

**Max Klopfer (Hrsg.)**

# **Studienbriefe Ethik**

## **Medizinethik**

**Armin G. Wildfeuer**



**Autor:**

Prof. Dr. Armin G. Wildfeuer

Der Autor ist Professor für Philosophie, insbesondere Ethik, Anthropologie und politische Theorie an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein–Westfalen.

Dr. Max Klopfer ist Studiendirektor am Lehrstuhl Schulpädagogik der Universität Augsburg.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>MEDIZIN UND ETHIK IM WANDEL .....</b>	<b>6</b>
1.1	Der hippokratische Eid und die traditionelle medizinische Ethik als Standes- und Berufsethik .....	7
	Weshalb war der Hippokratische Eid in der Antike offenbar funktionsfähig? .....	10
1.2	Die Veränderungen der Strukturbedingungen in der modernen Medizin .....	10
1.3	Die Notwendigkeit von ethischen und rechtlichen Grenzziehungen und die Schwierigkeiten eines gesellschaftlichen Konsenses.....	16
<b>2</b>	<b>MEDIZIN ALS PRAKTISCHE WISSENSCHAFT UND DAS HANDELN DES ARZTES.....</b>	<b>19</b>
	Was ist eigentlich das Wesentliche im ärztlichen Beruf?.....	19
2.1	Die Grundstruktur der Arzt-Patienten-Beziehung.....	19
2.2	Grundlagentheorie der Medizin.....	20
2.2.1	Theoretische, angewandte und praktische Wissenschaft.....	20
	Praktische .....	22
2.2.2	Erkenntnisvermögen und Urteilskraft .....	23
2.2.3	Handeln und Handlungstheorie.....	24
2.2.3.1	Handlung und Intention.....	24
2.2.3.2	Handlungsziele der Medizin.....	25
2.3	Elemente des ärztlichen Handelns.....	26
2.3.1	Diagnose, Therapie, Prognose .....	26
	Wahrscheinlichkeitscharakter der Erklärung .....	27
2.3.2	Der Krankheitsbegriff.....	28
2.3.2.1	Systematisierung der Krankheiten.....	28
2.3.2.2	Verstehensmöglichkeiten für das Krankheitsgeschehen.....	28
2.3.2.3	Krankheit, Gesundheit und Behinderung als normative, kulturabhängige Begriffe ..	29
2.4	Zur teleologischen Struktur des ärztlichen Handelns .....	31
2.4.1	Intentionalität und Verantwortung im ärztlichen Handeln .....	31
2.4.2	Der Arzt und die Autonomie des Patienten.....	32
2.4.3	Gefährdungen des ärztlichen Handelns.....	33
<b>3</b>	<b>PRINZIPIEN UND VERFAHRENSWEISEN HEUTIGER MEDIZINISCHER ETHIK .....</b>	<b>35</b>
3.1	Urteilsbildung in der amerikanischen Medizinethik: „Angewandte Ethik“ und Prinzipien mittlerer Reichweite (Beauchamp/Childress) .....	35
3.2	Medizinische Ethik in aristotelisch-kantischer Tradition.....	40
3.2.1	Zur Situation der Medizinethik in Europa und Deutschland .....	40
3.2.2	Forderungen an eine zeitgemäße medizinische Ethik .....	41
3.2.2.1	Medizinische Ethik als „angewandte Ethik“ .....	41
3.2.2.2	Mittlere Prinzipien .....	41

3.2.2.3	Teleologie des ärztlichen Handelns und die Arzt-Patient-Beziehung.....	42
3.2.2.4	Abwägung der in Frage stehenden Ziele und Güter.....	42
3.2.2.5	Die „Natur“ des Menschen als Orientierungsgröße ärztlichen Handelns.....	43
3.2.2.6	Bedeutung des „Ethos“.....	43
3.2.3	Schema der ethischen Urteilsbildung im ärztlichen Handeln nach dem Muster der aristotelischen Ethik.....	44

#### **4 WÜRDE UND SCHUTZ DER PERSON: DER STREIT UM DEN PERSONBEGRIFF IN DER NEUEREN BIOETHISCHEN DISKUSSION .....54**

<b>4.1</b>	<b>Zur problematischen Unterscheidung der Begriffe "Mensch" und "Person" .....</b>	<b>54</b>
4.1.1	Der "Speziesismus"-Vorwurf und die Kritik an der " <i>Sanctity of Life-Doctrine</i> ".....	55
4.1.2	Aktualistisch-qualitative Personenbegriffe und ihre Konsequenzen für die Schutzwürdigkeit des Menschen .....	56
4.1.3	Kritik und mögliche Gegeneinwände .....	59
<b>4.2</b>	<b>Praktische Selbstzuschreibung und das Prinzip der unbedingten Anerkennung nach I. Kant 61</b>	

#### **5 AUSGEWÄHLTE PROBLEMFELDER DER MEDIZINISCHEN ETHIK ....64**

<b>5.1</b>	<b>Technisch-molekularbiologische Eingriffe in das menschliches Leben.....</b>	<b>64</b>
5.1.1.1	Neue technische-humanbiologische Handlungsmöglichkeiten .....	64
5.1.1.2	Anthropologische Vorentscheidungen und der Standpunkt der Moral .....	65
5.1.1.3	Der moralische Standpunkt einer „Verantwortungsethik“ .....	68
	Aufgrund dieser kurzen Hinweise zum Menschenbild, bedarf es im Folgenden eines kurzen Aufweises des hier eingenommenen "moralischen Standpunktes" zur Beurteilung der verschiedenen Gentechnologien, den ich als "Verantwortungsethik" oder auch als "Ethik der Konsequenzen" bezeichnen möchte.....	68
<b>5.2</b>	<b>Reproduktionstechnologie.....</b>	<b>69</b>
5.2.1	Problem - Durchführung - Konstellationen .....	69
5.2.2	Bewertung der Zielsetzung.....	70
5.2.3	Bewertung der Methode.....	71
5.2.4	Bewertung der Folgen.....	72
<b>5.3</b>	<b>Humangenetik.....</b>	<b>78</b>
5.3.1	Die Entdeckung des menschlichen Genoms.....	78
5.3.2	Genomanalyse und Gentherapie: Neue Handlungsmodelle und Probleme .....	79
5.3.2.1	Wissenschaftlich-technische Probleme.....	79
5.3.2.2	Ethische Fragestellungen im Umgang mit den neuen Handlungsmöglichkeiten.....	80
5.3.2.3	Kriterien für die ethische Urteilsfindung .....	81
5.3.2.3.1	<b>Menschenwürde</b> .....	81
5.3.2.3.2	<b>Grundwert Leben</b> .....	82
5.3.2.3.3	<b>Recht des Menschen auf die Naturwüchsigkeit seines Ursprungs: Genom und Person</b> .....	83
5.3.3	Der Zusammenhang von Gendiagnostik und Krankheit: Beispiel „Pränataldiagnostik“.....	84
5.3.3.1	Krankheit und genetische Disposition .....	84
5.3.3.2	Ethisch problematische Erwartungen und Befürchtungen in der Öffentlichkeit .....	85
5.3.3.3	Bezugnahme auf einen normativen Begriff von Krankheit bzw. Behinderung in der genetischen Beratung.....	86
5.3.3.4	Die Anwendung humangenetischer Methoden in der Pränataldiagnostik.....	87
	Durchführung der Pränataldiagnostik.....	88
5.3.3.5	Komplexität der ethischen Urteilsbildung zu den Chancen und Risiken der Pränataldiagnostik .....	89

5.3.3.5.1	Der Zusammenhang von Pränataldiagnostik und "therapeutischem Schwangerschaftsabbruch" .....	89
5.3.3.5.2	Auswirkungen auf die gesellschaftliche Akzeptanz von Behinderten .....	90
5.3.3.5.3	Gefahr von Selektion und Eugenik .....	91
5.3.3.5.4	Veränderungen der Begriffe Gesundheit/Krankheit und Behinderung .....	92
5.3.3.5.5	Die Veränderungen von Rahmenbedingungen medizinisch-ärztlichen Handelns .....	94
5.3.3.5.6	Zugrundeliegende ethische Leitvorstellungen: das Prinzip der Menschenwürde .....	94
5.3.4	Gentherapie an somatischen Zellen .....	95
5.3.5	Gentherapie an Keimbahnzellen .....	96
<b>5.4</b>	<b>Ethische Probleme am Ende des menschlichen Lebens: Menschenwürdiges Sterben und Tod.....</b>	<b>98</b>
5.4.1	Die veränderte Wahrnehmung von Sterben und Tod .....	98
5.4.1.1	Verändertes Todesbewußtsein .....	98
5.4.1.2	Anonyme Technik und der Sinn der Lebenserhaltung .....	100
5.4.1.3	Stadien des Todes .....	101
5.4.2	Euthanasie und Sterbehilfe .....	101
5.4.2.1	Passive Sterbehilfe .....	101
5.4.2.2	Aktive Sterbehilfe .....	104
5.4.2.3	Sterbebegleitung und Sterbebeistand: Sterbehilfe als Lebenshilfe .....	107
<b>6</b>	<b>ANHANG: FALL- BZW. ÜBUNGSBEISPIELE .....</b>	<b>109</b>
6.1	Fall 1: Schweigepflicht .....	109
6.2	Fall 2: Ärztliches Berufsverständnis .....	109
6.3	Fall 3: Ärztlicher Verantwortungsbereich .....	110
6.4	Fall 4: Therapie-Abbruch, Allokation .....	110
6.5	Fall 5: Behandlungsverzicht im Notdienst .....	111
6.6	Fall 6: Patiententestament .....	111
6.7	Fall 7: Sterilisierung nicht Einwilligungsfähiger .....	111
6.8	Fall 8: Schwangerschaftsabbruch in einer Notlage .....	112
6.9	Fall 9: Schwangerschaftsabbruch aus genetischer Indikation .....	112
6.10	Fall 10: Genetische Beratung und Schwangerschaftsabbruch bei Chorea Huntington .....	113
6.11	Fall 11: Lebensschutz/Risikoabwägung .....	113
6.12	Fall 12: Aufklärung bei neurologischer Erkrankung .....	113
6.13	Fall 13: Aufklärung bei Krebserkrankung .....	113
6.14	Fall 14: Aufklärung vor einer Operation .....	114
6.15	Fall 15: Sterbehilfe .....	115
6.16	Fall 16: Organtransplantation/Hirntod .....	115

<b>6.17</b>	<b>Fall 17: "Verantwortung" des Arztes</b> .....	<b>116</b>
<b>6.18</b>	<b>Fall 18: Euthanasie</b> .....	<b>117</b>
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE ÜBUNGSFRAGEN</b> .....	<b>118</b>
	<b>Fall 1: Schweigepflicht</b> .....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
	<b>Fall 2: Behandlungsverzicht im Notdienst</b> .....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

# 1 MEDIZIN UND ETHIK IM WANDEL

**Die Frage nach der Ethik in der Medizin ist so alt wie die Medizin selbst.**

Der Grund liegt auf der Hand:

- Der *Patient*, der einen Arzt ruft, um von einer Krankheit geheilt zu werden, muss nicht nur davon ausgehen können, dass der Arzt über die nötige Kompetenz verfügt, um die Krankheit heilen zu können, er muss auch darauf vertrauen können, dass der Arzt diese Kompetenz **zu keinem anderen Ziel als der Heilung** einsetzt.
- Umgekehrt steht der *Arzt*, der zur Heilung des Patienten gerufen wird, nicht nur vor der speziellen Frage, welche Mittel im Blick auf ein beliebiges Ziel richtig oder falsch sind, sondern auch vor der grundsätzlicheren Frage, **welches der möglichen Ziele das ist, das allein er als Arzt zu verfolgen hat**. Er muss nicht nur über die Kenntnis der richtigen Mittel verfügen, sondern auch eine verantwortliche Wahl in Bezug auf die Ziele getroffen und diese Wahl zu seinem habituellen Besitz gemacht haben. Allein unter dieser Voraussetzung kann sich der Patient darauf verlassen, dass der Arzt die ihm eingeräumte Möglichkeit des Eingriffs in den Körper bzw. der Verletzung der körperlichen Integrität nicht missbraucht, sondern dem Vertrauen des Patienten entsprechend handelt und dessen Wohl an die erste Stelle setzt.

Aus dem **Verhältnis von Arzt und Patient** ergibt sich:

**Ärztliches Handeln** steht

nicht nur unter *der pragmatischen Differenz von richtig oder falsch*,  
sondern auch unter *der moralischen Differenz von gut und böse*.

Beide Differenzen stehen in einem unlöslichen Zusammenhang:

- die moralische Differenz ist ohne die pragmatische leer,
- die pragmatische ohne die moralische blind:
- der Arzt, der es gut mit seinem Patienten meint, dem aber die Kompetenz fehlt, handelt im besten Fall unwirksam,
- der Arzt, der über alle Kompetenzen verfügt, aber beliebige Ziele verfolgt, im schlimmsten Fall verbrecherisch.

Im ärztlichen Urteil haben sich daher immer schon **zwei verschiedene Krite-riolo-gien** miteinander verbunden:



- - die *Kriteriologie der ärztlichen Kunst* im engeren Sinn, nach der sich das Richtig- oder Falschsein der Mittel bemisst, und
- - die *Prinzipien der ärztlichen Ethik*, die für die Wahl der Ziele und die Bestimmung der diesen Zielen entsprechenden Grundhaltungen maßgeblich sind.

## **1.1 Der hippokratische Eid und die traditionelle medizinische Ethik als Standes- und Berufsethik**

Seit den Anfängen der abendländischen Medizin hat sich die ethische Entscheidung des Arztes maßgeblich am **ärztlichen Berufs- bzw. Standesethos** orientiert.

- Unter einem „**Ethos**“ versteht man das Gesamtmuster von Regeln, Einstellungen und Haltungen, das von einer Gesellschaft oder einer gesellschaftlichen Gruppe in Bezug auf das Handeln als verbindlich betrachtet wird.
- Ein „**Berufsethos**“ ist dementsprechend das für das berufliche Handeln als verbindlich betrachtete Gesamtmuster der Regeln, Einstellungen und Haltungen, das sich auf dem Hintergrund des geltenden gesamtgesellschaftlichen Ethos die Gilde der diesen Beruf Ausübenden selbst auferlegt.

Mit Blick auf den Arztberuf ist ein solches Ethos erstmals im sog. **Eid des Hippokrates** von Kos greifbar. Der Hippokratische Eid ist ein zeitgebundenes medizinhistorisches Dokument, das etwa um 400 v. Chr. entstanden sein dürfte. Der Eid bot normierende, rational und pragmatisch motivierte Leitlinien für die Mediziner Ausbildung, das Arzt-Patient-Verhältnis, den ärztlichen Beruf und dessen Handlungsstrategie an. Solche Leitlinien benötigte der Arzt der griechischen Antike, um medizinisch erfolgreich wirken und ökonomisch überleben zu können. Der Hippokratische Eid ist daher zunächst eine **standesrechtliche Regelung**. Er sichert die Versorgung der Ärzte und ihrer Nachkommen. Mit medizinischer Ethik hat er zunächst nichts zu tun, obwohl auch wesentliche Fragen der Arzt-Patient-Beziehung zur Sprache kommen.

## Der Hippokratische Eid

*„Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde:*

*Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, aber sonst niemanden.*

*Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen. Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen. Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind. In wieviele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven. Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheim halten.*

*Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen.“*

Zur Erläuterung:

- Die Tatsache, dass die technischen Möglichkeiten der Medizin sehr begrenzt waren, hatte wesentliche Konsequenzen für das ärztliche Denken und Handeln: Die Hippokratiker betrieben keine *diagnostische* Medizin, sondern eine **prognostisch orientierte Heilkunde**, die vor allem auf der korrekten Deutung körperlicher Zeichen (*Medizinische Semiotik*) basierte. Eigene Beobachtung und langjährige Erfahrung waren hierzu notwendig. Wer Arzt werden wollte, ging zunächst bei einem anerkannten Meister in die Lehre, der den jungen Mann theoretisch und praktisch ausbildete. Daher enthielt der Hippokratische Eid nach der Anrufung der (Heil-) Götter zunächst einen **Vertrag** (*Syngraphé*), der die Rechtsbeziehung zwischen Lehrer und Schüler regelte. Sowohl das Honorar und die Altersversorgung des Lehrers als auch ein "Numerus clausus" für den Arztberuf wurden in diesem Vertrag vorgesehen. Daraus folgte auch, dass der Eid *vor* Beginn der Ausbildung abgelegt wurde und nicht erst nach ihrem Abschluss.
- Die Vorschriften, die sich auf das **Arzt-Patient-Verhältnis** und die **optimale Berufsstrategie** bezogen (*Hórkos*), wurden erst im zweiten Teil des Textes behandelt. Für den Hippokratischen Arzt kam es eben nicht nur aus ethischen Gründen darauf an, jeglichen Schaden von seinen Patienten abzuwenden, denn es ging dabei auch um seine eigene berufliche Existenz. Angesichts der beschränkten therapeutischen Möglichkeiten konnte es in vielen Fällen sehr viel klüger sein, nichts zu tun und damit zusätzlichen Schaden zu vermeiden, als durch eine falsche Behandlung die Krankheit womöglich zu verschlimmern. Für das **Ansehen des Arztes**, der sich als Fachmann (*Technítes*) zur Erhaltung des gefährdeten Lebens verstand, wäre die Beihilfe zur Selbsttötung oder gar zur Tötung eines Menschen äußerst abträglich gewesen. Sie wurde deshalb im Eid ebenso abgelehnt wie die aktive Ausführung einer Abtreibung. Die Ablehnung der gefährlichen Blasensteinoperation mit dem Verweis auf die hierfür zuständigen Spezialisten war in ähnlicher Weise ein Teil der Hippokratischen **Strategie der Risikominimierung**.
- Kaum etwas ist in seiner Entstehungszeit ganz selbstverständlich, das erst in einem Eid versprochen werden muss. Diese Erkenntnis lässt sich auch auf die **restriktiven Vorschriften über den Hausbesuch** und dessen vom Hippokratischen Arzt geforderte Rahmenbedingungen anwenden; zu ihnen zählte ebenso die Einhaltung der Schweigepflicht zum Schutz der Patienten und ihrer Familie. Nicht zuletzt das Ansehen des Arztes konnte unter einer im Dienst begangenen sexuellen Verfehlung oder unter seiner mangelnden Verschwiegenheit leiden.
- Der letzte Passus des Eides benannte schließlich die **Sanktionen**, die dem Arzt drohten, wenn er die zuvor gegebenen Versprechungen nicht einhielt. Dabei wurden die beiden Triebkräfte besonders herausgestellt, die ihn wohl am ehesten zu **motivieren** vermochten, nämlich
  - der materielle Erfolg im Leben und im Beruf sowie
  - der dauerhafte Nachruhm bei allen Menschen für alle Zeiten. Wenn der Arzt seinen Eid brach, dann würde er freilich erfolglos bleiben und der Vergessenheit anheim

Trotz der primär standesrechtlichen Orientierung des Hippokratischen Eides stellt er bleibende **Grundregeln und Grundsätze** auf, die für das ärztliche Berufsethos bestimmend geworden und von bleibender Bedeutung sind. Die aus dem Text des Eides eruibaren Grundsätze ärztlichen Handelns lauten:

<b>Grundregeln und Grundsätze des Hippokrates</b>	
<i>Salus aegroti suprema lex</i>	- <i>Das Wohl des Kranken ist das oberste Gesetz</i>
<i>Voluntas aegroti suprema le-</i>	<i>Der Wille des Kranken ist das oberste Gesetz</i>
<i>Primo nil nocere</i>	- <i>Nichts ist wichtiger, als dem Kranken nicht zu schaden</i>

Vor allem aber **ärztliche Tugenden**, d.h. *feste Grundhaltungen*, wie Hilfsbereitschaft oder Verschwiegenheit, die **über das Vorbild von einer Generation der Ärzte zur nächsten weitergegeben** werden und die dem einzelnen, der sie sich zu eigen gemacht hat, erlauben, in jeder gegebenen Situation gleichsam **wie selbstverständlich die richtigen Ziele zu verfolgen**.

