliziert. Das bedeutet aber auch Gleichrangigkeit und Interaktion von Ethik / Recht und Medizin. Wie insbesondere das zu Anfang des Aufsatzes genannte Beispiel der BGH-Entscheidung zeigt, scheint die Entscheidung am Lebensende erst dann akzeptabel, wenn sie juristisch sanktioniert ist. Wenn Entscheidungen jedoch ohne Interaktion und d. h. ohne Handlungsverstehen getroffen werden, kann man sie mit Recht als „dezisionistisch“²⁵ kritisieren.

²² Vgl. F. J. ILLHARDT: Beendigung einer aussichtslosen Therapie (2007), S. 425ff.

²³ S. MORETTI: The development of “medical futility” (2009), S. 371.

²⁴ Siehe auch die Konkretionen und Punkt 5.

²⁵ Vgl. dazu Begriff und Diskussion bei J. HABERMAS: Verwissenschaftliche Politik und öffentliche Meinung (1963), S. 124–126.

4. Eine erweiterte Perspektive: „Wissenschaft des Handelns“*

BLONDELS Ansatz betrifft indirekt medizinische Probleme, weil ihre Lösung nur durch die Frage nach Grund und Ziel des Handelns möglich ist. Warum der Behandelnde und der Betroffene – zusammen oder gegeneinander – handeln, wird in Ethik und Recht selten gefragt. Nicht nur Prinzipien, sondern Handeln insgesamt – und zwar systematisch – muss als sinnstiftendes Gravitationszentrum der Entscheidung in den Blick genommen werden. Man kann Medizin nicht ohne ihre Praxis und die darin enthaltenen moralischen Implikationen verstehen. Hier ein Beispiel:

Bei Herrn K. liegt ein kleinzelliges Bronchialkarzinom mit zerebralen und osteoplastischen Metastasen vor. Unter der ersten chemotherapeutischen Behandlung kam es zu einer Stomatitis, starken Schmerzzuständen und essentiellen Tremor. Der Patient war nicht mehr ansprechbar und hatte Krampfanfälle. Sein Zustand, auch seine Ansprechbarkeit, konnte im weiteren Verlauf normalisiert werden. Bei Fortsetzung chemotherapeutischer Maßnahmen ist keine Heilung, aber eine Stabilisierung seines Zustandes zu erwarten, da der Tumor auf die Chemotherapie ansprach. Von Seiten der Ärzte besteht die Empfehlung weiterer chemo-therapeutischer Maßnahmen, allerdings mit reduzierter Dosis und vorbeugender Gabe von Antibiotika, um das erneute Auftreten von Komplikationen möglichst zu vermeiden.

Der Patient selbst hatte zu Beginn der Therapie in die Behandlung eingewilligt, war dann im Verlauf der Behandlung aber nicht mehr zu selbständigen Einschätzungen fähig. Er litt unter der Chemotherapie erneut an starken, nicht tolerierbaren Schmerzen. Nach Gesprächen darüber standen er und seine Frau einer weiteren Behandlung skeptisch gegenüber und wollten deshalb die Therapie beenden. Eine Dilemmasituation entstand: Einerseits war bekannt, dass der Patient diesen Wunsch auch ohne die Verstärkung durch seine Frau geäußert hatte. Andererseits wussten alle Beteiligten, dass der Patient aktuell weder örtlich noch zeitlich orientiert war. Die Stationsärztin hatte darum Teile aus einem psychologischen Test (MMSE = Mini Mental State Examination) durchgeführt, der auch oft in der Geriatrie benutzt wird. Diese Situation machte uns alle ziemlich ratlos. Unsere Fragen waren: Kann der Arzt trotz des aktuellen Tests mit Fug und Recht auf die weitere Behandlung verzichten? Beruht die Klarheit der Willensäußerung ausschließlich auf einer kognitiven Basis? Konnten der

Patient und seine Frau über ein solches nicht absehbares Szenario gesprochen haben und wussten sie, dass Helfen Grund ihrer jahrelangen Beziehung ist? Wie kann man eine mögliche Weiterbehandlung dem Patienten gegenüber vertreten, wenn der den aktuellen Zustand und die Angst vor der Chemotherapie nicht mehr akzeptierte? War der Nutzen der Chemotherapie größer als die offensichtliche Belastung?