### **Weshalb war der Hippokratische Eid in der Antike offenbar funktionsfähig?**

Ein solcher Eid konnte nur dann sinnvoll und wirksam sein, wenn er die ethischen Maximen nicht in Widerspruch zu jenen praktischen Erfordernissen brachte, die der Arzt im wohlverstandenen Eigeninteresse berücksichtigen musste. Die sittlichen Verpflichtungen konnten nur deshalb eingehalten werden, weil die berechtigten Ansprüche aller Beteiligten (Lehrer, Schüler, Arzt, Patient, Gesellschaft) in ein faires, pragmatisch begründbares Gleichgewicht gebracht wurden. Diese gelungene Balance erscheint als die eigentliche, historisch bemerkenswerte Leistung des Hippokratischen Eides. Als unmittelbar gültige normative Richtschnur für das konkrete Handeln des heutigen Arztes kann er vor dem gewandelten wissenschaftlichen und sozialen Kontext der Gegenwart allerdings nicht mehr dienen.

## **1.2 Die Veränderungen der Strukturbedingungen in der modernen Medizin**

Nichts macht eine ethische Entscheidung einfacher, als sie aus einem leistungsfähigen, gesellschaftlich akzeptierten und persönlich internalisierten Ethos heraus zu treffen. Leistungsfähig ist ein Ethos aber nur, wenn

- 1. die *Standardsituationen des Handelns* bekannt und überschaubar sind und
- 2. die hinter den Tugenden stehenden *Wertüberzeugungen von den Handelnden und der sie umgebenden Gesellschaft* im wesentlichen *einvernehmlich geteilt* werden.

Beide Voraussetzungen, die die traditionelle Konzeption einer medizinischen Ethik als Standes- und Berufsethos erst möglich machten und unter denen sie zur Problembewältigung ausreichten, sind jedoch im Bereich der modernen Medizin durch die gewandelten Strukturbedingungen, unter denen das ärztliche Handeln heute steht, fraglich geworden.

Momente dieser Veränderung, die in den letzten Jahrzehnten - nicht zuletzt aufgrund der Erfahrungen mit einer missbrauchbaren Medizin in der Nationalsozialistischen Diktatur - den Ruf nach einer neuen medizinischen Ethik laut werden ließen, sind:

### ***1. Technologisierung der Medizin und ihre Folgen***

Als solche Folgen sind zu benennen:

- verminderte Macht des einzelnen Patienten oder Arztes, bestimmte Technologien zu kontrollieren
- wachsende Macht des Staates und anderer großer Organisationen, insbesondere der Krankenkassen
- wachsender Kapitalbedarf für Innovationen
- wachsende Bedeutung privater Formen bei der Entwicklung von Medikamenten und Therapieformen
- anwachsende Spezialisierung der Ärzte
- Verminderung der ärztlichen Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Karriereleiter
- anwachsende Steuerung und Regulierung der Weiterentwicklung neuer Technologien und der Nutzung bereits vorhandener Technologien
- vermehrte Gelegenheiten, ethische Werte und moralische Autorität von Ärzten erodieren zu lassen, und wachsende Kontrollmacht des Staates und die Möglichkeit, ökonomische Vorhaben mit ethischen Werten zu verwechseln.

### ***2. Erweiterung der medizinischen Erkenntnis- und Handlungsmöglichkeiten***

Durch die Indienstnahme der naturwissenschaftlichen Forschung und der technischen Entwicklung sind der Medizin in diesem Jahrhundert ungeheure Fortschritte in der *Erweiterung der Handlungsdimension* zugewachsen.

- in der ***Diagnostik***: die Untersuchungsmöglichkeiten mit Hilfe von Computertomographie, Sono- und Szintigraphie sowie die invasiven Methoden,

aber auch die prä- und postnatale genetische Bestimmung von Risiko- und Krankheitsfaktoren.

- in den **operativen Disziplinen**: zu nennen sind die Fortschritte in der Anästhesie und Immunologie und die Möglichkeit der maschinellen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, die die medizinische Intervention in Krisensituationen sowie Organersatz und- transplantation möglich gemacht haben, ferner die neuartigen chirurgischen Verfahren und nicht zuletzt die Möglichkeit von In-vitro-Fertilisation sowie Gameten- und Embryonentransfer.
- in der **medikamentösen Therapie**: die Weiterentwicklung der Antibiotika und Psychopharmaka haben dem Arzt neue Wege eröffnet,
- in der **Prävention**: die mit Hilfe probabilistischer Methoden gewonnenen Erkenntnisse der Sozial- und Arbeitsmedizin haben bislang unbekannte Möglichkeiten medizinischen Handelns entstehen lassen.

Für den Wandel in der medizinischen Ethik ist aber nicht minder *die Erweiterung der Erkenntnisdimension* von Bedeutung:

- Mit der intensiven Erforschung *der Zusammenhänge von Zeugung und embryonaler Entwicklung* sowie der *Vital- und Hirnfunktionen im Vorgang des Sterbens* hat sich unser Bild von Lebensanfang und -ende verändert.
- Durch die sich abzeichnenden Möglichkeiten der *Genomanalyse* wird die spezifisch und individuell vorgegebene naturale Disposition des Menschen durchsichtig.

Die Einsicht in die Komplexität der Bedingungsfaktoren vieler Krankheiten hat den klassischen Krankheitsbegriff erweitert und dem Arzt nicht nur - wie etwa in Bezug auf Risikofaktoren - bislang unbekannte Handlungsmöglichkeiten eröffnet, sondern ihn auch vor neuartige Entscheidungsprobleme gestellt.

### **3. Veränderungen im Selbstverständnis der Medizin und in der Struktur des ärztlichen Handelns**

Mit der wachsenden Anwendung naturwissenschaftlicher Forschung in der Medizin sind zwei weitere Konsequenzen verbunden, die für die medizinische Ethik von nicht unerheblicher Bedeutung sind.

- Die erste Konsequenz betrifft das **Selbstverständnis der Medizin**:
  - Je erfolgreicher die Medizin von naturwissenschaftlichen Methoden und Erkenntnissen Gebrauch macht, umso mehr liegt der problematische Schluss nahe, die Medizin selbst sei **nichts anderes als eine angewandte Naturwissenschaft**.
  - Wie jedoch W. Wieland am Beispiel der ärztlichen Diagnose gezeigt hat (Wieland 1986) steht schon die medizinische Erkenntnis unter einem umfassenden, vom Ziel der Heilung bzw. Leidensminderung des Patienten bestimmten Handlungssinn, so dass es wissenschaftstheoretisch ange-

messener ist, von der Medizin als einer „**praktischen Wissenschaft**“ zu sprechen. Das ärztliche Urteil besteht nicht in der Anwendung einer naturwissenschaftlichen Aussage auf den Einzelfall, sondern in einer praktischen Überlegung, in der neben anderem Wissen auch naturwissenschaftliche Erkenntnisse eine wichtige Rolle spielen.

- Für die medizinische Ethik ist dies - wie sich noch zeigen wird - von großer Bedeutung: Denn wenn die Medizin als solche einer bestimmten **Handlungsteleologie** folgt, nämlich der der Heilung bzw. Schmerzlinde- rung des jeweiligen Patienten, dann hat **jede ethische Beurteilung an dieser Handlungsteleologie anzusetzen**.
- Die zweite Konsequenz betrifft die **Struktur des ärztlichen Handlungsfeldes**:
  - In dem Maß, in dem die naturwissenschaftlichen Methoden und Resultate für die medizinische Urteilsbildung an Bedeutung gewinnen, muss sich in dieser Urteilsbildung das Prinzip der methodischen Begrenzung zur Geltung bringen, dem die Naturwissenschaften ihren besonderen Erfolg verdanken: Der *Einzelfall* wird dementsprechend anonymisiert, nach Teilaspekten differenziert und in je spezifischer Hinsicht arbeitsteilig untersucht bzw. behandelt.
  - Wie aber lässt sich unter diesen Bedingungen die **Einheit der Arzt–Patient–Beziehung** und der sie bestimmenden **Teleologie** wahren, aus der die medizinische Ethik ihre Kriterien gewinnt?
  - Die viel beklagte Unübersichtlichkeit der modernen arbeitsteilig verfahren- den Medizin und die damit verbundene Anonymisierung und Depersonalisierung des Patienten hat, so scheint es, ihren Grund nicht in der man- gelnden Sorgfalt der behandelnden Ärzte, sondern in der Strukturgesetz- lichkeit, die der verwendeten naturwissenschaftlichen Methode von Hause aus eigen ist.
  - Soll sich die Einheit der ärztlichen Verantwortung nicht auflösen, wird alles davon abhängen, ob es gelingt, die in Dienst genommene naturwissen- schaftliche Methode in ihrer Eigenart und ihren Folgen in die **Teleologie des ärztlichen Handelns** zu integrieren.
  - Dieses Problem verschärft sich noch durch die **ökonomische Zweckratio- nalität**, nach der die maßgeblichen Institutionen der Medizin und der Ge- sundheitsfürsorge in der modernen Gesellschaft verfahren und der sie ihren wirtschaftlichen Bestand verdanken.
  - Aus der ursprünglich einfach strukturierten Einheit der Arzt–Patient– Beziehung ist unter den Bedingungen der modernen Medizin und der von ihr in Dienst gestellten relativ autonomen Teilrationalitäten - der na- turwissenschaftlichen, der technischen und der ökonomischen Rationalität - ein **komplexes Gefüge von Personen, Institutionen und Methoden** geworden.

- Der für die Behandlung des Patienten verantwortliche Arzt ist damit vor eine überaus schwierige Aufgabe gestellt: Nur wenn es ihm gelingt, die verschiedenen Elemente dieses komplexen Gefüges in die **Gesamtteleologie ärztlichen Handelns** zu integrieren, kann er die Einheit des ärztlichen Handelns wahren und seiner Verantwortung gerecht werden.

#### 4. Der Wandel im öffentlichen Wertbewusstsein

- Die moderne medizinische Ethik sieht sich aber nicht nur einer Veränderung der strukturellen Bedingungen des medizinischen Handelns gegenüber, sondern auch einem gleichzeitigen Wandel im öffentlichen Wertbewusstsein.
- Er geht zumindest zu einem erheblichen Teil auf die gleichen Voraussetzungen zurück wie die bereits skizzierten Veränderungen im ärztlichen Handlungsfeld. Denn die moderne Entwicklung, die die Bedingungen der modernen Medizin hat entstehen lassen, hat zugleich auch zur **Säkularisierung und Pluralisierung des „Ethos“**, d.h. des jeweiligen Gesamtmusters der moralischen Wertüberzeugungen und Handlungsnormen, geführt.
- **Beide Prozesse** sind Resultate der mit der modernen Entwicklung verbundenen
  - *Differenzierung der Gesellschaft in relativ autonome Subsysteme und*
  - *der Verlagerung der Wertgesichtspunkte in die Wahl der Globalziele und ihrer Randbedingungen.*
- Das aber impliziert, dass die Gesamtgesellschaft auf die Einheit eines alles Handeln bis ins einzelne bestimmenden Ethos verzichtet und sich auf ein **Minimum von Grundwerten** beschränkt, das auf dem Hintergrund unterschiedlicher religiöser Bekenntnisse und Weltanschauungen festgehalten werden kann, im übrigen aber den Raum offen lässt für die Ethosentwürfe der in der betreffenden Gesellschaft lebenden Gruppen und Individuen.
- Ihre Brisanz für die medizinische Ethik gewinnt die moderne Säkularisierung und Pluralisierung der Moral aber erst durch die gleichzeitige **Reduktion der Vernünftigkeit auf eine eng geführte Zweckrationalität**.
- Ohne Zweifel ist es sinnvoll, sich in bestimmten Wissenschaften unter rein funktionalen Gesichtspunkten darauf zu beschränken, die optimale Zuordnung von Mitteln zu beliebigen Zwecken zu untersuchen.
- Doch kann es nicht befriedigen, die wissenschaftliche Rationalität auf eine solche rein funktionale Mittelwahl zu reduzieren, die Wahl der Zwecke aber als eine durch Gründe nicht mehr zu rechtfertigende, d.h. irrationale Entscheidung aufzufassen. Der **Streit über zu treffende Ziel- und Wertsetzungen** wird unter diesen Voraussetzungen leicht zur reinen Machtfrage; soweit gemeinsame Wertsetzungen unverzichtbar sind, tritt zunehmend das Recht an die Stelle der Moral.



- Mit den Strukturbedingungen des ärztlichen Handelns haben sich auch die **gesellschaftlichen Voraussetzungen verändert**, unter denen das ärztliche Ethos in der Vergangenheit seine orientierende Funktion in der medizinischen Ethik ausüben konnte.
- *Die Ärzte bilden nicht mehr einen Stand in einer nach Ständen geordneten Gesellschaft; ihr **Berufsbild** wird nicht mehr vorrangig durch das Ethos, sondern durch **wissenschaftliche** und andere funktionale Kompetenzen bestimmt.*
- Der **Patient** sieht sie nicht mehr als die für- und vorsorgenden Autoritäten, denen er sich vorbehaltlos überlässt, sondern als die **Vertragspartner**, von denen er eine Leistung erwartet, mit der er sie beauftragt hat.
- Das ärztliche Handeln erfolgt im Rahmen eines Gesundheitssystems, das aufgrund seiner Voraussetzungen und Folgen alle betrifft und dessen Regelung nicht mehr innerhalb der Arzt–Patient–Beziehung und nicht mehr allein durch den Berufsstand der Ärzte erfolgen kann, sondern **öffentlich** geschehen muss.
- Und so wenig es die ständisch geordnete Gesellschaft mehr gibt, in der der ärztliche Stand die Regeln seines Handelns autonom festlegt, **so wenig gibt es das alles umfassende Ethos**, auf dessen fraglose Geltung sich das spezifische Berufsethos der Mediziner beziehen könnte.

### **5. Moralisierung und Verrechtlichung als Ersatzstrategien**

- Es leuchtet ein, dass die medizinische Ethik unter diesen Bedingungen **nicht einfach eine Fortsetzung der früheren Berufs- oder Standesethik** sein kann. Zwar wird auch die medizinische Ethik der Zukunft nicht ohne eine ärztliche Tugendethik auskommen können, doch wird dies allein nicht ausreichen, um mit den neu entstandenen Problemen fertig zu werden.
- Das **Defizit**, das sich inzwischen entwickelt, hat zeigt sich nicht zuletzt an den Ersatzstrategien, zu denen man Zuflucht nimmt. Sie gehen in genau entgegengesetzte Richtungen: Da die alte Orientierungsgröße Berufsethos nicht mehr genügend greift oder als bloß subjektive Größe erscheint, überlässt man die notwendige Normsetzung zunehmend dem **Gesetzgeber und den Gerichten** oder vermeidet sie, indem man entweder die **problematischen Handlungsmöglichkeiten völlig ablehnt oder aber bedenkenlos nutzt**.
- Nun ist aber eine Flucht in die Technik oder deren Verteufelung ebenso wenig eine Lösung wie die **moralische Neutralisierung durch Verrechtlichung**. Die Probleme der modernen Intensivmedizin werden nicht dadurch gelöst, dass man keine Intensivstation einrichtet oder aber ihre Möglichkeiten bis an die Grenze des technisch Möglichen nutzt oder auf Normen von Seiten des Gesetzgebers wartet. Jeder dieser Wege wird die Medizin empfindlich verändern.

- So wird die Verrechtlichung – ins Extrem getrieben – dazu führen, dass der Arzt mehr bemüht ist, die rechtlich vorwerfbaren falschen Handlungen zu vermeiden, als die ärztlich richtigen zu tun. Offensichtlich ist **ethische Verantwortung nicht in forensische Rechtfertigung** auflösbar.

### **1.3 Die Notwendigkeit von ethischen und rechtlichen Grenzziehungen und die Schwierigkeiten eines gesellschaftlichen Konsenses**

Angesichts der aufgezeigten Veränderungen der Strukturbedingungen in der modernen Medizin braucht es nicht zu verwundern, dass kaum eine andere Entwicklung der letzten Jahre eine so kontroverse ethische Diskussion ausgelöst hat wie die Erweiterung der ärztlichen Handlungsmöglichkeiten durch die **modernen biomedizinischen Wissenschaften**.

Wie sollen wir - um nur einige der Fragen zu nennen - mit der Möglichkeit von künstlicher Befruchtung, von Samenspende und Leihmutterchaft, wie mit Gendiagnose und Gentherapie, mit Organtransplantation und intensivmedizinischer Lebensverlängerung umgehen?

Obwohl die Anwendung der neuen Möglichkeiten auf das Ganze der Gesellschaft bezogen nur wenige betrifft, berührt ihre Problematik fast alle. Keine Woche vergeht ohne eine Fernsehsendung zu der einen oder anderen Problematik, kaum ein Tag ohne eine entsprechende Schlagzeile in der Presse. Und stets sind nicht nur die diskutierten Lösungen kontrovers, der Meinungsstreit reicht bis in die Grundsatzfragen und nimmt in bestimmten Bereichen kompromisslose Formen an.

#### **Gründe für die Beunruhigung:**

##### ***1. Neuartigkeit der Handlungsmöglichkeiten***

- Was den genannten Handlungsmöglichkeiten ihre Brisanz verleiht, ist ihre Neuartigkeit. In wenigen Jahren sind Grenzen gefallen, die der Medizin bis dahin als unüberwindlich galten: Menschliches Leben künstlich erzeugen, Organe transplantieren, das genetische Programm verändern und Leben über den bis dahin bekannten Tod, nämlich das Aussetzen der Herzfähigkeit, hinaus verlängern zu können – niemand hätte diese Möglichkeiten noch vor 50 Jahren ernsthaft zu prognostizieren gewagt. In wenigen Jahrzehnten ist in wichtigen Bereichen der Widerstand der Natur, der bis dahin dem menschlichen Handeln die entscheidende Grenze gesetzt und ihm damit in gewissem Sinn auch Halt gegeben hat, weggefallen. Kein Wunder - so der Philosoph und Chemiker H. Sachsse - dass der Mensch **ohne den**

**vertrauten Widerstand der Natur** und ungewohnt, sich an diesen Stellen selbst eine Grenze zu setzen, ins Stolpern zu geraten droht.

- Hohe Erwartungen verbinden sich mit **tiefgreifenden Ängsten**. Wann endlich ist angesichts der neuen Möglichkeiten der Krebs zu heilen und das Aids-Virus zu besiegen, so lautet die Frage der einen; darf man dazu ins genetische Programm eingreifen oder Tiermodelle herstellen, heißt die Gegenfrage der anderen. Beklagen die einen, dass die Medizin noch längst nicht alles kann, was sie sollte, befürchten die anderen, dass sie längst schon mehr tut, als sie darf.
- Noch nie aber, so wird man entgegen müssen, hat die ärztliche Ethik vor Fragen von solcher Neuartigkeit gestanden. Neu ist zunächst ihr Ausmaß. Alle die **Fragen**, die der Mensch längst beantwortet glaubte, werden nun neu gestellt:
  - *Wann menschliches Leben beginnt und wann es endet,*
  - *wie Elternschaft beschaffen sein soll,*
  - *als was Krankheit und als was Behinderung zu verstehen ist,*
  - *was die eigene Identität dem Erbe verdankt und*
  - *wie der Zufall der Zeugung zu betrachten ist.*

Schon diese wenigen Fragen erklären, warum die neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten die Menschen so stark und weit über den Kreis der unmittelbar Betroffenen hinaus beschäftigen. Mit ihnen stehen nicht nur Antworten zur Disposition, die einmal die eigene Identität berühren könnten, sondern die die elementare *conditio humana* betreffen, die bislang als unveränderbares und deshalb gemeinsames Schicksal empfunden wurde. Was ist, wenn wir diese Möglichkeiten in ihrem ganzen sich abzeichnenden Umfang nützen, am Ende an uns überhaupt noch Natur, was Schicksal, so lautet die uneingestandene Frage. Ist es gut, dass der Mensch in solchem Ausmaß zum Werk seiner eigenen Hände zu werden beginnt?

## 2. Zwang zur Grenzsetzung

- Damit wird ein zweiter Grund der Beunruhigung sichtbar: Die neuen Möglichkeiten zwingen den Menschen, **sich selbst Grenzen zu setzen, wo sie ihm bisher durch die Natur gezogen waren**.
- Auch dies ist nichts grundsätzlich Neues; denn stets übertraf der Handlungsraum des Menschen das Maß dessen, was ihm zuträglich ist. Noch nie aber hat der Mensch sich selbst in einem solchen Umfang und unter so komplexen Handlungsbedingungen Grenzen setzen müssen, wie es jetzt notwendig ist. Der **Widerstand der Natur** ist ja nicht einfach weggefallen. Zwar hat der Mensch die Natur an vielen Stellen überlisten können, doch antwortet sie an nachgeordneter Stelle mit **Nebenfolgen**, die den Menschen vor neue Fragen stellen.
- Und es sind nicht nur die Nebenfolgen, die die Frage der Grenzziehung schwierig machen. **Was fehlt**, sind gewachsene Muster, wie wir sie auf-

grund langer Erfahrung mit anderen Handlungsmöglichkeiten haben. Handlungsleitung, wie wir sie in der tradierten Ethik kennen, erfolgt in der Regel und zumeist in Form von habituell gewordenen, von einer Generation auf die nächste sich übertragenden Handlungsdispositionen und -mustern, von Einstellungen und Tugenden. Die Entwicklung solcher Muster aber braucht Zeit; denn sie sind der Niederschlag vielfacher Erfahrung und gewachsener Weisheit. Eben diese Zeit aber fehlt.

- Unter dem **Druck der Erwartungen** der betroffenen Patienten, dem **Konkurrenzdruck** der Forschungsprozesse und - man denke an Pharmaindustrie und Medizintechnik - dem Konkurrenzdruck des Marktes entwickelt sich die moderne Medizin in zunehmendem Tempo, ohne dass in der Grundlagenforschung schon allseits abgeklärt ist, was zur Anwendung drängt. Neue Forschungsergebnisse und Anwendungen folgen einander in immer kürzeren Abständen. Kaum ist ein Handlungsszenario bekannt, wird es von einem nächsten abgelöst, das ein noch umfangreicheres Spektrum von Möglichkeiten eröffnet.
- Damit scheint ein **Dilemma** unausweichlich: Je umfangreicher das Spektrum der neuer Handlungsmöglichkeiten wird, umso mehr steigt der Bedarf an Grenzziehungen und Handlungsmustern. Da das Innovationstempo zunimmt, schwindet zugleich der Zeitraum, in dem sich überzeugende Handlungsmuster entwickeln können.
- Der damit gekennzeichneten Herausforderung steht aber - wie gezeigt - **eine Gesellschaft** gegenüber, der nicht nur **ethische Muster fehlen**, die auf die neue Situation übertragbar wären, sondern die sich auch in der Auslegung der ethischen Prinzipien nicht einig ist, in deren Licht solche Muster entwickelbar wären. Immer schmaler ist unter den Bedingungen der Pluralisierung der modernen Gesellschaft die Zone der gemeinsamen Wertüberzeugungen geworden, immer schwieriger die Vernetzung der ausdifferenzierten teilautonomen Sachbereiche.
- Und was die spezifisch **deutsche Situation** betrifft, so **fehlt** - stärker als in den Nachbargesellschaften und erklärbar aus der jüngeren Geschichte - **das Vertrauen** darauf, dass sich der rechte Umgang schon auf bewährtem Weg, unterhalb der rechtlichen Regelungen in Form des berufsethischen oder gesellschaftlichen Konsenses einstellt. Möglicherweise liegt hier sogar der tiefste Grund für die **Krise des Vertrauens**: Die Angst vieler Menschen scheint weniger Angst vor den neuen Möglichkeiten des Handelns zu sein als **Angst vor der Unfähigkeit** der konkreten Gesellschaft, sich selbst im Umgang mit diesen Möglichkeiten die nötigen **Grenzen zu setzen**.

## 2 MEDIZIN ALS PRAKTISCHE WISSENSCHAFT UND DAS HANDELN DES ARZTES

### Was ist eigentlich das Wesentliche im ärztlichen Beruf?

- Sind es die Fortschritte in der Erforschung von Struktur und Funktion des menschlichen Körpers?
- Ist es die Entwicklung neuer Techniken zur Verbesserung von Diagnose und Therapie?

Um einige der anstehenden Probleme aufzuzeigen und Lösungsmöglichkeiten vorzubereiten, soll in diesem Beitrag *grundsätzlich über das ärztliche Handeln nachgedacht* werden, um die **Grundlagen der ethischen Urteilsbildung** im Feld der Medizin vorzubereiten. Dies wird in engem Zusammenhang mit einer Reflexion über Medizin als Wissenschaft geschehen.

### 2.1 Die Grundstruktur der Arzt-Patienten-Beziehung

Wenn ein **Patient** den Arzt aufsucht, weil er krank ist und darunter leidet, dann kommt er mit einer ganz bestimmten **Erwartung**:

- Der Arzt soll feststellen, um welche Krankheit es sich handelt
- Im zweiten Akt soll er so in das Krankheitsgeschehen eingreifen, dass die Krankheit geheilt oder das Leiden wenigstens gelindert wird.

Der Arzt seinerseits steht dem Patienten als derjenige gegenüber, der die normalen und die pathologischen Lebensprozesse kennt.

- Er soll den Patienten so untersuchen, dass er möglichst zuverlässig zu einer **Diagnose** kommt.
- Auf Grund der Diagnose soll er dem Patienten eine geeignete **Therapie** vorschlagen.
- Er soll ihn darüber informieren, welche Chancen zur Gesundung bestehen oder welchen **Verlauf die Krankheit** wahrscheinlich nehmen wird (**Prognose**).

Vom Arzt werden also über die für den Patienten verständliche Diagnose hinaus keine rein wissenschaftlichen Auskünfte erwartet, sondern ein konkretes Handeln, welches in das Leben des Patienten entscheidend eingreift. Daher gilt:

Im Zentrum *des ärztlichen Berufs* steht **das ärztliche Handeln**.  
Der Arztberuf ist wesentlich ein *praktischer Beruf*.  
Medizin muss vom ärztlichen Handeln her als **praktische Disziplin** verstanden werden.

## 2.2 Grundlagentheorie der Medizin

Um die Bedeutung des Arztberufes als praktischem Beruf und der Medizin als praktischer Disziplin tiefer auszuloten,

⇒ wird im folgenden näher auf das Wesen **theoretischer, angewandter und praktischer** Wissenschaft einzugehen sein.

⇒ Es wird sich zeigen, dass die **Urteilkraft** das grundlegende Vermögen jeder praktischen Disziplin darstellt.

⇒ Da es nach der Urteilsbildung um das richtige ärztliche Handeln geht, sollen im Rahmen dieser Grundlagenbetrachtung auch einige Elemente der **Handlungstheorie** erörtert werden.

### 2.2.1 Theoretische, angewandte und praktische Wissenschaft

Es besteht allenthalben Uneinigkeit darüber, wie die Medizin als Wissenschaft zu bestimmen sei. Drei Deutungen stehen sich gegenüber:

- Die einen halten die Medizin für eine *Naturwissenschaft*, weil sie mit den Methoden von Physik und Chemie arbeite.
- Die anderen rechnen die Medizin eher zu den *Geisteswissenschaften*, weil sie es eigentlich mit den psychischen und sozialen Belangen des Menschen zu tun habe.
- Viele glauben, die Medizin sei vor allem eine *angewandte Naturwissenschaft*. Sie beziehe ihre Grundlagen von den theoretischen Fächern wie Physiologie, Biochemie und Morphologie, benutze diese für das Verständnis der gesunden und kranken Lebensprozesse des Patienten und wende sie zur Erarbeitung der Krankheitsbilder an.

Es ist zwar richtig, dass die Medizin diese Grundlagen anwendet; dies trifft aber nicht den Kern des Handelns, um das es in der Medizin geht. Der *Kernbereich der Medizin*, die klinische Medizin, ist nämlich bestimmt durch die ihm *eigenen Intentionen und Ziele*:

Es geht in der Medizin primär nicht um das Verständnis von Krankheitsprozessen im Allgemeinen, sondern um die *Ermöglichung eines vernünftigen Handelns am individuellen Patienten*.

- "**Praktisch**" nennen wir seit Aristoteles Wissenschaften, deren Ziel in einer Erkenntnis liegt, die **konkret handlungsleitend** ist,
- "**theoretisch**" solche, deren Ziel die Erkenntnis selbst ist.

Alle Erkenntnisse der **theoretischen** Wissenschaften (Biologie, Biochemie, Anatomie, Chemie, Physik etc.) haben im Zusammenhang der praktischen Wissenschaft der Medizin nur eine *dienende Funktion*. Sie liefern das einschlägige Fachwissen, das der Arzt bei seiner Tätigkeit einsetzt.

Wie aber lassen sich theoretische, angewandte und praktische Wissenschaft voneinander unterscheiden:

Wissenschaften	Gegenstandsbereich und Vorgehen
<p><b>Theoretische</b> Wissenschaften</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sind bestimmt durch das Interesse an der reinen Erkenntnis über ausgewählte Gegenstandsbereiche.</li> <li>• Ihnen geht es um die Beschreibung dessen, was der Fall ist, in der Form von allgemeinen Gesetzen und Theorien über den entsprechenden Gegenstandsbereich.</li> <li>• Um solche Theorien aufstellen zu können, werden Beobachtungen durchgeführt, deren Ergebnisse in Hypothesen verallgemeinert werden.</li> <li>• Danach werden die Hypothesen in neuen Beobachtungs- oder Experimentserien auf ihre Geltung getestet. Es muss sogar versucht werden, die Hypothese zu falsifizieren (Popper). Erst wenn die Falsifizierung nicht gelingt, kann die Hypothese zur Theorie über den in Frage stehenden Gegenstandsbereich erklärt werden.</li> </ul> <p>⇒ <i>In den theoretischen Disziplinen geht es um das <b>Allgemeine</b>, um Erkenntnisse über bestimmte Gegenstandsbereiche als solche. Die einzelnen Elemente oder Individuen des Gegenstandsbereichs sind nicht wichtig als solche, sondern nur als Variable, die beliebig gegeneinander ausgetauscht werden können.</i></p>
<p><b>Angewandte</b> Wissenschaften</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie etwa in der <b>Technik</b> werden die Erkenntnisse der theoretischen Wissenschaften ausgenutzt, um bestimmte Ziele zu erreichen wie Häuser zu bauen, Computer zu konstruieren oder Verkehrssysteme zu entwickeln.</li> <li>• Angewandte Wissenschaften stehen damit in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den theoretischen, reinen oder selbständigen Wissenschaften.</li> </ul> <p>⇒ <i>Sie vermitteln aber nur <b>allgemeine</b> Kenntnisse über eine bestimmte Technik oder Anwendung und liefern die Grundlagen für die Realisierung <b>konkreter</b> Projekte.</i></p>

<p><b>Praktische</b> Wissenschaften</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entscheidung über die Realisierung eines bestimmten Projektes, wie etwa den Bau eines Tunnels zwischen England und dem Kontinent oder die Streckenführung für den Hochgeschwindigkeitszug zwischen Köln und Frankfurt, lässt sich aus diesen Grundlagen nicht ableiten, sondern ist Ergebnis der Beurteilung einer auf den <b>konkreten Fall</b> bezogenen praktischen Überlegung.</li> <li>• Das Ziel einer <i>praktischen Wissenschaft</i> ist Erkenntnis im Dienste gelingender Praxis. Da <b>Praxis</b> immer <b>konkretes Handeln</b> darstellt, hat praktische Wissenschaft es nicht mit dem Allgemeinen, sondern mit dem je <b>Einzelnen</b>, d.h. mit dem konkret zu realisierenden Projekt und folglich mit der Entscheidung im Blick auf eine bestimmte Situation zu tun, in Bezug auf die das Individuum richtig handeln soll.</li> <li>• Dem richtigen Handeln muss dabei die richtige Beurteilung vorausgehen. Erst auf Grund dieser Beurteilung können die geeigneten Maßnahmen geplant werden, um die vorgegebenen Ziele zu erreichen.</li> </ul> <p><i>In den praktischen Disziplinen geht es stets nur um das <b>Einzelne</b>.</i></p>
---	--

Wendet man diese Disziplinenklassifizierung auf die Medizin an, dann ergibt sich:

### Die Medizin ist wesentlich eine praktische Wissenschaft

- In der Medizin geht es um den einzelnen Patienten, der sich krank fühlt und geheilt werden will. Über dieses Individuum werden Einzel- oder Singuläraussagen gemacht, die speziell auf dieses **Individuum** zutreffen und streng genommen auch nur für diesen Moment gelten, in welchem diese Aussage gemacht wird.
- Der Arzt beurteilt den Patienten. Er stellt eine **Diagnose**.
- Auf Grund dieser Beurteilung ergreift er Maßnahmen, die zur Heilung oder wenigstens zur Linderung des Leidens führen können. Eine Diagnose kann nie zu einem allgemein und immer gültigen Urteil erhoben werden. Sie gilt nur in dem Handlungszusammenhang, in dem sie gestellt wird. Kurze Zeit später kann sich das Leiden des Patienten schon wieder ganz anders darstellen, sei es dass neue Symptome erscheinen, sei es dass die Therapie bereits gewisse Wirkungen hervorgebracht hat. Auch die Diagnose selbst und die mit ihr verbundene Prognose können den Zustand des Patienten verändern, und dies manchmal in dramatischer Weise.
- Somit besteht die ärztliche Aufgabe darin, an bestimmten Patienten diagnostisch und therapeutisch zu handeln, also genau das zu tun, wodurch sich eine praktische Wissenschaft auszeichnet.