Auch der Patient erschien hilflos, wandte sich schließlich an seine Frau und sagte: „Aber Du hilfst mir doch? Du hast mir doch immer geholfen.“²⁶

Hier wird das Protokoll der Ethikberatung abgebrochen, um BLONDELS Absicht klar zu machen. Er betonte die Notwendigkeit, Handeln zu verstehen, und nicht nur Handeln zu regulieren, genau dieses Dilemma erkennt man in der medizinischen Ethik wieder. Die Beratungsgruppe, d. h. die Ethiker zusammen mit Stationsvertretern, hat die praxisfremde Annahme von der Gültigkeit der Autonomie hintangesetzt und sich entschieden, die Beziehung höher als die aktuelle Orientierung an der Autonomie, Lebensqualität höher als einen möglichen Therapieerfolg einzuschätzen und als Therapieziel nicht die Lebensverlängerung, sondern den Gewinn an Qualität dieser Lebensspanne zu sehen.

Präferenzen beruhen nicht auf Prinzipien (à la ich will ..., weil ich ... darf), sondern auf der Erkundung der eigenen Moralität, ihrer Geschichte und Kultur. In einer moralpsychologischen Studie von L. KOHLBERG²⁷, die J. HABERMAS²⁸ wieder aufgegriffen hat, wurde eine Fallvignette mit dem Dilemma der Tötung eines schwerstkranken Patienten durch alle Entwicklungsstufen der moralischen Argumentation durchgespielt. Auf einer sehr niedrigen Stufe wird geantwortet: Man dürfe den Patienten nicht töten, weil Töten verboten ist. Das hieße, dass man töten darf, wenn es nicht verboten wäre. Ist das unserem aktuellen Argumentationsmuster nicht ziemlich ähnlich, wenn man medizinische Entscheidungen am Lebensende trifft, weil man juristische Komplikationen befürchtet und nicht, weil das geplante Handeln sinnvoll ist? Für den Arzt ist das aber sicher nicht ausreichend, er muss über die Regel hinaus wissen, warum er etwas tut oder nicht tut.

BLONDEL denkt zwar selten mit klinischen Bildern, aber er fordert auf, über das Handeln und dessen Normativität – er nennt das dann „Wissenschaft des

²⁶ Ethik-Konsil zusammen mit Dr. J. Boldt, Universitätsklinikum Freiburg.

²⁷ L. KOHLBERG: Die Psychologie der Moralentwicklung. (42002).

²⁸ J. HABERMAS: Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln (82001).

Handelns“ – nachzudenken. Frappierend war in der eben zitierten Beratung zu bemerken, dass die Stationsärztin, die an der Entscheidung wesentlich beteiligt war, ihre Entscheidung daran knüpfte, nicht jemand sein zu wollen, der – wie sie sagte – „Patienten im Regen stehen lässt“. Das entspricht BLONDELS Handlungsphilosophie. Wer den Grund seines Handelns reflektiert, verlässt die Deckung seiner externen Perspektive; aus dieser Deckung hervorzutreten, bedeutet Freiheit und damit Risiko.

Wenn man diese Orientierungslosigkeit riskiert, muss man seine innere Navigation nicht auf Null zurückstellen. Wer handelt, handelt aufgrund moralischer Implikationen, und die müssen bewusst gemacht werden. In der Fallgeschichte in diesem Punkt wird verschiedentlich auf Beziehung verwiesen, was eine Art Sammelbegriff für den Ruf nach Hilfe, Zusage von Hilfe, Übernahme persönlicher Verantwortung und Ähnlichem ist. Und wenn ein Fall eintritt, in dem keine Beziehung vorliegt? Es gibt schlechte Beziehungen, aber keine totale Beziehungslosigkeit. Genau diese Spezifität macht die Herausforderung aus: nicht nach allgemeinen Prinzipien und Regeln zu fragen, sondern nach dem, was in diesem Fall implizit ist und entfaltet werden muss.

5. Interne Moralität

Natürlich ist niemandem in der Klinik mit der theoretischen Ankündigung von Risiken geholfen, Klinik aber zum Empfänger externer Regeln und Moralität zu machen, ist deklassierend: Man darf nicht vergessen, was in der Handlung und ihren Folgen an Moral verborgen liegt, wobei Prinzipien und Regeln niemals nur aus Moral und Recht importiert werden, Moral ist immer auch Bestandteil des Handelns. Gehen wir zurück auf das Fallbeispiel und Punkt 4: Wenn ich eine Handlung wie diese plane oder entscheide, tue ich das, weil ich niemals etwas gegen und ohne den Willen eines anderen entscheide, weil ich nicht ohne eine tragfähige und engagierte Beziehung Arzt sein kann, weil ich nur dann helfe, wenn ich mit meinem Handeln einen Gewinn an Lebensqualität, wie der Patient sie einschätzt, erziele usw. Bevor man diesen impliziten Bestandteil analysieren und dann konkretisieren kann, muss man die Dimensionen der Handlung verstehen. Hier zusammengefasst nochmals die Strukturlinien nach BLONDEL: Handeln ist