- Dass der Arzt dabei Erkenntnisse aus Grundlagenwissenschaften anwendet und als Mittel für sein Handeln einsetzt, ist von untergeordneter Bedeutung und vermag nicht das Wesen der Medizin zu bestimmen.

### 2.2.2 Erkenntnisvermögen und Urteilskraft

Das *charakteristische Vermögen der **praktischen** Disziplinen*, in welchen über Individuen singuläre Aussagen gemacht werden, ist die **Urteilskraft**.

- Die Urteilskraft ist das Vermögen, "das Besondere als enthalten unter dem Allgemeinen zu denken" (KU Einleitung IV), es unter das Allgemeine zu subsumieren.
  - Wenn die allgemeine Regel (das Prinzip, das Gesetz) schon gegeben ist, unter welche das Besondere subsumiert werden kann, dann "*ist die Urteilskraft ... bestimmend*".
  - Ist aber nur das Besondere gegeben, wozu sie das Allgemeine finden soll, „so ist die Urteilskraft bloß **reflektierend**" (KU, Einleitung IV).
- Dafür bedarf sie eines **leitenden Prinzips**, welches nach *Kant* in der **Zweckmäßigkeit der Natur**, ihrer **teleologischen** Struktur, gegeben ist. Unter Zweckmäßigkeit der Natur versteht Kant, dass die Natur so vorgestellt wird, "als ob ein Verstand den Grund der Einheit des Mannigfaltigen ihrer empirischen Gesetze enthalte. *Die Zweckmäßigkeit der Natur ist also ein besonderer Begriff apriori, der lediglich in der reflektierenden Urteilskraft seinen Ursprung hat*".

I. KANT beschreibt die Rolle der **Urteilskraft** für das **Handeln des Arztes** folgendermaßen:

"Ein **Arzt** daher, ein Richter oder ein Staatskundiger kann viele schöne pathologische, juristische oder politische Regeln im Kopfe haben, in dem Grade, dass er selbst darin ein gründlicher Lehrer werden kann, und wird dennoch in der Anwendung derselben leicht verstoßen, entweder weil es ihm an natürlicher Urteilskraft (...) mangelt, und er zwar das Allgemeine in abstracto einsehen, aber ob ein Fall in concreto darunter gehöre, nicht unterscheiden kann, oder auch darum, weil er nicht genug durch **Beispiele** und wirkliche Geschäfte zu diesem Urteile abgerichtet worden." (Kant, KrV 171-174).

Aus diesem Text ergeben sich für uns **zwei wichtige Schlussfolgerungen**:

1. In den praktischen Disziplinen wie der Medizin braucht man nicht nur Wissen und Verstand, sondern vor allem *Urteilsvermögen*. Das Urteilsvermögen lässt sich von nichts ableiten, aber es lässt sich *durch Erfahrung einüben*. Es macht eigentlich das Talent, die Begabung oder das Charisma in den praktischen Disziplinen aus.

2. Die Urteilskraft muss sich auf **Grundsätze** beziehen können. Die Grundsätze selbst ergeben sich aus einem wohlbegründeten Verständnis vom Menschen und seinem letzten Ziel, dem "gelungenen Leben". Sie sollten letztlich in einer *medizinischen Anthropologie* wurzeln, die dieser Zielsetzung gerecht wird.

Versteht man in einem sehr weiten Sinn mit der WHO unter Gesundheit den "Zustand vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohls und nicht bloß das Fehlen von Krankheit, dann wird deutlich, dass der Arzt sich nicht auf Technologie oder Effektivität (die "richtige Diagnose und Therapie") und auf den rein körperlichen Zustand beschränken darf, sondern sich vom Wohlergehen und vom *Guten (bonum) des Patienten als Person* insgesamt leiten lassen muss. Der Arzt ist zwar nicht für das gelungene Leben des Patienten verantwortlich, wohl aber für die gesundheitlichen Voraussetzungen dazu. Um diesen Forderungen in angemessener Weise nachzukommen, muss er über ein umfassendes Verständnis vom Menschen verfügen.

### 2.2.3 Handeln und Handlungstheorie

Sowohl bei der Analyse der grundlegenden Arzt–Patient–Struktur als auch bei den Überlegungen zur Medizin als praktischer Wissenschaft stößt man immer wieder auf den **Handlungsbegriff**. Wenn aber bestimmt werden soll, was das richtige Handeln sei, dann wird man üblicherweise an die Ethik verwiesen. Die Anwendung der ethischen Prinzipien setzt aber eine angemessene Reflexion auf das konkrete Handeln voraus. Vorgängig zu aller Ethik müssen Rahmen, Struktur und Grundsätze des ärztlichen Handelns neu bestimmt werden. Die Grundstrukturen ärztlichen Handelns lassen sich bereits handlungstheoretisch freilegen.

#### 2.2.3.1 Handlung und Intention

Gemäß **aristotelischer** Tradition lässt sich **Handlung** definieren

- als ein **zielhaftes Geschehen**, als ein Tun, das ich um eines anderen willen tue.

In diesem Sinn sind Handlungen

- beschreibbar durch die Angabe des **Zieles** bzw. der **Intention**.

**Diese Ziele können unterschiedlicher Art sein.**

- Als **Praxis** versteht Aristoteles das Handeln, dessen Ziel im gelungenen Handeln selbst liegt;
- als **Poiesis** bezeichnet er dasjenige Handeln, dessen Ziel in der Herstellung eines Werkes liegt und dessen Gelingen von seinem Endprodukt her beurteilt wird

Anschließend an diese Handlungsbeschreibung könnte man das Ergebnis einer *Handlung mit Einschluss ihrer Folgen* als *Tat* bezeichnen.

Am Anfang einer jeden Handlung steht also eine *Intention*.

- Der Arzt will in rational verantwortbarer Weise am Patienten handeln. Er stellt deshalb eine Diagnose und leitet anschließend eine geeignete Therapie ein. Er orientiert sich für sein Handeln an der Kenntnis der normalen und pathologischen Lebensprozesse und an den Regeln der ärztlichen Kunst, welche einen Rahmen vorgeben, wie therapeutisch vorzugehen ist. Dieses Handeln ist *rein sachbezogen*.
- In bestimmten Fällen reicht das sachbezogene Handeln jedoch nicht mehr aus. Wenn sittliche Werte auf dem Spiel stehen, dann kommen auch ethische Überlegungen zum Tragen. Der Arzt muss sein Handeln dann auch an den *Normen der Ethik* orientieren.

### 2.2.3.2 *Handlungsziele der Medizin*

Die eigentliche Grundfrage an die moderne Medizin richtet sich auf deren **Handlungsziele**.

- Geht es der Medizin lediglich um den ungestörten Ablauf der körperlichen Funktionen?
- Ist der Mediziner nichts weiter als ein hochspezialisierter Reparaturfachmann, der die körperlichen Funktionen wieder ins Gleichgewicht zu bringen hat, oder ein Techniker, der durch regelmäßige Kontrollen gemäß einem Servicevertrag einen ungestörten Einsatz seines Kunden im täglichen Leben gewährleisten soll?
- Geht es vielleicht um die Eingliederung des Patienten in seine gesellschaftliche Umgebung?
- Oder kann sogar noch erwartet werden, dass der Patient auf Grund des ärztlichen Handelns in die Lage versetzt wird, seinen Lebenssinn zu finden oder wieder zu finden?
- Wäre es denkbar, dass vielleicht zugunsten der Realisierung des Lebenssinnes auf technologische Maßnahmen verzichtet wird, dass man z.B. den Wunsch des Patienten berücksichtigt, im Einvernehmen mit sich selbst und seinen Mitmenschen friedlich zu sterben?

Hier kommen die *Defizite der modernen hochtechnisierten Medizin* klar zum Vorschein. Die hochentwickelte Technisierung der Medizin hat ihre Eigengesetzlichkeit und damit die Tendenz, alles unter dem Gesichtspunkt von geordneten Funktionsabläufen zu betrachten. Von der **Intentionalität** und Zielsetzung des ärztlichen Handelns her müssen bestimmte Formen der modernen medizinischen Praxis ebenso wie der Ausbildung der Medizinstudenten in Frage gestellt werden.

Letztlich geht es darum, den Patienten ganzheitlich als Person in den Blick zu bekommen  
und das *ärztliche Handeln auf die Person des Patienten*  
und *nicht nur auf seine Funktionsabläufe auszurichten.*

## 2.3 Elemente des ärztlichen Handelns

Das ärztliche Handeln vollzieht sich wesentlich in drei Akten, nämlich: Diagnose, Therapie und Prognose. Diese drei Akte orientieren sich wiederum am Verständnis des Krankheitsgeschehens.

### 2.3.1 Diagnose, Therapie, Prognose

<b>Diagnose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition der Diagnose</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Diagnose ist ihrem logischen Status nach eine <i>Aussage, mit welcher einem bestimmten, individuellen Patienten ein bestimmter Krankheitsbegriff zugeordnet</i> wird.</li> <li>– Eine Diagnose ist immer eine Singuläraussage, die nicht verallgemeinert werden kann. Sie ist immer auf ein Individuum bezogen, welches nicht durch eine Variable, sondern durch einen Namen bezeichnet wird.</li> <li>– Bei diesen Singuläraussagen handelt es sich um eine Beurteilung, wofür das entsprechende Urteilsvermögen des Arztes erforderlich ist. Das Urteilsvermögen ist aber eine spezielle Begabung und bedarf der Einübung. Wenn wir von einem guten Arzt sprechen, dann meinen wir, dass er diese Begabung in hohem Maße besitzt ebenso wie dies für den guten Staatsmann oder Richter zutrifft.</li> </ul> </li> <li>• <i>Hilfsmittel für die Diagnose</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Semiotik oder Symptomatologie, d.h. die Lehre von den Krankheitszeichen, welche ein methodisches Hilfsmittel darstellt, um Krankheitssymptome richtig zu deuten.</li> </ul> </li> <li>• <i>Logische Struktur der Diagnose</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Das zu Erklärende (Explanandum) ist der gegenwärtige Zustand des Patienten mit den daran erkennbaren Symptomen.</li> <li>– Für die Erklärung dieses Befundes werden einerseits Gesetzesaussagen herangezogen, die einen Zusammenhang von Krankheitsbild und Symptomen beinhalten, andererseits Aussagen über Umstände, die dem zu erklärenden Ereignis vorangehen (Antecedensbedingungen).</li> </ul> </li> </ul>
-----------------	--

<b>Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Von der Diagnose zur Therapie</i></li> <li>– Jede Diagnose steht von Haus aus in Zusammenhang mit konkreten ärztlichen Handlungen. Auf ihre Feststellung folgt immer ein Handeln und Verhalten des Arztes, das durch sie begründet und legitimiert wird.</li> <li>– Die <i>lege artis</i> durchgeführte Therapie orientiert sich erst in zweiter Linie an den Symptomen, in erster Linie hingegen an den Krankheitsbegriffen, die in der Diagnose dem Patienten zugesprochen werden.</li> <li>– In schwierigeren Fällen lässt sich die 'Therapie aus der diagnostizierten Erkrankung nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ableiten.</li> <li>– Diese Ableitung ist eine im Vergleich zur Diagnose umgekehrte Operation. Aus der Einsicht in das Krankheitsgeschehen folgen vernünftige Schlüsse über die wahrscheinlich richtige Therapie.</li> <li>– Diese Schlüsse orientieren sich sowohl an dem kausalen Verständnis des Krankheitsgeschehens, soweit dieses vorhanden ist, als auch an der Erfahrung, die besagt, dass bei gegebener Erkrankung diese oder jene therapeutischen Mittel Erfolg oder wenigstens Besserung versprechen.</li> </ul>
<b>Prognose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Prognose beschreibt den <i>wahrscheinlichen Verlauf des Krankheitsprozesses</i> bei diesem konkreten Patienten unter Einbeziehung der konkreten Umstände, die ihn begleiten.</li> <li>– Sie führt nicht zum Allgemeinbegriff, nämlich zum Begriff der Krankheit, wie die Diagnose, sondern leitet aus diesem Allgemeinbegriff etwas für diesen konkreten Patienten ab.</li> </ul>

### ***Wahrscheinlichkeitscharakter der Erklärung***

- In den meisten Fällen ist aber die Situation weit weniger klar. Kausale Vorstellungen über das Krankheitsgeschehen fehlen weitgehend oder sind zumindest ungenügend. *Die Zuordnung von Symptomen zu einem Krankheitsbild kann nicht mit Bestimmtheit, sondern nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorgenommen werden.* Daraus folgt, dass die zur Erklärung der Befunde des Patienten herangezogenen Gesetzesaussagen (in Form von Krankheitseinheiten) nicht wirkliche Gesetzesaussagen sind, sondern nur gewisse **Wahrscheinlichkeiten der Zuordnung von Befund und Krankheitsursache** angeben.
- Neben der Schwierigkeit, Krankheit und Symptomenbild einander zuzuordnen, besteht auch noch das **Problem der Befunderhebung**. Die Befunderhebung ist oft unvollständig. Das kann in der Sache selbst ebenso wie im ärztlichen Handeln begründet sein. Die Gewichtung - oder noch allgemeiner - die Beurteilung der Befunde kann falsch sein. Vielleicht wurden zu früh Annahmen über den möglichen Krankheitsprozess gemacht und deshalb Symptome, die in eine andere Richtung weisen, zu wenig beachtet. Daraus erklärt sich, warum falsche oder unzureichende Diagnosen vorkommen.

### 2.3.2 Der Krankheitsbegriff

Im ärztlichen Handeln wird dem Patienten mit der Diagnose ein bestimmter Krankheitsbegriff zugeordnet. Aus diesem Krankheitsbegriff werden therapeutische Maßnahmen abgeleitet und eine Prognose gestellt. Der Krankheitsbegriff steht somit im Zentrum des ärztlichen Handelns. Wie ist es um diesen Krankheitsbegriff selbst bestellt?

#### 2.3.2.1 Systematisierung der Krankheiten

Die Auffassung, dass pathologischen Symptomen eine Krankheit zugrunde liege, die als solche entdeckt und begriffen werden muss, hat sich in der Regel bewährt. Der Krankheitsbegriff wird deshalb häufig als so selbstverständlich betrachtet, dass man es nicht für nötig hält, ihn zu hinterfragen. Versteht man unter einer bestimmten Krankheit eine Einheit, die sich von anderen Krankheiten klar abgrenzen lässt? Die Lehre von den Krankheiten (*Nosologie*) hat unter dieser Vorstellung der Krankheiten als substantieller Einheiten über lange Zeit versucht, ein natürliches System der Krankheitsbegriffe aufzustellen. Man hat über **50'000 Krankheitseinheiten** unterschieden. Dieser *Versuch der Systematisierung* steht unter der Vorstellung, man könne das ursächliche Geschehen der einzelnen Krankheitsprozesse immer besser verstehen.

Trotzdem war diesem Versuch der Systematisierung bis heute kein durchschlagender Erfolg beschieden. Viele Krankheitsbilder lassen sich nicht scharf gegeneinander abgrenzen. **Die Zuordnung der Symptome zu den verschiedenen Krankheiten ist recht ungesichert**; die Wahrscheinlichkeiten ihrer Zuordnung können nur grob abgeschätzt werden. In vielen Fällen lässt sich überhaupt keine Diagnose im Sinne der Erklärung der Symptome stellen. So ist **beispielsweise die essentielle Hypertonie**, unter der etwa 90% der Hochdruckpatienten leiden, kein eigentliches Krankheitsbild, sondern nur ein zusammenfassender Begriff für eine Hochdrucksymptomatik, deren genauere Ursache unbekannt ist. In diesen und in vielen anderen Fällen muss sich der Arzt damit begnügen, den Patienten symptomatisch zu behandeln, d.h. therapeutische Maßnahmen zu ergreifen, die nur die Symptome lindern. Eine Aussage, welche Wirkungen eine symptomatische Therapie auf die zugrundeliegenden pathologischen Prozesse hat, ist vielfach nicht möglich.

#### 2.3.2.2 Verstehensmöglichkeiten für das Krankheitsgeschehen

In Bezug auf die Vorstellungen über Ursachen von Krankheiten hat man heute unikausale Modelle verlassen und spricht fast nur noch von einer *multifaktoriellen* Verursachung. Der **Konditionalismus** anerkennt keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen **Ursachen** und **Bedingungen**. Als **Ursache** kann man höchstens die Gesamtheit der Bedingungen für eine Krankheit ansehen. Die Krankheitseinheit ist hier nichts anderes als ein Schema, das eine typische **Bedingungskonstellation** enthält (Wieland 1975, S. 162). Mit statistischer Gesetzmäßigkeit ist dieses Krankheitschema mit einer Symptomenkombination verbunden. Es könnten nun Matrizen von Bedingungen und Symptomen hergestellt werden, die angeben, mit welcher Häufigkeit Symptome und Bedingungen miteinander verknüpft sind. An diesen Matrizen

könnte sich die Therapie orientieren. Krankheit ist somit aus der Natur der Sache zu einem "unscharfen Begriff" geworden.

Das **Ergebnis** dieser Betrachtungen zeigt,

⇒ dass es *viel zu einfach* wäre, *Therapie und Prognose als direkte Konsequenzen der Diagnose anzusehen*.

⇒ Die Wahl der richtigen Therapie erfolgt nicht zwangsläufig aus der oft recht unsicheren und ungenauen Diagnose.

⇒ Oft ist nicht entscheidbar, welches Krankheitsbild für einen bestimmten Patienten zutrifft.

In vielen Fällen stellt der Arzt die **Diagnose** erst *ex juvantibus*, d.h. wenn eine bestimmte Therapie sich als erfolgreich erweist und dieser Erfolg den Schluss auf ein bestimmtes Krankheitsbild zulässt.

Dieser Sachverhalt verdeutlicht auch für den Bereich der Therapie, dass es sich bei der Medizin primär nicht um eine angewandte, sondern um eine praktische Disziplin handelt. Der Arzt muss angesichts der besonderen Umstände seines Patienten beurteilen welche Therapie er vorschlagen will. Er *kann sich dabei nicht hinter die Theorie der Krankheitsbilder zurückziehen, sondern muss sich auf sein eigenes Urteil verlassen, er muss entscheiden und Verantwortung übernehmen*.