1. Entfaltung des Impliziten
2. Beziehung
3. Sinnfindung

4. Transzendieren
5. Orientierung an der guten Intention

Wie kann man im klinischen Handeln diese Kategorien erkennen? BLONDEL nennt vier Wege: 1. den „Leib als exklusives Mittel des Tuns“ erkennen, 2. „die Erfahrung an ihrer Quelle aufsuchen“, 3. „durch eine kräftige Anstrengung der Reflexion auf sich selbst zurückkommen“ und 4. die „reine Erkenntnis der praktischen [...] entgegensetzen“²⁹.

Das bedeutet im Einzelnen: Erstens, der Gegenstand unserer bioethischen Regelungen betrifft leibliche Wesen, d.h. Wesen, die wahrnehmen und wahrgenommen werden, man darf sich nicht auf den Teil des Wahrgenommen-Werdens beschränken. Zumal im Umgang mit Menschen am Lebensende ist es unerlässlich, sich auf physiologische und (!) geistige, d. h. auf körperliche Befunde wie auch auf sich selbst verwirklichende und bestimmende Wesen zu beziehen. Zweitens geben Regeln und Prinzipien z.B. hinter der juristischen Gültigkeit, dem sog. Mainstream, dem Konsens usw. auch Machtfragen zu erkennen. Wir können uns damit nicht zufriedengeben, dass eine Regel valide erlassen worden ist, stattdessen müssen wir darüber reflektieren, dass und warum sich diese Regel generell bewährt. Drittens müssen wir eruieren, ob wir uns in dieser Regelung selber wiederfinden, ob Regel und Handelnder zueinander passen. Jede Regel hat Ausnahmen, jeder Regelanwender muss auch die Ausnahmen und ihren Grund kennen. Viertens bringt es uns weder theoretisch noch praktisch weiter, wenn man Regelwissen optimiert, seine Überzeugung pflegt usw. Wir müssen nach der Handlung und ihren Gründen (und nicht nur nach Prinzipien und Regeln) fragen. Gestattet man sich BLONDELS Vorbehalt gegen eine theoretische Ethik, ergeben sich Fragen wie diese:

- Welches Selbstbild haben Medizin und Pflege, wenn sie gerade in terminalen Phasen die Präferenzen des Kranken respektieren?
- Setzt das Selbstbild Sinn nicht voraus, wenn man Sinn als Möglichkeit eines Zusammenhangs versteht?
- Gehört auch zum Selbstverständnis von Medizin und Pflege die Haltung, nicht zu wissen, was der Betroffene tun/nicht tun soll?
- Brauchen Medizin und Pflege ein bestimmtes Handeln für die Aufrechterhaltung des eigenen Selbst-Konzepts oder handeln sie im Interesse des Anderen?

²⁹ Alle vier Zitate stammen aus M. BLONDEL: Logik der Tat (1957), S. 90.

- Bekommen die dem Patienten Nahestehenden von den Behandlern Unterstützung dabei, wenn sie (nicht im eigenen, sondern) ‚im besten Interesse‘ des Patienten tätig werden?
- Lernen die Ärzte und Pflegenden, die Willensvertretung durch andere Personen zu akzeptieren und in ihre Entscheidungen einzuplanen?
- Wie können sie eine mögliche Weiterbehandlung dem Patienten gegenüber vertreten, wenn der Patient die aktuelle Belastung durch die Therapie nicht mehr mitträgt?
- Was kann man im Konfliktfall dieser Perspektiven tun?
- Aufgrund welcher Erfahrungen weiß sich der Behandler in der ‚Pflicht‘, eine nicht mehr aussichtsreiche Therapie fortzusetzen oder abubrechen?
- Wie können sie sich Sicherheit über die Legitimität ihrer Maßnahmen verschaffen?
- Akzeptieren die Ärzte und Pflegenden Urteile ihrer Kollegen? Nutzen sie systematisch die Möglichkeit einer ‚kollegialen Supervision‘?