### **2.3.2.3 Krankheit, Gesundheit und Behinderung als normative, kulturabhängige Begriffe**

Die Bezugnahme auf den Krankheits-/Gesundheits- bzw. Behinderungsbegriff ist in ihrer Leistung für das ärztliche Handeln jedoch nicht so unproblematisch, wie dies auf den ersten Blick scheint. Denn der Begriff der Krankheit und der ihm zugehörige Begriff der Gesundheit sind *keine - wie gezeigt - rein deskriptiven naturwissenschaftlichen Begriffe*, sondern aus der Beziehung von Arzt und Patient hervorgegangene, auf das Ziel der Heilung bezogene und vom "Selbstbild einer Gesellschaft" geprägte *normativ-praktische Vorstellungen* sind.

- Der traditionell das ärztliche Handeln bestimmende **Begriff der Gesundheit bzw. Krankheit ist praktischer Art**. Er ist vom therapeutischen Interesse an der Heilung des jeweiligen Patienten bestimmt und formuliert nichts anderes als die normative Vorstellung, die die Anerkennung der Hilfsbedürftigkeit und die Aufforderung zum ärztlichen Handeln bestimmt. "Kranksein" als eine praktische Zuschreibung ist dabei mannigfach konditioniert und vom Funktionieren des Organismus ebenso abhängig wie von individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren und deren Vorstellungen von "Wohlsein".

In dem Maß aber, in dem der **nomologische Krankheitsbegriff**, der eine bestimmte Krankheitsursache mit bestimmten Symptomen verbindet, von einem probabilistischen, auf bestimmte kumulierende Dispositionen rekurrierenden Krankheitsbegriff abgelöst wird, muss die Orientierungsleistung am Krankheitsbegriff abnehmen.

So ist charakteristisch für die Definition des *Gesundheitsbegriffs* in Lexika die Differenzierung in eine positive und eine negative Bestimmung.

- **Positiv definiert** wird Gesundheit als ein umfassender Zustand des Wohlseins (im Sinne der WHO-Definition), von dem jedoch betont wird, dass er im einzelnen kaum bestimmt werden kann. In dieser Weise aufgefasst hat Gesundheit die Funktion einer regulativen Idee oder eines Ideals, das freilich durch seine Unbestimmtheit dazu tendiert, unerfüllbare Ansprüche zu wecken.
- Die **negative Definition** von Gesundheit als "*Fehlen körperlicher, geistiger und seelischer Störungen*" bleibt abhängig vom Krankheitsbegriff. In diesem Sinn ist Gesundheit der Gegenbegriff zu Krankheit. Bei der Beschreibung der Voraussetzungen der Gesundheit wird auf Normalität im Sinn der normalen, dem Lebensalter entsprechenden Funktionalität, nicht aber auf genetische Normalität Bezug genommen.

Bei der **Definition von Krankheit** wird darauf hingewiesen, dass ein allgemeingültiger Krankheitsbegriff nicht zur Verfügung steht. Die Definition erfolgt deshalb **pragmatisch** durch Aufzählung einzelner Krankheiten. Unterschieden wird eine

- *objektive* Komponente im Sinn der Pathologie und eine
- *subjektive* Komponente, die auf das Körpergefühl und das Selbstwertgefühl des Kranken bezogen ist, wobei auch die Bedeutung des sozialen Kontextes betont wird.

- Im traditionellen Sinn ist **Behinderung** als Phänomen *sui generis* eine dauerhafte, allenfalls symptomatisch therapierbare Beeinträchtigung des physischen und/oder psychischen Zustands. Sie ist naturgegebenes, die zeitliche Existenz des Menschen schicksalhaft begleitendes Leiden, keine Krankheit, sondern gewissermaßen eine andere Form der Gesundheit.

Auch **Behinderung**, so wird in den verschiedenen, für Deutschland einschlägigen Lexika vermerkt, ist kein einfaches und eindeutig definierbares Phänomen. Übereinstimmung besteht lediglich darin, Behinderung als eine zeitlich anhaltende Beeinträchtigung zu bestimmen. Unterschieden werden körperliche, geistige und seelische Behinderungen. Zur Behinderung gehört, so wird in Anknüpfung an den Behinderungsbegriff der WHO festgestellt,

- (a) eine physiologische und/oder anatomische **Schädigung** (*impairment*), die
- (b) bezogen auf Normwerte vergleichbarer Individuen zu **Funktionsbeeinträchtigungen bzw. Aktivitätsbehinderungen** (*disabilities*) führt, und die
- (c) für die Betroffenen **Benachteiligungen** (*handicaps*) in sozialer Interaktion zur Folge haben. Betont wird vor allem die Erschwerung der gesellschaftlichen Partizipation, die durch soziale Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse bedingt ist und als "**Sekundärbehinderung**" eingestuft wird. Beobachtbar ist eine zunehmende Generalisierung des Behindertenbegriffs sowie die Tendenz, alle dauerhaften Störungen und Auffälligkeiten, chronifizierten Krankheiten und Leistungsschwächen als Behinde-



rung zu klassifizieren. Der Schweregrad einer Behinderung wird in Abhängigkeit von der Minderung der Erwerbsfähigkeit ermittelt.

⇒ Es gibt keine „Standard-Gesundheit“.

⇒ Gesundheit ist abhängig vom Alter etc. zuzuschreiben.

⇒ Ebenso wenig ist eine Vorstellung von „Normalität“ für ärztliches Handeln nicht handlungsleitend.

## 2.4 Zur teleologischen Struktur des ärztlichen Handelns

### 2.4.1 Intentionalität und Verantwortung im ärztlichen Handeln

Die **Intention des ärztlichen Handelns** besteht darin,

1. die Ursachen des Leidens des Patienten aufzufinden und
2. dieses Leiden zu heilen oder wenigstens zu lindern.

In vielen Fällen ist diese Absicht wegen der unaufhaltsamen Progredienz des Krankheitsprozesses und der Ohnmacht der therapeutischen Möglichkeiten nicht realisierbar.

In solchen Fällen könnte der Arzt wenigstens noch jenen Dienst leisten, den viele Patienten von ihm erwarten; er könnte dem *Patienten helfen, sich auf die Folgen seiner Krankheit vorzubereiten* und seinem Leben trotz der Krankheit oder gerade wegen der Krankheit einen neuen Sinn zu geben.

- Dies impliziert dass
- der Arzt sich in seiner *Begegnung* mit dem *Patienten als Person* voll eröffnet und am Lebensschicksal und am Lebenssinn des Patienten teilnimmt.
- Er trägt *Verantwortung* nicht nur für den geordneten, zweckmäßigen Ablauf der somatischen (körperlichen) Prozesse, sondern bis zu einem gewissen Grade auch für Glück und Sinngebung im Leben des Patienten.

Weil sich die **Zielsetzung des ärztlichen Handelns** auf so hohe Güter wie *Schutz des Lebens, Linderung des Leidens und Mehrung der Lebensqualität* richtet, steht sie

- nicht nur unter dem Anspruch **sachgerechten Vorgehens**,
- sondern auch von **sittlichen Pflichten und ethischen Normen**.

Es ist sehr schwierig, zwischen sachlich richtigem Handeln und Erfüllen sittlicher Sollensforderungen Grenzen zu ziehen. Auch das sachlich richtige Handeln ist selbst

gesollt, es gehört in den Bereich ärztlicher Verantwortung, ist ein Gebot des ärztlichen Ethos.

#### 2.4.2 Der Arzt und die Autonomie des Patienten

Aus der **Würde des Patienten** wie aus der **Intentionalität und Verantwortlichkeit des Arztes** folgt, dass der Arzt nicht einfachhin über den Patienten verfügen darf (*Paternalismus*). Vielmehr ist dem **Selbstbestimmungsrecht des Patienten** Rechnung zu tragen:

Da Leib und Leben Bedingungen des sittlichen Subjektseins und mit der Person eng verbunden sind, darf der Arzt nur denjenigen Eingriff in die leibliche Integrität vornehmen, den der Patient selbst verfügt.

⇒ "**Der Wille des Kranken ist das oberste Gesetz** (*Voluntas aegroti suprema lex*)" heißt es daher in der tradierten Standesethik (z. B. Eid des Hippokrates).

⇒ **Selbstbestimmung** verdient Beachtung, weil sie Freiheit nicht für Beliebiges, sondern für das Gute ist, wobei freilich auch in dieser Tradition der Handelnde selbst nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden hat, was dieses Gute für ihn ist.

⇒ Die zu respektierende **Selbstbestimmung** hat für die medizinische Praxis eminente Bedeutung: Sie gebietet nicht nur eine *angemessene, den Verstehenshorizont des Patienten berücksichtigende Aufklärung*, sondern macht vor allem dann sorgfältige Überlegungen notwendig, wenn der Patient nicht selbst über sich bestimmen kann. Hier ist der Arzt gehalten, sich mit seinen Entscheidungen für den Patienten an dem *individuellen Wertprofil* zu orientieren, das dem persönlichen Ethos des Patienten, d.h. seiner *value history* entspricht, oder aber - wenn dies nicht möglich ist - im Sinn des mutmaßlichen humanen Interesses des Patienten zu entscheiden.

Freilich gilt die zu respektierende **sittliche Selbstbestimmung** auch umgekehrt:

Kein Arzt kann zu einem Handeln gezwungen werden, das seiner sittlichen Selbstbestimmung und seiner Auffassung von der Zielsetzung des ärztlichen Handelns prinzipiell widerspricht.

Der Arzt ist nicht jemand, der gegen Bezahlung Servicedienste für beliebige Zwecke leistet, sondern der verantwortlich dem Wunsch des Patienten nach Heilung bzw. Leidensminderung nachkommt.

### 2.4.3 Gefährdungen des ärztlichen Handelns

Der Raum der **personalen Begegnung von Arzt und Patient** ist grundsätzlich ein *Raum des Vertrauens*.

- Der **Arzt** trägt die ungeteilte **Verantwortung für sein Tun**, da er als Handelnder in keine Institution eingebunden ist, sondern nur auf die in seiner Profession verbindlichen Kunstregeln und auf die sittlichen Normen verpflichtet ist.
- Er führt Handlungen aus, die mitsamt ihren **Folgen** im strengen Sinne **irreversibel** sind.
- Er handelt stets unter **Risiko**, weil er trotz aller Bemühungen die Randbedingungen seines Handelns niemals ganz durchschauen kann;
- Er ist niemals ohne Einschränkung Herr der Situation, weil er den **Erfolg** seiner Tätigkeit immer nur intendieren, aber niemals garantieren kann.

*Dieser Raum des Vertrauens und der Verantwortung ist durch den Strukturwandel in der heutigen Medizin in mehreren Hinsichten gefährdet. Die Gründe dieser Gefährdung können nur angedeutet werden.*

Es geht vor allem um **drei Problembereiche**:

- **Anonymisierung** (Präventivmedizin, Prophylaxe): der Patient ist nicht mehr bloß auf den behandelnden Arzt, sondern auf eine Institution bezogen
  - Durch mehrere Entwicklungen hat sich die **Arzt-Patienten-Beziehung** stark verändert. Einer der Gründe dafür liegt in der *Spezialisierung* der Medizin. Der Patient kommt in der Regel zuerst zum Allgemeinpraktiker. Sofern die Diagnose größeren Aufwand erfordert, überweist der Allgemeinpraktiker den Patienten zum Spezialisten, z.B. zum Internisten, dieser wiederum überweist ihn für eine spezielle Abklärung zum Radiologen oder Nuklearmediziner. Der Patient hat also verschiedene Stationen zu durchlaufen, kommt mit mehreren Ärzten in einen meist nur oberflächlichen Kontakt und verliert so die Bindung an eine Person, welche die Verantwortung für ihn übernimmt. Dieser Gefahr kann nur so begegnet werden, dass das **Kollegium der beteiligten Ärzte gemeinsam die Verantwortung übernimmt** und für den Patienten einen Raum des Vertrauens herstellt.
  - Weitere Gründe für die **Entpersonalisierung in der Medizin** liegen in der *öffentlichen Gesundheitsvorsorge (Prophylaxe)* mit ihren Reihenuntersuchungen und prophylaktischen Maßnahmen (wie Iod- und Fluorbeimengung zum Kochsalz etc.), welche die ganze Bevölkerung betreffen. Auch die *Krankenkassen* und die Institution des Vertrauensarztes spielen bei dieser Anonymisierung eine Rolle.
- **Juridifizierung**: die Arzt-Patienten-Beziehung wird der juristischen Kontrolle *unterstellt*
  - Zwischen Arzt und Patient steht heute die **Rechtsprechung** mit ihren verschiedenen Formen. Die Ärzteschaft ist gewiss nicht unschuldig an dieser Entwicklung. Leichtfertiger Umgang mit der ärztlichen Kunst, mangelnde

Sachkompetenz, überheblicher **Autoritätsanspruch** (Stichwort: "*Götter in weiß*") und überzogene finanzielle Forderungen für die ärztlichen Dienstleistungen haben dazu geführt, dass auch der Patient sich auf sein Recht besinnt, rückhaltlose Aufklärung über die Folgen medizinischer Eingriffe verlangt und den Arzt zur Rechenschaft zieht, wenn diesem Fehler unterlaufen. **Gesundheit ist zu einer Ware oder zu einem Rechtsgut geworden.** Man bezahlt dafür und erwartet für das Geld die entsprechende Leistung. So befindet sich heute die **Arzt-Patienten-Beziehung** eher in der Atmosphäre des Misstrauens und der Kontrolle als der des Vertrauens und der Verantwortung.

- **Probabilisierung:** die Aussagen über das Krankheitsgeschehen sind nur noch mit gewissen Wahrscheinlichkeiten möglich (Probabilisierung)
  - Vertrauen und Verantwortung implizieren eigentlich, dass der Arzt für diesen **bestimmten Patienten** eine Diagnose stellt und mit der daraus folgenden Therapie sich mehr oder weniger für die Heilung verbürgt. Dies ist heute schwierig geworden. Die Erläuterung von Diagnose und Krankheitsbegriff hat gezeigt, dass Diagnosen nur mit bestimmten **Wahrscheinlichkeiten** möglich sind. Die Wirkung therapeutischer Maßnahmen kann ebenfalls nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit angegeben werden. Die Anwendung eines Medikaments, ein chirurgischer oder nuklearmedizinischer Eingriff ist nur in einem bestimmten Prozentsatz von "Fällen" möglich. Der Patient wird zum „Fall“. Er droht zu einer Variablen in einer angewandten Wissenschaft zu werden, also genau das, was wir zu Beginn für eine praktische Disziplin ausgeschlossen hatten, weil es um das Handeln an einer bestimmten Person mit ihrer einmaligen Geschichte geht.

## 3 PRINZIPIEN UND VERFAHRENSWEISEN HEUTIGER MEDIZINISCHER ETHIK

### 3.1 Urteilsbildung in der amerikanischen Medizinethik: „Angewandte Ethik“ und Prinzipien mittlerer Reichweite (Beauchamp/Childress)

Am frühesten hat die medizinische Ethik in den USA auf die Veränderungen in den Bedingungen des medizinischen Handelns reagiert. Medizinische Ethik - so lautet das Grundkonzept, mit dem man den Problemen zu begegnen versucht, - ist als eine "angewandte Ethik" (*applied ethics*) zu verstehen. Sie **hat keine eigenen obersten ethischen Prinzipien**, sondern ist die **Anwendung** der auch sonst moralisch handlungsleitenden Prinzipien auf ein besonderes Feld des Handelns. In diesem Sinn ist medizinische Ethik ebenso möglich und notwendig wie etwa Wirtschaftsethik. Da man zu dem Handlungsbereich das gesamte Gesundheitswesen einschließlich der biologischen und medizinischen Forschung zählt, spricht man auch von "**Biomedical Ethics**" oder kurz "**Bioethics**".

Für eine angewandte, und das bedeutet eine jederzeit praktisch anwendbare Ethik ist es nun wichtig, dass man nicht nur auf allgemeinste **oberste Prinzipien** zurückgreifen kann, die zwangsläufig vom konkreten Fall weit entfernt sind, sondern auch "**mittlere**" **Prinzipien** zur Verfügung hat, die für das betreffende Handlungsfeld als einvernehmlich akzeptierte "*basic ethical principles*" gelten können. Für die Forschung am Menschen nennt der Anhang der *National Research Act* von 1974, der sog. **Belmont Report**, im Rückgriff auf die in der kulturellen Tradition der USA akzeptierten Prinzipien, **drei** besonders ausgezeichnete:

1. **Achtung vor der Würde der Person und ihrer Selbstbestimmung,**
2. **Fürsorgepflicht**
3. **soziale Gerechtigkeit.**

In dem weltweit beachteten Lehrbuch von **Beauchamp/Childress** (*Principles* 1989), das das Kennedy Institute of Ethics der *Georgetown University, Washington D.C.* seinen jährlichen Kursen zur Medizinethik zugrunde legt, werden im Anschluss daran **vier Grundnormen** genannt, nämlich:

<p>„nonmaleficence“ (Prinzip der Schadensvermeidung)</p>	<p>Das <b>Prinzip des Nicht-Schadens</b> ist sicher das überzeugendste Prinzip, das zudem auf eine lange Tradition in der Medizin zurückblicken kann, die sich in der Maxime „<i>primum nil nocere</i>“ äußert. Es ist im Konfliktfall mit anderen Prinzipien zumeist am höchsten einzustufen, allein schon aufgrund der Asymmetrie von Nutzen und Schaden.</p>
<p>„beneficence“ (Fürsorgepflicht)</p>	<p>Das <b>Prinzip des Wohltuns oder der Wohltätigkeit</b>, das historisch wohl als das konstituierende Prinzip der Medizin gelten kann. Der Arzt soll es nicht nur unterlassen, Schäden zuzufügen, sondern darüber hinaus das Befinden des Patienten verbessern, indem er Krankheiten vermeidet, sie lindert oder - wenn möglich - heilt.</p>
<p>„autonomy“ (Selbstbestimmung des Patienten)</p>	<p>Das <b>Prinzip der Autonomie</b>, genauer gesagt, das Prinzip des Respektes vor der <b>Autonomie des Patienten</b>. Der Arzt soll den Willen des Patienten respektieren und ihn nicht bevormunden, auch wenn er die Entscheidungen des Patienten nicht Nachvollziehen kann. Eine vermehrte Aufmerksamkeit auf dieses Prinzip hat in den letzten Jahrzehnten die Patienteninteressen deutlich gestärkt; so ist der Wechsel von der Haltung des wohlwollenden <i>Paternalismus</i> hin zum Arzt, der vor allem die Selbstbestimmung des Patienten zu respektieren hat, auch als eine grundlegend neue Anwendung des Prinzips der Autonomie zu verstehen.</p>
<p>„justice“ (soziale Gerechtigkeit)</p>	<p>Das <b>Prinzip der sozialen Gerechtigkeit</b>, das in vielen Fällen ohne weitere Kriterien nur ungenau näher zu bestimmen ist; zumindest lässt sich aber festhalten, dass damit für den Bereich der <b>Mikroallokation</b> (Verteilung von Ressourcen - wie z.B. Transplantationsorgane - in kleinem Rahmen) die <b>unterschiedslose Bereitschaft zur Hilfe</b> gemeint ist, die sich in einer gerechten Verteilung der Aufmerksamkeit gegenüber dem Patienten äußert.</p>

Diese Prinzipien verstehen sich als **Prinzipien der mittleren Ebene und Reichweite**. Sie gelten

- als **Prinzipien der mittleren Ebene** nicht als fundamental begründet, aber als gut begründet, und
- als **Prinzipien der mittleren Reichweite** können sie Handeln nicht vollständig bis ins kleinste Detail, aber mit einem bestimmten Grad an Konkretion normieren.

Jenseits aller Begründungsunterschiede sind sie für die meisten moralphilosophischen Theorien **konsensfähig**, gerade weil sie niemand als fundamental einstuft. Als Ausdruck eines „nüchternen Realismus“ besitzen die Prinzipien eine erstaunliche Plausibilität.

- Sie werden als Prinzipien betrachtet, die „*prima facie*“ gelten, d.h. **als zunächst von weiteren Überlegungen unabhängig gültige, nicht an eine bestimmte ethische Theorie gebundene Pflichten**
- Da sie nur eine „*prima facie*“-Gültigkeit besitzen, können sie auch untereinander in **Konflikt** geraten, so dass Prinzipienkonflikte einen Ausgleich der Forderungen beider Prinzipien erfordern..

Hinzu kommen dann **Prinzipien zweiter Ordnung**, in denen sich die unverzichtbaren Momente des ärztlichen **Berufsethos** widerspiegeln, wie:

1. Schweigepflicht
2. Wahrung der Privatsphäre
3. Vertrauenswürdigkeit
4. Wahrhaftigkeit
5. Einhaltung gegebener Versprechen
6. Vertragstreue
7. bestimmte Leitbilder (*ideals*) und Tugenden (*virtues*)

Sind die **Prinzipien** einmal akzeptiert, **erlauben sie die Beurteilung auch solcher Handlungsmöglichkeiten, für die es aufgrund ihrer Neuartigkeit noch gar keine habituell gewordenen ethischen Handlungsdispositionen geben kann.**

Dies geschieht - so das Modell - in Form eines **rationalen Diskurses**, in dem unter Beachtung aller genannten Prinzipien und unter Berücksichtigung aller Betroffenen, die für eine gegebene Handlungssituation bestehenden Handlungsoptionen herausgearbeitet und an ihren jeweiligen Gegengründen bewährt werden. In Form eines "**Ethical Workup**" kann der Diskurs zum Bestandteil der etablierten klinischen Diagnose werden, als Grundlage der Urteilsbildung im Rahmen von Ethikkommissionen dienen und bereits in der medizinischen Ausbildung eingeübt werden.

Schema der ethischen Urteilsbildung im ärztlichen Handeln nach dem **Muster der amerikanischen Medizinethik („Ethical workup“)**

## Ethical workup

### 1.0 Was sind die relevanten klinischen Fakten?

1.1 *Anamnese, Symptome und Laborwerte, Diagnose*

### 1.2 *Formulierung der Behandlungsoptionen und Prüfung jeder Option*

- auf ihre **Wirksamkeit**: Wird sie den natürlichen Verlauf der Krankheit verändern?
- auf ihre **Nützlichkeit** für den Patienten: Ist sie aus der Perspektive des Patientenerwünscht oder wünschenswert?
- Abwägung der **Heilungschancen**: Abschätzung der Gewissheitsgrade für den Erfolg jeder der ins Auge gefassten Therapievorschläge

### 1.3 *Klärung von ethisch relevanten Fragen*

- Befindet sich der Patient in der **Terminalphase**?
- Ist der Patient **hirntot** oder in chronisch vegetativem Status?
- Muss der Patient künstlich **beatmet** werden?
- Muss der Patient künstlich **ernährt** werden?
- Ist der Patient **entscheidungsfähig**?
- 

### 2.0 Was sind die ethisch maßgeblichen Fragen?

2.1 Im Blick auf *das Verfahren der Entscheidung*:

- **Wer** hat zu entscheiden - der Patient selbst oder ein Vertreter?
- Gibt es **unterschiedliche Meinungen** unter denen, die an der Entscheidung beteiligt sind: Patient, Familienangehörige, beteiligte Ärzte, Pflegepersonal, Amtsvormund oder sonstige amtlich zuständige Personen?
- Wenn ja, wie kann der **Konflikt gelöst** werden?

2.2 Im Blick auf *die ethische Entscheidung selbst*:

- Was folgt im vorliegenden Fall aus der Beachtung der **ethischen Prinzipien erster Ordnung**: 1. Selbstbestimmung des Patienten; 2. Prinzip der Schadensvermeidung; 3. Fürsorgepflicht; 4. soziale Gerechtigkeit?
- Was folgt im vorliegenden Fall aus der Beachtung der **ethischen Prinzipien zweiter Ordnung**: Wahrung der Vertrauenswürdigkeit; Wahrhaftigkeit; Verschwiegenheit; Einhaltung gegebener Versprechen; Vertragstreue?
- Ergeben sich aus den zu beachtenden Prinzipien einander **widersprechende Lösungen**?
- Was gebieten im vorliegenden Fall die **berufsethischen Verpflichtungen** der Ärzte und des Pflegepersonals?
- Sind die **Konflikte**, die sich aus der Beachtung der verschiedenen **Prinzipien** ergeben, **lösbar** und wenn ja, wie?



- Sind die Konflikte, die sich aus der Beachtung der verschiedenen **berufsethischen Verpflichtungen** ergeben, **lösbar** und wenn ja, wie?

3.0 Wie lautet die im vorliegenden Fall gebotene **Entscheidung**?

3.1 Geben Sie die ethischen Gründe an, die **für** Ihre Entscheidung sprechen!

3.2 Geben Sie die ethischen Gründe an, die **gegen** Ihre Entscheidung sprechen!

3.3 Welche **Gründe** können sie den entgegenhalten?

**Abwägung** zwischen Handlungspositionen:

Für die neuere amerikanische Medizinethik, wie sie bei Beauchamp/Childress begegnet, geht die ethische Entscheidung aus der Abwägung zwischen den im gegebenen Fall sich anbietenden Handlungsoptionen hervor. Die **Handlungsmöglichkeiten sind an den Prinzipien der ersten und zweiten Ordnung** zu prüfen, in schwierigen Fällen der Beratung in einem Gremium auszusetzen, in dem die Interessen der in verschiedener Weise Betroffenen angemessen vertreten sind, und schließlich an den stärksten Gegengründen zu bewähren.

Die Vorstellung geht dabei dahin, dass eine hinlängliche Prüfung an allen relevanten Prinzipien und eine Berücksichtigung aller Interessen zu einem einvernehmlichen Resultat führt. Sollte sich **kein Konsens** in Bezug auf eine bestimmte Handlungsoption ergeben, liegt die Entscheidung beim verantwortlich Handelnden. Da nach dem Modell von Beauchamp/Childress die **Prima-facie-Prinzipien** gleichberechtigt nebeneinander stehen, gibt es für diese letzte Entscheidung innerhalb des Modells keine Kriterien mehr.

Das Modell ist also insgesamt eher dazu geeignet, den verantwortlich Handelnden zur Berücksichtigung aller ethisch bedeutsamen Kriterien zu veranlassen und Transparenz in der Urteilsbildung herzustellen, als stringent zu einer bestimmten Handlungsalternative zu führen, so wie auch die Beratung in der Ethikkommission zu einer klaren Herausarbeitung der möglichen Optionen, nicht aber durch Mehrheitsbeschluss zur Befolgung einer bestimmten führen soll.

- So geeignet diese Form des ethischen Diskurses ist, gemeinsam und über individuell und gruppenspezifisch verschiedene Standpunkte hinweg die möglichen Handlungsoptionen herauszuarbeiten und auf ihre Begründbarkeit hin zu prüfen,
- so wenig erlaubt er - und dies gehört zum Konzept - aufgrund der Gleichrangigkeit der **Prima-facie-Prinzipien** eine eindeutige Entscheidung. Im **Konfliktfall** muss der Handelnde selbst aufgrund des ihn letztlich leitenden ethischen Standpunkts entscheiden, welche der möglichen Handlungsoptionen nach seinem Urteil die für ihn verbindliche ist. Auch die genannten **Ethikkommissionen** haben nur die Funktion, die Handlungsoptionen in ihrem Für und Wider herauszuarbeiten,

nicht aber für den jeweils Handelnden zu entscheiden, welcher Option er zu folgen hat.

## 3.2 Medizinische Ethik in aristotelisch-kantischer Tradition

### 3.2.1 Zur Situation der Medizinethik in Europa und Deutschland

In Europa und in Deutschland hat die Diskussion um eine den veränderten Bedingungen genügende medizinische Ethik in vergleichbarer Breite erst mit Verzögerung und zunächst beschränkt auf die mit den neuen Handlungsmöglichkeiten verbundenen konkreten Problemfelder eingesetzt. Was den normativen Bezugsrahmen betrifft, ist die Diskussion durch eine Verschiedenartigkeit der Ansätze bestimmt.

- Sass und Viefhues haben versucht, die Ansätze der **nordamerikanischen Bioethik** aufzunehmen und ein in bestimmten Punkten (stärkere Trennung zwischen ethischer und medizinischer Expertise, veränderte Wertung der Patientenautonomie, stärkere Berücksichtigung epistemologischer Fragen) verändertes und der europäischen Tradition stärker angepasstes Modell auszuarbeiten.
- Andere Autoren folgen stärker deontologisch bestimmten, kantianisch oder diskursethisch ausgelegten Ansätzen, legen das utilitaristische Prinzip zugrunde, gehen von den ethisch relevanten Grundkonstanten aus, die aus der zwischen Arzt und Patient bestehenden Situation von Not und Hilfe zu erheben sind, oder folgen einem erneuerten aristotelischen, Prinzipien- und Ethosethik verbindenden Ansatz.

Trotz der inzwischen breiter verlaufenden Diskussion hat die Integration der ethischen in die medizinische Expertise in **Deutschland** bislang nicht die Selbstverständlichkeit gewinnen können, die sie in den **USA** inzwischen besitzt. Auch die von vielen geforderte Aufnahme der medizinischen Ethik als eines eigenen Elements in das obligatorische medizinische Curriculum hat sich bis jetzt nicht erreichen lassen.

Die **Gründe** für die unterschiedliche Situation im Vergleich zu den USA dürften vielschichtig sein. Während der Missbrauch der Versuche am Menschen im Nationalsozialismus in den Vereinigten Staaten zu einer Beförderung der medizinethischen Diskussion geführt hat, hat er in Deutschland selbst eher zum Gegenteil geführt. Mit Sicherheit dürfte auch die stärkere Verankerung der **nordamerikanischen Medical Schools** in der Tradition des Verständnisses der Medizin als einer "Kunst", d. h. einer durch den Bezug auf das Handeln gekennzeichneten Disziplin, für die explizite Integration der medizinischen Ethik günstigere Voraussetzungen schaffen als das im **deutschen** Kontext weit verbreitete Selbstverständnis der Medizin als einer angewandten Naturwissenschaft samt der damit verbundenen Wissenschaftsgläubigkeit. Der wichtige Aufbruch der psychosomatischen Medizin in Deutschland schließlich hat zwar die für die medizinische Ethik bedeutsame Struktur des Arzt–Patient–Verhältnisses herausgestellt, der expliziten ethischen Urteilsbildung dagegen weniger Beachtung geschenkt.

### 3.2.2 Forderungen an eine zeitgemäße medizinische Ethik

Welche Forderungen sind aus dem Gesagten für eine den heutigen Bedingungen entsprechende medizinische Ethik zu ziehen?

#### 3.2.2.1 Medizinische Ethik als „angewandte Ethik“

Angesichts der Ausweitung und Strukturveränderung des ärztlichen Handlungsraumes kann es nicht mehr genügen, medizinische Ethik als ausschließliche Sache der persönlichen Entscheidung des einzelnen Arztes oder der Ethossetzung des ärztlichen Standes aufzufassen. Da die mit den veränderten Handlungsmöglichkeiten verbundenen Probleme weit über die jeweilige Dyade Arzt-Patient hinausgehen, müssen sie auf einer Grundlage entschieden werden, die geeignet ist, prinzipiell die Zustimmung aller zu finden.

Für die **medizinische Ethik** bedeutet dies, dass sie sich als **angewandte Ethik** verstehen muss, nämlich als das Verfahren einer praktischen Überlegung, in der das jeweilige Handlungsurteil im Rekurs auf **allgemein akzeptierte Regeln und Einstellungen** bestimmt wird.

Nur in dieser Form wird das **ethische Urteil** unter den veränderten Bedingungen einen Teil des ärztlichen Urteils bilden können, der ebenso argumentativ ausweisbar ist, wie die im engeren Sinn medizinischen Teile. Nur eine auf eine solche Urteils- und Entscheidungskompetenz abzielende medizinische Ethik ist mit Erfolg als Teil der medizinischen Lehre zu vermitteln.

#### 3.2.2.2 Mittlere Prinzipien

Der Kern der Regeln, auf den sich die praktische Überlegung des Arztes in ethischer Hinsicht gründet, wird den Status von mittleren Prinzipien haben müssen.

Als **mittlere Prinzipien** sind solche Normen zu betrachten,

- die eine Gültigkeit besitzen, die **unabhängig** ist von der übergeordneten Wertüberzeugung, der ethischen Theorie bzw. der Letztbegründung, wie sie für den Einzelnen maßgeblich ist, und
- die in der Lage sind, **konkrete** Handlungsurteile zu vermitteln.
- 

Die Einbettung von solchen mittleren Prinzipien in letzte Wertüberzeugungen ist für den Bestand dieser Prinzipien von besonderer Bedeutung, doch ist deren Geltung

nicht einfach mit der Geltung der jeweiligen letzten bzw. ersten Prinzipien identisch; vielmehr ist es für sie charakteristisch, eine eigene Plausibilität zu besitzen.

### 3.2.2.3 *Teleologie des ärztlichen Handelns und die Arzt–Patient–Beziehung*

Es ist sinnvoll, bei der Gewinnung der als mittlere Prinzipien geeigneten Regeln vom ärztlichen Handeln selbst, der in ihm implizierten Arzt–Patient–Beziehung und der mit ihm verbundenen Zwecksetzung auszugehen.

Da Medizin als **praktische Wissenschaft** ihren Erkenntnis- und Handlungssinn von ihrem **Zweck** her, nämlich der Ermöglichung und Wiederherstellung von Leben und Gesundheit, gewinnt, kann medizinische Ethik, die sagen soll, was zu tun ist, nur in dieser **Teleologie** des ärztlichen Handelns selbst gründen.

Sie ist nicht eine bloße **Folgenabschätzung** der technischen Anwendung, durch die bestimmte kognitive Sätze praktisch werden, sondern Handlungsleitung im Horizont der mit dem ärztlichen Handeln immer schon verbundenen und akzeptierten Ziele. **Schadensvermeidung, Fürsorgepflicht und gerechte Behandlung** können als die Regeln verstanden werden, in denen sich für das ärztliche Handeln der oberste für alles Handeln verbindliche praktische Grundsatz entfaltet, dass das als gut Erkannte auch zu tun und das als böse Beurteilte zu lassen ist.

### 3.2.2.4 *Abwägung der in Frage stehenden Ziele und Güter*

Die praktische Überlegung, die im Horizont der **Zielsetzung des ärztlichen Handelns** und der daraus gewonnenen Regeln zu konkreten handlungsleitenden Urteilen führen soll, kann nicht ohne **Abwägung** der in Frage stehenden **Ziele und Güter** vor sich gehen.

*Eine Abwägung der Ziele und Güter wird in Form von Vorzugsregeln der Rahmenstruktur folgen müssen, gemäß der die Ziele und Güter für das gelingende menschliche Leben konstitutiv sind.*

Dabei ist zu beachten, dass die **Rahmenstruktur** selbst **nicht** eine **gegebene** Ordnung darstellt, die nur abgelesen zu werden bräuchte, sondern eine **aufgegebene** Ordnung, die allererst zu entdecken und herzustellen ist.

### 3.2.2.5 Die „Natur“ des Menschen als Orientierungsgröße ärztlichen Handelns

Bei der zur praktischen Überlegung in der medizinischen Ethik gehörigen Güterabwägung kann die Natur des Menschen nicht unbeachtet bleiben.

Ärztliches Handeln ist mit seinem **Ziel**, der Wahrung von Leben und Gesundheit, auf **Bedürfnisse** bezogen, die für den Menschen fundamentalen Rang haben, weil seine **Natur** solcher Art ist, dass ohne die Erfüllung dieser Bedürfnisse kein Handeln überhaupt und damit kein gelingendes Leben im ganzen möglich ist.