Diese praktischen Fragen scheinen zunächst nichts mit BLONDELS theoretischem Rückgriff auf die fünf Dimensionen der Moral zu tun zu haben. Dem steht jedoch entgegen, dass keine dieser Fragen sich mit Prinzipien oder Regeln beantworten ließe, wenn nicht zuvor in diesen Fragen die fünf Dimensionen wahrgenommen worden wären.

Eine Entscheidung ist nur dann gut, wenn sie den Weg zum Anderen, hier: zum Patienten, findet, und dieser Weg führt nur über das Handeln und seine Reflexion. Zugespitzt formuliert, können wir laut BLONDEL „nicht zu den anderen Seienden gelangen, außer durch unser Sein“³⁰, andernfalls würde aus der Medizin eine Logistik des Heilens. Das sieht sich auf den ersten Blick wie ein Gemeinplatz an, der Kehrschluss dieses angeblichen Gemeinplatzes ist aber, dass jede Art, medizinische Entscheidungen zu orientieren, ohne medizinisches Handeln zu verstehen – hier gingen wir im Wesentlichen von medizinethischen Prinzipien und juristischen Regeln auf dem Hintergrund der Entscheidungen am Lebensende aus –, das Wesentliche medizinischen Handelns verfehlt.

³⁰ M. BLONDEL: Logik der Tat, S. 110.

Zusammenfassung

ILLHARDT, FRANZ JOSEF: **Handeln verstehen oder regeln? Eine „Wissenschaft des Handelns“ (Maurice Blondel) – dargestellt am Beispiel der Euthanasiedebatte.** ETHICA 19 (2011) 2, 149–165

Die Handlungsphilosophie des französischen (Religions-)Philosophen Maurice Blondel gibt Anlass, die aktuelle Medizinethik zu hinterfragen. Die Prinzipien und Regeln des Kliniklers jedoch setzen jenseits der Reflexion seines Handelns an und entsprechen einer „externen Moralität“, nur ein Handeln, das sich selbst versteht, kann Kandidat für ethisch legitimes Handeln werden. Die aktuelle Prinzipienethik dagegen beurteilt von außen und entwirft bzw. fordert Regeln. Sie versteht sich insofern als Anwendung, verfehlt damit aber ihre praktische Perspektive. Die letzten beiden Punkte beziehen sich auf Blondels Perspektiven einer Erweiterung der medizinischen Ethik durch Rückbezug auf Fragen der ärztlichen Handlung und ihre implizite Moral. In allen Punkten werden Probleme der Euthanasiedebatte als Beleg für diesen Konflikt zwischen Regeln und Verstehen einer Handlung zur Diskussion gestellt.

Entscheidungen am Lebensende
Handlungstheorie
Hermeneutik
Praxis
Prinzip
Regel

Summary

ILLHARDT, FRANZ JOSEF.: **Interpreting or regulating actions? A “science of action” (Maurice Blondel) – the debate on euthanasia as an example.** ETHICA 19 (2011) 2, 149–165

The philosophy of action by the French philosopher (of religion) Maurice Blondel gives cause for criticizing recent bioethics, but the principles and rules of the clinician are less concerned with reflecting his actions. They rather correspond to an “external morality”, i.e. only an action that understands itself may stand for an ethically justified action. The recent principlism, however, judges from an outer perspective and requires rules. It perceives itself as an application of rules, thereby failing its practical point of view. The last two paragraphs refer to Blondel’s perspective to widen bioethics by relying on the physician’s action and its implicit morality. In all paragraphs problems of the euthanasia debate are discussed and serve as an evidence for the conflict between regulating and understanding an action.

Decisions at the end of life
hermeneutics
practice
principle
rule
theory of action

L i t e r a t u r

BEAUCHAMP, T.L./J.F. CHILDRESS: *Principles of Biomedical Ethics*. New York; Oxford 2001.

BLONDEL, M.: *Logik der Tat*. Ausgew. u. übers. von P. Henrici. Einsiedeln: Johannes Verl., 1957.

— *Der Ausgangspunkt des Philosophierens*. In: *Der Ausgangspunkt des Philosophierens*. Drei Aufsätze (orig. 1894), übers. u. hrsg. v. A. Raffelt, H. Verweyen. Hamburg: Meiner, 1992 (Phil. Bibliothek; 451), S. 1–39.

BRODY, H./F.G. MILLER: The internal morality of medicine: Explication and application to managed care. *Journal of Medicine and Philosophy* 23 (1998), 384–410.