- ⇒ **Bedürfnisse**, ohne deren Erfüllung der Mensch seiner Natur nach weder überleben noch handeln kann, sind auf Grund der Einheit des personalen mit dem organischen System nicht nur Ansprüche der Natur, sondern auch solche der Person.
- ⇒ Da es zur **Natur des Menschen** gehört, dass die **fundamentalen Bedürfnisse** nur durch den jeweils anderen, also im Miteinander, erfüllbar sind, erwachsen aus den naturalen Bedürfnissen des einen personale Ansprüche an den anderen. Im sozialen Miteinander ist der Mensch seiner Natur nach für den anderen stets Bedürfniswesen, Aggressor, nämlich Wesen der Selbstbehauptung, und Fürsorger zugleich.
- ⇒ Wie die modernen Humanwissenschaften gezeigt haben, sind die **fundamentalen Bedürfnisse** solcher Art als ein unbeliebigen, aber entwurfsoffenes Regelsystem zu verstehen.
- ⇒ Für das **ärztliche Handeln** sind diese naturalen Bedürfnisse in **doppelter Weise** von Belang:
  - Da sie fundamentale **Bedingungen der Natur** sind, bestimmen sie das Richtig- und Falschsein der **Mittel**;
  - da die **Natur mit der Person identisch** ist, artikulieren sich in ihnen zugleich die vom Arzt in Bezug auf die Wahl der **Ziele** ethisch zu respektierenden Ansprüche der Person: auf Selbstbestimmung, auf Hilfe usf.

### 3.2.2.6 Bedeutung des „Ethos“

Da die **sittliche Grundnorm** und die im ärztlichen Handeln implizierten **mittleren Prinzipien** nur den normativen Rahmen dieses Handelns abstecken, bedarf es zur konkreten Handlungsleitung der Vermittlung durch das je zu entwerfende **Ethos**.

Im **Ethos** gewinnen die allgemeinen Regeln die Gestalt eines konkreten, von der jeweiligen Gesellschaft akzeptierten umfassenden Handlungsmusters. Als Entwurf des gelingenden Lebens ist es dem einzelnen in dem Maß verbindlich vorgegeben, in dem es für ihn den ermöglichenden Rahmen seines Menschseins darstellt.

Medizinische Ethik, die handlungsleitend sein soll, wird sich daher

- nicht nur auf die allgemein gültigen **Regeln** beziehen können,
- sondern auch auf die konkreten **Muster** des in der betreffenden Gesellschaft akzeptierten Ethos einschließlich der dazu gehörigen persongebundenen Einstellungen und Tugenden berücksichtigen müssen.

Als **angewandte Ethik** hat sie es nicht nur mit den allgemeinen Regeln für das ärztliche Handeln, sondern auch mit dem Ethos des Arztes in einem bestimmten sozio-kulturellen Kontext zu tun, in dem sich die Regeln zur konkreten Einheit eines Handelns zusammenschließen.

### 3.2.3 Schema der ethischen Urteilsbildung im ärztlichen Handeln nach dem Muster der aristotelischen Ethik

Der Bonner Philosoph und Medizinethiker LUDGER HONNEFELDER hat ein Verfahrensmodell zur **medizinethischen Urteilsbildung** vor allem im Ausgang von einer **aristotelisch-kantischen Ethik** entwickelt, mit dem sich spezifische Prinzipien und Kriterien angeben lassen, die für die ethische Entscheidung im Bereich des ärztlichen Handelns maßgeblich sind und die den Anforderungen an eine Medizinethik, die in der **Tradition kontinentaleuropäischen Denkens** stehen, gerecht werden.

- Geht man davon aus, dass **Handeln** ein intentionales, auf Ziele gerichtetes Tätigsein darstellt, und folgt der schon erwähnten Einsicht, dass die moralische Qualität der einzelnen Handlung von der Angemessenheit aller maßgeblichen Elemente ihrer intentionalen Struktur abhängig ist, dann muss die moralische Beurteilung sich auf die konkrete Handlung nach allen ihren maßgeblichen Momenten richten.
- Das aber ist der Weg, den **Aristoteles in seiner Ethik** einschlägt und der über verschiedene Stationen der Aneignung bis heute bedeutsam geblieben ist. Er ist **für die medizinische Ethik besonders geeignet**, weil er diejenige Struktur des praktischen Urteils als maßgeblich betrachtet, die auch für das ärztliche Handeln zentral ist, nämlich die Ausrichtung auf das **Ziel**.

Besteht nun ein moralisches Urteil in einem praktischen Satz, der eine bestimmte konkrete Handlung hier und jetzt als gut, und d.h. als zu tun vorschreibt, dann ist dieses Urteil gültig, wenn die gebotene Handlung nach allen ihren Momenten gut ist.

- Zu diesen Momenten gehört zunächst das **Handlungsziel**, das eine Handlung einer bestimmten Handlungsklasse bzw. einem bestimmten Handlungsschema wie Heilen oder Schmerzlindern zuordnet.
- Da das Handlungsziel nicht immer mit der **Handlungsabsicht** übereinstimmt (so kann etwa jemand das Handlungsziel der Heilung in der ausschließlichen Handlungsabsicht der persönlichen Bereicherung oder der Förderung der eigenen beruflichen Karriere verfolgen), muss auch die Handlungsabsicht gut sein.

- Auch die **Handlungsumstände** müssen berücksichtigt werden, denn sie können die moralische Qualität der Handlung erheblich beeinflussen.

- 

Deshalb muss zur **Prüfung** gefragt werden:

- **Wer** handelt hier und in welcher Rolle, Funktion oder Eigenschaft?
- Auf welche **anderen Personen** mit welchen Ansprüchen und Interessen bezieht sich sein Handeln?
- Welche Rolle spielt der **Kontext für das Handeln**: Ort, Zeit, soziales, ökonomisches und ökologisches Umfeld u.a.?
- Welche beabsichtigten und unbeabsichtigten **Folgen** sind mit den für die Handlung gewählten **Mitteln** verbunden?

## Schema der ethischen Urteilsbildung im ärztlichen Handeln

### 1. Prüfung der ethisch relevanten Handlungsmomente

#### 1.1 Handlungsziel

- Welche Diagnose ergibt sich aus der *Anamnese* und der Erhebung der Befunde?
- Was sind die therapeutischen Optionen? Was ist zu tun?
- Sind die vorgesehenen Mittel im Blick auf das therapeutische Ziel sachlich angemessen?

#### 1.2 Handlungsabsicht

- Welche Absicht verfolgt der Handelnde: Heilung bzw. Leidensminderung des Patienten und/oder medizinische Forschung?
- Wie verhält sich diese Absicht zu den Wünschen des Patienten?

#### 1.3 Handlungsumstände

- Wer handelt und in welcher Funktion, Rolle oder Eigenschaft handelt er/sie?
- Auf welche anderen Personen mit welchen Ansprüchen und Interessen bezieht sich sein/ihr Handeln?
- Wer ist entscheidungsbefugt bzw. verantwortlich?
- Welche Rolle spielt der Kontext für das Handeln: Zeitpunkt, Ort, soziales Umfeld, ökonomische Bedingungen?
- Was sind die zu erwartenden Folgen und Nebenfolgen der ins Auge gefassten Behandlungsoptionen? Was ist mit welcher Wahrscheinlichkeit zu erwarten?



## 2. Prüfung der Handlung an den ethischen Kriterien

### 2.1 *Personale Vorzugsregel:*

Diejenigen Handlungsoptionen haben den unbedingten Vorzug, die die Selbstbestimmung des Handelns durch **Vernunft des Patienten** sichern.

Im Sinne der „personalen Vorzugsregel“ ist abzuwägen:

- Entspricht die ins Auge gefasste Handlungsoption dem **Willen des Patienten**?
- Hat die für die Zustimmung des Patienten erforderliche **Aufklärung** über Folgen und Nebenfolgen stattgefunden?
- Ist im Fall eines Forschungshandelns (Versuch am Menschen) die **Zustimmung** der Versuchsperson nach vorausgehender Aufklärung (informed consent) eingeholt?
- Entspricht die vom Patienten gewünschte Behandlungsoption dem verantwortbaren Urteil des behandelnden Arztes bzw. der weiteren handelnden Personen, d.h. wurde ein **Konsens** erzielt?

### 2.2 *Naturale Vorzugsregel:* Die **dringlichere** Handlung ist im gegebenen Fall der ranghöheren vorzuziehen.

#### Erläuterung:

Für die medizinische Ethik hat die **naturale Vorzugsregel** fundamentale Bedeutung, denn sie gebietet dem Arzt, vorrangig das zu tun, was zur unmittelbaren Lebensrettung oder -sicherung erforderlich ist, rechtfertigt und gebietet also den Eingriff in die leibliche Integrität auch dann, wenn der **Patient selbst an der Entscheidung gehindert** ist. Freilich ist der lebenssichernde Eingriff dann nicht mehr zwingend geboten - und damit wird die Begründung der Vorzugsregel sichtbar -, wenn beispielsweise das Überleben wie im Fall des *Apallikers* nicht mehr Bedingung der Möglichkeit humaner Existenz ist und ein entsprechender Wunsch des Patienten nicht vorliegt.

Im Sinne der „**naturalen Vorzugsregel**“ ist abzuwägen:

- Wie verhält sich die ins Auge gefasste Handlungsoption zum Interesse des Patienten an der Heilung seiner Krankheit bzw. an der Minderung seiner Leiden? Welcher **Nutzen** ist von ihr zu erwarten? In welcher Weise wird die Therapie das zukünftige Leben des Patienten befördern?
- Wie verhält sich die ins Auge gefasste Handlungsoption zum Interesse des Patienten an der Vermeidung von **Schaden**? Welche schädlichen Wirkungen sind von ihr zu erwarten? In welcher Weise werden diese Wirkungen das zukünftige Leben des Patienten beeinträchtigen?

- Wie verhält sich der aus der Handlungsoption zu erwartende **Nutzen** zu dem zu erwartenden **Schaden** für den Patienten?

### 2.3 *Soziale Vorzugsregel:*

Unter gleichen Bedingungen ist im gegebenen Fall den Ansprüchen der vielen oder gar aller der Vorzug zu geben vor den Ansprüchen des einzelnen oder weniger.

#### **Erläuterung:**

Die **Natur des Menschen** ist aber

- nicht nur durch ein inneres Gefüge von teils fundamentaleren, teils ranghöheren psychophysischen Antrieben, Bedürfnissen und Interessen,
- sondern auch durch die Eingliederung in das größere Ganze sowohl der ihn umgebenden **Natur** als auch der ihn umgebenden **Gesellschaft** der anderen Menschen bestimmt.

Da auch diese doppelte Eingliederung in bestimmter Hinsicht als Bedingung der Möglichkeit des individuellen Subjekt- oder Personseins zu betrachten ist, ergeben sich aus ihr weitere Rahmenkriterien und darauf bezogene Vorzugsregeln für die Güterabwägung.

Auf den ersten Blick scheint die soziale Vorzugsregel für die medizinische Ethik keine große Rolle zu spielen, ist doch das Handeln des Arztes primär auf den einzelnen individuellen Patienten bezogen. Anders ist es jedoch, wenn wir die vielen Situationen betrachten, in denen der Arzt **begrenzte Ressourcen auf eine Mehrzahl von Patienten verteilen** muss.

- Das beginnt mit der Bemessung der eigenen **Zeit** und Aufmerksamkeit,
- geht über die Verordnung teurer und knapper **Medikamente**,
- die Anwendung aufwendiger **Therapien**
- bis zur Präferenz bei der Transplantation seltener **Organe** und
- zur Abwägung bei **der Finanzierung** des gesamten Gesundheitssystems.

Stets sind hier Entscheidungen zu treffen, für die neben den medizinischen Indikatoren im engeren Sinn ethische Vorzugsregeln der sozialen Gerechtigkeit in Anwendung gebracht werden müssen. Darüber hinaus spielen alle diejenigen ethischen Normen eine Rolle, die in **die sozialen Institutionen** 'eingebaut' sind, in denen der Arzt als Arzt tätig wird:

- Dies beginnt bei der elementaren **Rolle** als Arzt (die beispielsweise Hilfeleistung bei Unfällen in einem Maß vorschreibt, die über das der Nicht-Ärzte hinausgeht),
- geht über die jeweils spezifische Funktion in **Kooperation** mit anderen Ärzten und dem Pflegepersonal (wie etwa im Betrieb der Klinik) und die Interaktion im Zusammenhang des Gesundheitssystems
- bis hin zur Wahrnehmung der Rechte und Pflichten innerhalb der Gremien **der Standsvertretung**.

Im Sinne der „**sozialen Vorzugsregel**“ ist abzuwägen:

- Geht die Präferenz bzw. Intensität der Behandlung eines Patienten zu **Lasten** der Behandlung anderer und, wenn ja, ist sie nach den Regeln der Verteilungsgerechtigkeit vertretbar bzw. geboten?

- Ist die Inanspruchnahme **begrenzter Ressourcen** (Zeit, Medikamente, Geräte, Pflege) im vorliegenden Fall unter den genannten Regeln vertretbar bzw. geboten?

#### 2.4 *Ökologische Vorzugsregel:*

Im gegebenen Fall ist den Ansprüchen des ökologischen **Gesamtsystems** der Vorzug zu geben vor den Ansprüchen des ökologischen **Teilsystems**.

#### **Erläuterungen:**

Da zu der **menschlichen Natur**, in der das sittliche Subjekt- und Personsein des Menschen gründet, auch die Eingliederung in das Reich des Lebendigen gehört und der Mensch sein Subjektsein nur in der Vernetzung mit dem ihn umgebenden ökologischen System verwirklichen kann, ist die Wahrung der fundamentalen Funktionen dieses Systems - von der Beachtung des Eigenwerts des Lebens ganz abgesehen - unmittelbarer Ausfluss der Wahrung des Subjektseins selbst.

Die Achtung vor der Person überträgt sich so in abgestufter Weise auf die ihn umgebenden Lebewesen ('Mitgeschöpflichkeit'). Zur Verantwortung des Menschen gehört die Verantwortung für die ihn umgebende Natur. Deshalb lässt sich auch unter dieser Hinsicht eine ökologische Vorzugsregel formulieren, die besagt, dass im gegebenen Fall dem Anspruch des ökologischen Gesamtsystems der Vorzug zu geben ist vor dem des Teilsystems. Da alle sittlichen Ansprüche über das sittliche Subjekt vermittelt sind, ist auch hier der Vorrang der personalen Vorzugsregel zu beachten.

Für die medizinische Ethik hat die ökologische Vorzugsregel gewiss keine primäre, aber eine zunehmende Bedeutung. Man denke nur an die Wichtigkeit der ökologischen Gesichtspunkte in der medizinischen Prävention, an die ethische Beurteilung der Tierversuche oder an die Problematik der ökologischen Folgen der Pharmazie.

Im Sinne der „**ökologischen Vorzugsregel**“ ist abzuwägen:

- Wird durch die ins Auge gefasste **Handlungsoption** das umgebende ökologische System geschädigt und, wenn ja, ist die **Schädigung** vertretbar?
- Wird durch die medizinische oder pharmazeutische **Forschung** das umgebende ökologische System geschädigt und wenn ja, ist die **Schädigung** vertretbar?

#### 2.5 *Vorzugsregel des Ethos:*

Im gegebenen Fall ist den Regeln des Ethos zu folgen, das die konkrete Bedingung der Möglichkeit des sittlichen Subjektseins der handelnden Personen darstellt.

### **Erläuterungen:**

Für die medizinische Ethik ist das Ethos eine unverzichtbare Quelle ethischer Handlungsleitung, und zwar

- nicht nur in Form des **speziellen Rollenethos**, das für den Arzt als den heilenden Helfer einerseits und den Patienten als den Hilfe suchenden Leidenden andererseits maßgeblich ist,
- sondern auch in Form des **gesamtgemeinschaftlichen Ethos**, innerhalb dessen es erst zur Ausbildung dieser Rollen kommt und dem die Rollenträger als Mitglieder angehören.

### **Rollen- und Berufsethos:**

Wie bereits dargelegt, hat das Rollen- bzw. Berufsethos zwar seine Bedeutung als exklusive Quelle der ethischen Handlungsleitung des Arztes verloren, doch heißt dies keineswegs, dass es als ganzes durch andere Quellen ersetzbar wäre.

- Denn wie wir gesehen haben, ist nur der **Rahmen** der ethischen Orientierung des Arztes in Form von **Prinzipien** formulierbar.
- Seine **konkrete Ausfüllung** geschieht durch die Haltungen, Einstellungen und Ideale, die sich die Beteiligten über diese Prinzipien hinaus zu eigen machen. Solche Haltungen, Einstellungen und Ideale aber gewinnen ihre Verbindlichkeit stets durch die Maßgeblichkeit des **Ethos**, als dessen Bestandteile sie begegnen. Sie sind weniger in Form von Handlungsschemata (Regeln bzw. Normen) als in Form von Handlungsdispositionen (**Tugenden**) beschreibbar. Häufig sind solche Handlungsdispositionen mit anderen zu einem zusammenhängenden Muster verbunden, das in Form einer sog. Rolle zu einer Institution geworden ist.

In diesem Sinn finden wir eine Differenzierung des Ethos nach bestimmten Rollen bereits in den sog. archaischen Gesellschaften. Für die moderne Gesellschaft ist die Differenzierung nach bestimmten **Berufsrollen** kennzeichnend, zu denen an wichtiger Stelle die des Arztes gehört. Die Rolle des Arztes zu übernehmen heißt daher bereit zu sein, diejenigen Handlungsdispositionen auszubilden, die Voraussetzung sind für das Verhalten, das die übrigen Mitglieder der Gesellschaft, insbesondere die an Krankheiten und Schmerzen Leidenden, von ihm erwarten. Dazu gehören beispielsweise

- eine **Hilfsbereitschaft**, die in der Situation von Schmerz und Krankheit über die der anderen hinausgeht,
- ferner **Wahrhaftigkeit** und Loyalität gegenüber dem Patienten,
- **Verschwiegenheit** gegenüber Dritten,
- **Gerechtigkeit** gegenüber den betroffenen Anderen,
- **Kollegialität** und Partnerschaft gegenüber den anderen ärztlich oder pflegerisch mit ihm Handelnden.