- GEBSATTEL, V. E. VON: Not und Hilfe. Prolegomena zu einer Wesenslehre der geistig-seelischen Hilfe. Freiburg: Caritasverl., 1947.
- GRÄTZEL, S. (Hrsg.): Praxis. Jahrbuch der Internationalen Maurice-Blondel-Forschungsstelle für Religionsphilosophie Bd. 1. London, 2009.
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Revision vom 7.5.2004.
- HABERMAS, J.: Verwissenschaftliche Politik und öffentliche Meinung. In: *Technik und Wissenschaft als „Ideologie“*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, ¹⁵1991, S. 120–145.
- Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. In: Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, ⁸2001, S. 107–206.
- HEDGECOE, A. C.: Critical Bioethics: Beyond the Social Science Critique of Applied Ethics. *Bioethics* 18 (2004), 120–143.
- HENRICI, P.: Vorwort. In: Maurice Blondel: Logik der Tat. Ausgew. u. übers. von Henrici P. Einsiedeln: Johannes Verl., 1957, S. 7–15.
- ILLHARDT, F.J.: Beendigung einer aussichtslosen Therapie. Zur Diskussion über die sog. Futility. In: B.S. Byrd, J. Hruschka, J.C. Joerden (Hrsg.): Jahrbuch für Recht und Ethik / Annual Review of Law and Ethics 15 (2007), 415–436.
- Conflict between Patient's Family and the Medical Team. *HEC Forum* 19 (2007), 381–388.
- KOHLBERG, L.: Die Psychologie der Moralentwicklung. Übers. u. hrsg. v. W. Althof. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, ⁴2002.
- KOPELMAN, L. M.: What is Applied about “Applied” Philosophy? *The Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990), 199–218.
- Case Method and Casuistry: The Problem of Bias. *Theoretical Medicine* 15 (1994), 21–37.
- LOB-HÜDEPOHL, A.: Bedrohtes Sterben. Zur Debatte um Patientenverfügungen. *Stimmen der Zeit* 134 (2009), 378–390.
- MONTGOMERY, F.U.: Antwort auf J. Taupitz. In: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 15 vom 10.4.2009, 693–695.
- MORETTI, S.: The development of “medical futility”: towards a procedural approach based on the role of the medical profession. *Journal of Medical Ethics* 35 (2009), 369–372.
- MUSCHENGA, B.: Was ist empirische Ethik? *Ethik in der Medizin* 21 (2009), 187–199.
- Nationaler Ethikrat: „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“. Stellungnahme vom 13.7.2006, Berlin.
- RAHNER, K.: Sein und Freiheit. Blondels Entwurf einer normativen Ontologie. *Zeitschrift für katholische Theologie* 63 (1939), 274–310, 393–427.
- SCHÖNE-SEIFERT, B.: Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner, 2007.
- SEIDLER, E.: Primärerfahrung von Not und Hilfe. In: H. Schipperges/E. Seidler/P. Unschuld (Hrsg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung. Freiburg; München: Alber, 1978, S. 399–418.
- STEINKAMP, N./B. GORDIJN: Ethical Case deliberation on the ward: a comparison of four methods. *Medicine, Health care and Philosophy* 6 (2003), 235–246.
- STEINKAMP, N./B. GORDIJN/H.A.M.J. TEN HAVE: Ethical Expertise Revisited. Reply to Giles Scofield. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 18 (2008), 385–392.
- STEMPSEY, W. E.: Clinical reasoning: new challenges. *Theoretical Medicine and Bioethics* 30 (2009), 173–179.
- TAUPITZ, J.: Interview in: Der Spiegel 11 / 2009, 58–60.

- TEN HAVE, H.A.M.J.: The Hyperreality of Clinical Ethics: A Unitary Theory and Hermeneutics. *Theoretical Medicine* 15 (1994), 113–131.
- TEN HAVE, H.A.M.J./A. LELIE: Medical ethics research between theory and practice. *Theory of Medicine and Bioethics* 19 (1998), 263–276.
- TOULMIN, S.: How medicine saved the life of ethics. *Perspectives in Biology and Medicine* 25 (1982), 736–750.
- WEDLER, H.L.: Nutzen und Grenzen der Sondenernährung am Lebensende. *Ethik in der Medizin* 16 (2004), 211–216.

Prof. Dr. F. J. Illhardt, Geschäftsführer der Ethik-Kommission,
Engelberger Str. 21, D-79106 Freiburg
franz.josef.illhardt@uniklinik-freiburg.de