Zu einer detaillierten medizinischen Ethik gehört daher eine Beschreibung der mit der Rolle des Arztes verbundenen **Tugenden**.

Da Rollen durch wechselseitige Erwartungen zu definieren sind, kann man nicht nur von der **Rolle des Arztes** und der **Rolle der Mitglieder der Pflegeberufe** sprechen, sondern auch von der **Rolle des Patienten**. In diesem Sinn wird in der medizinischen Ethik zunehmend auch von der Notwendigkeit gesprochen, dass der **Patient ein seiner Rolle entsprechendes Ethos ausbildet**. Der Grund liegt auf der Hand:

Soll das Ziel der Heilung durch ein Verhältnis von Arzt und Patient erreicht werden, das nicht nur die unmittelbar medizinisch notwendige *compliance*, sondern auch die wechselseitige Respektierung der je eigenen Handlungsverantwortung umschließt, dann bedingt dies auch von Seiten des **Patienten** die Ausbildung bestimmter ethischer Handlungsdispositionen, und zwar derjenigen, die seiner Rolle in diesem Verhältnis entsprechen.

### **Institutionelle Handlungszusammenhänge:**

Charakteristisch für das **Ethos der modernen Gesellschaft** ist aber nicht nur die Differenzierung nach verschiedenen Berufsrollen, sondern auch deren **Verbindung** zu umfassenderen institutionalisierten Handlungszusammenhängen.

Im **medizinischen Bereich** begegnen als solche **institutionalisierten Handlungszusammenhänge** die Klinik, das Krankenhaus, das Pflege- und Altenheim, die ärztliche Praxis, ja das System der Gesundheitsfürsorge insgesamt. Sollen solche Institutionen die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen, bedarf es über die berufsethische Kompetenz der in ihnen Handelnden hinaus eines gemeinsamen Hand-

lungskonzeptes und eines **gemeinsamen Sinn- und Motivationshintergrundes**. Dies gilt um so mehr, je mehr es über die medizinischen Probleme hinaus um die Konfrontation mit der Kontingenzerfahrung geht, mit unheilbarer Krankheit, Alter und Tod. Der Patient, der sich solchen Problemen gegenüber sieht, erwartet ja nicht nur eine angemessene medizinische Versorgung, sondern auch Hilfe in der ihn existentiell bedrängenden Erfahrung der Kontingenz. Das aber fordert von Arzt und Pflegepersonal eine Einstellung, die ihrerseits nicht ohne einen persönlichen Sinnhorizont des spezifisch beruflichen Tuns zu gewinnen ist.

Hier liegt der Grund, warum der **weltanschaulich neutrale Staat** die Trägerschaft der entsprechenden Einrichtungen bevorzugt den gesellschaftlichen Gruppen überträgt, denen er über die medizinische und pflegerische Kompetenz hinaus solche **Sinn- und Motivationshorizonte** zutraut. Für die Träger bzw. die in ihrem Auftrag Handelnden wird dies umgekehrt zu der Frage, ob und in welcher Weise sie diesen Erwartungen auch zu entsprechen vermögen.

Im Sinne der „**Vorzugsregel des Ethos**“ ist abzuwägen:

- Welche **Ansprüche** erhebt das den Arzt und seinen Patienten übergreifende **Ethos der betreffenden Gesellschaft**? Welche Ansprüche sind für das im vorliegenden Fall maßgebliche Gruppenethos charakteristisch?
- Welche **Forderungen** ergeben sich im vorliegenden Fall aus dem **Berufsethos des Arztes**?
- Welche **berufsethischen Kodices** sind zu beachten?
- Welche Forderungen ergeben sich aus dem **Patientenethos**?
- Welche Forderungen ergeben sich aus den Ansprüchen, die mit der Einrichtung verbunden sind, in der ich ärztlich handle (Krankenhaus, Pflegeheim etc.)?

## 2.6 Vorzugsregel des *individuellen Lebensentwurfs*:

Im gegebenen Fall ist den Gesichtspunkten zu folgen, die dem individuellen Lebensentwurf des Handelnden bzw. des Betroffenen entsprechen.

### **Erläuterungen:**

Gerade eine am Patienten orientierte medizinische Ethik macht deutlich, dass sich das Handeln des einzelnen Menschen nicht nur an den ethischen Prinzipien und an dem Ethos orientiert, dem er durch den sozialen Kontext angehört, sondern in hohem Maß auch an dem, was er ausdrücklich oder unausdrücklich als seinen *individuellen Lebensentwurf*, als sein ganz persönliches Ethos empfindet.

Schon **Aristoteles** wusste, dass zwar alle Menschen die *Eudaimonia*, das gelungene Leben, erstreben, dass aber die Vorstellung von diesem gelungenen Leben im Rahmen des je gesellschaftlich vorgegebenen Ethos für jeden eine andere Gestalt besitzt.

### **Bedeutung für die medizinische Ethik - informed consent:**

Damit zeichnet sich auch bereits ab, in welcher Weise das ethische Kriterium des individuellen Lebensentwurfs für die medizinische Ethik von Bedeutung ist. Da das ärztliche Handeln in die Integrität von Leib und Leben des Patienten eingreift, ist es - wie wir bereits gesehen haben - von der **informierten Zustimmung des Patienten** (*informed consent*) abhängig. Solange der Patient alle Informationen hinlänglich überblicken und seine Entscheidung selbst treffen kann, ist die Lage für den behandelnden Arzt relativ eindeutig.

Schwierig wird es, wenn der **Patient** zur Aufnahme der für seine Entscheidung wichtigen Informationen nur begrenzt oder **gar nicht in der Lage ist** oder aus anderen Gründen keine eigene Entscheidung treffen kann, die medizinische Lage aber eine Entscheidung von Seiten des Arztes erforderlich macht. Muß in solchen Fällen zwischen Behandlung und Behandlungsverzicht bzw. -abbruch oder zwischen verschiedenen Behandlungsalternativen mit unterschiedlichen prognostischen Perspektiven abgewogen werden, ist der **Arzt gehalten, diejenige Entscheidung zu treffen, die der Patient aus den für ihn maßgeblichen Wertüberzeugungen heraus mutmaßlich getroffen hätte**.

Aber auch um eine vom Patienten selbst getroffene Entscheidung in ihrem Sinn nachvollziehen zu können, ist es für den Arzt wichtig, die spezifischen Wertüberzeugungen zu kennen, aus denen der betreffende Patient sein Leben führt und seine Entscheidungen trifft.

Bilden sich aber die handlungsleitenden ethischen Überzeugungen eines Menschen im wechselvollen lebensgeschichtlichen Zusammenspiel von sittlichem Grundanspruch, jeweiligem Ethos und individuellem Lebensentwurf aus, dann lassen sich seine Wertüberzeugungen nicht abstrakt-allgemein, sondern nur im erinnernd-narrativen Nachvollzug der individuellen Geschichte ermitteln, in der sie sich gebildet haben. Diese Art der Ermittlung gilt freilich auch für andere medizinisch relevante Daten. Der Diagnose geht aus diesem Grund die **Anamnese** als eine solche erinnernd-narrative Ermittlung voraus. Die medizinische Ethik der USA spricht in diesem Zusammenhang zurecht von der "**value history**" des Patienten und fordert, dass zur ärztlichen Anamnese auch die **Ermittlung dieser Wertüberzeugungsgeschichte** gehört.

Wie eine solche Ermittlung im einzelnen geschehen kann, bedürfte besonderer Überlegungen. Wichtig ist, dass sie frühzeitig erfolgt. Für einen Patienten, von dem man hinsichtlich seines **Wertprofils** nichts weiß, lässt sich in ethisch prekären Situationen nur schwer aus ärztlicher Perspektive eine verantwortliche Entscheidung treffen. In plötzlich eintretenden Notsituationen wird man auf die Informationen der Angehörigen zurückgreifen oder - wenn auch dies nicht möglich ist - aus der eigenen Wertperspektive entscheiden müssen.

An diesem Beispiel zeigt sich, was für die medizinische Ethik insgesamt gilt: Da jedes Handeln vom Handelnden ethisch zu verantworten ist, gehört zur handlungsleitenden Überlegung des Arztes auch

die ethische Überlegung und sie kann nicht weniger komplex sein als es ethische Überlegungen überhaupt sind. Soll das handlungsleitende Urteil des Arztes professionell verantwortbar sein, dann muss dies auch von dem darin enthaltenen ethischen Urteil gelten. Das aber bedeutet, dass der Arzt sein ethisches Urteil nicht nur intuitiv zu treffen, sondern auch reflexiv nach den verschiedenen Kriterien zu prüfen und zu rechtfertigen vermag. Und so wie zur ärztlichen Diagnose die ethische Überlegung gehört, gehört zur Ausbildung der ärztlichen Urteilskompetenz auch die der ethischen Kompetenz.

Im Sinne der „**Vorzugsregel des individuellen Lebensentwurfs**“ ist abzuwägen:

- Wie ist das für den betreffenden Patienten charakteristische Wertprofil (*value history*) beschaffen?
- Welche **Kriterien** ergeben sich daraus für die ärztliche Entscheidung?
- Welche **Ansprüche** ergeben sich aus dem individuellen Wertprofil des handelnden Arztes?

## 4 WÜRDE UND SCHUTZ DER PERSON: DER STREIT UM DEN PERSONBEGRIFF IN DER NEUEREN BIOETHISCHEN DISKUSSION

### 4.1 Zur problematischen Unterscheidung der Begriffe „Mensch“ und „Person“

In der **neueren Bioethik**, vor allem in der derzeitigen Abtreibungs- und Euthanasiediskussion, erlebt der Person-Begriff eine neue Renaissance. Er zeichnet sich vielfach dadurch aus, dass er nicht deckungsgleich Anwendung findet wie der Begriff Mensch. Vielmehr wird die Zuschreibung von Personalität abhängig gemacht vom aktuellen Besitz bestimmter Eigenschaften und Zustände, die den Menschen erst zur Person qualifizieren. Diese Positionen geben für Personsein ein Kriterium an, das einen **Tauglichkeitserweis** verlangt auf der Basis, dass die begriffliche Unterscheidung von Leben und Personsein zur realen gesteigert wird, so als ließe sich das letztere vom ersteren trennen. Solches Personsein muss sich erst beweisen und eigentlich auch beständig dokumentieren.

Die damit gegebene Unterscheidung zwischen "Mensch" und "Person" ist in dieser Weise der **kontinentaleuropäischen Tradition** der Ethik und Anthropologie fremd. BOETHIUS (475-525) definierte Person wirkmächtig als „*individua substantia naturae rationalis*“, d.h. als eine „*individuelle Substanz von rationaler Natur*“. Jeder Mensch ist unabhängig von seiner Leistung, seinen Vermögen oder anderen qualifizierenden Eigenschaften ein seinem Wesen nach mit Vernunft begabtes individuelles Lebewesen, ein Individuum der Spezies *homo sapiens* und damit auch Person.

Die **moderne Trennung von Person- und Menschsein** kann im Personbegriff des Empiristen JOHN LOCKE und der sich daran anschließenden Diskussion bei Berkeley und Hume in gewisser Weise auf einen historischen Vorläufer zurückblicken. Sie ist nicht nur von theoretischem Interesse, sondern hat unübersehbare Konsequenzen für den Umgang mit Fragen um Leben und Tod, Lebensanfang und Lebensende. Die Unantastbarkeit, die mit dem Personbegriff kontinentaleuropäisch dem Menschen qua Menschen zugesprochen worden war und die sich im Begriff der Menschenwürde niederschlug, wird damit auf diejenigen Menschen restringiert, die über genau jene Eigenschaften verfügen, die sie gemäß der oben genannten Unterscheidung, d.h. im engeren Sinne als Personen ausweisen. **So gibt es Menschen, die keine Personen sind und Personen, die nicht notwendig Menschen sein müssen.** Nur Personen aber, so die Vertreter eines **aktualistisch-qualitativen Personbegriffs**, haben Anspruch auf Respektierung ihrer Autonomie, nur ihnen gegenüber gilt Gerechtigkeit. Ansonsten gilt, dass ihnen jener Schutz gebührt, der ganz generell betrachtet empfindende und deshalb leidensfähige Wesen beanspruchen können.

Diese vor allem mit Blick auf die Schutzwürdigkeit des Menschen höchst problematische Neubestimmung von Personalität ist selbst Reaktion auf zentrale medizinethische Fragen, bei denen es unklar ist, ob und wie ein der Gattung Mensch zugehöriges Wesen in einem bestimmten Zustand oder ein Wesen mit unklarem menschlichem Status von unserem üblichen System moralischen Urteilens erfasst wird. **Dies gilt**



***insbesondere bei der Behandlung missgebildeter Neugeborener, bei irreversibel komatösen Patienten, bei Euthanasie oder Sterbehilfe und bei Selbstmord.*** Da die in solchen Fällen auftretenden Unklarheiten, so wird argumentiert, aus der problematischen Zuschreibung mentaler und psychischer, kognitiver (das Erkennen betreffende) wie volitionärer (das Wollen betreffende) Eigenschaften resultieren, sei es "Sache einer begrifflich-empirischen, weniger einer direkt moralischen Analyse", diese aufzuhellen.

#### **4.1.1 Der „Speziesismus“-Vorwurf und die Kritik an der „Sanctity of Life-Doctrine“**

Die „Lehre von der Heiligkeit des (menschlichen) Lebens“ sowie die Rede von der Menschenwürde als implizite Basistheorie jeglicher deontologischer Ethik werden in bestimmten Ausprägungen der biomedizinischen Ethik als Hindernis betrachtet, das den Blick auf die Erfordernisse einer "Neuen Ethik" verstelle.

- Sie werden nicht nur verdächtigt, die zentrale Ideologie eines „Speziesismus“ zu sein, der Moral an biologische Gattungsgrenzen knüpft; ihnen wird auch vorgeworfen, dass die damit verbundene "Lehre von der Heiligkeit des Lebens" selbst inkonsistent und damit „*intellectually unsatisfactory*“ sei, da sie ihr absolutes Credo in der Praxis, z.B. in Situationen von Notwehr und Krieg, nicht uneingeschränkt durchhalten können.
- Die sich in ihnen manifestierende gnadenlose Arroganz einer spezies-zentrierten Weltanschauung hänge zusammen mit dem Heils-, Welt- und Menschenbild der christlichen Religion, die den Menschen in das Zentrum der Schöpfung stelle, die aber für eine konsistente philosophische Begründung nicht von Belang sei.
- Die „Lehre von der Heiligkeit des Lebens“ mag zwar, so wird anerkannt, Sinn tragend sein in einer religiös-weltanschaulichen „closed society“, worin die Religion die Moral restlos absorbiere, sie könne aber als mythisch überkommene Heilsinszenierung einer weltanschauungsfreien Rechtsordnung und einer auf einen ethischen Minimalkonsens ausgehenden pluralistisch-säkularen Gesellschaft niemand mehr zugemutet werden.
- Ohne ihren religiös-weltanschaulichen Kontext bleibe vom Begriff der „Menschenwürde“ daher nichts weiter als eine „Leerformel“ übrig, die sich als eine Beschwörungsstrategie angesichts von Argumentationssnöten und als willkürliche, ideologische Selbstausszeichnung des Menschen erweise.
- Da Menschenwürde, so der Verdacht, dabei allein aus der biologischen Taxonomie gewonnen werde und folglich lediglich auf einem unbegründbaren „Speziesismus“ basiere, menschliches Leben für sich betrachtet aber eine rein biologische, naturwissenschaftlich konstatierbare Eigenschaft sei, die als Grundlage moralischer Zuschreibungen nicht hinreiche, sei der Begriff der Menschenwürde gänzlich untauglich als Basisbegriff der Ethik.

Der Speziesismus-Vorwurf richtet sich vor allem gegen die Gleichsetzung von menschlichem Leben und menschlicher Person. Denn es sei schwierig, bereits in Föten, die zweifelsohne der Spezies homo sapiens angehörten, Personen zu sehen. Das Kriterium der Speziesangehörigkeit als Grund der Zuschreibung von Personalität habe daher, so wird festgestellt, „unter Philosophen jede Überzeugungskraft verlo-

ren". Dies sei, so zeige die vorgetragene Kritik, „*inzwischen fast allgemein akzeptiert*“.

Da nun offenbar, so wird gefolgert, nicht allen menschlichen Lebewesen ein für das moralische Urteil relevanter Status zugeschrieben werden könne, so bedürfe es der Entwicklung von "zwingenden", das heiße aber theoretisch-anthropologischen, wenn nicht empirisch verifizierbaren Kriterien, die den Menschen als Person qualifizieren. Solche Kriterien müssten dabei auf Eigenschaften bezogen werden, die der Person nicht nur potentiell (denn dies liefe auf eine Einführung des Speziesismusarguments gleichsam durch die Hintertür hinaus), sondern wie etwa Selbstbewusstsein, Erinnerung, interpersonale Relationalität etc. aktuell konstatierbar zugeschrieben werden könnten.

#### **4.1.2 Aktualistisch-qualitative Personenbegriffe und ihre Konsequenzen für die Schutzwürdigkeit des Menschen**

Die Vertreter eines aktualistisch-attributiven Personbegriffs können mehr oder weniger direkt an den Personbegriff des englischen Empiristen JOHN LOCKE (1632-1704) anknüpfen. Im Gefolge seiner Ablehnung von substantialen Formen der Scholastik überhaupt kommt er zu einer Ablehnung des substantialistischen Personbegriffs.

An seine Stelle setzt er einen Personbegriff, der Personalität mit der Fähigkeit zu **Selbstbewusstsein** identifiziert. Locke erkennt dabei keine dem Selbstbewusstsein vorausliegende Identität weder des Subjekts noch der Person an. Personale Identität wird ausschließlich durch das Selbstbewusstsein konstituiert. Selbstinteresse, Sorge um Glück im Zusammenhang des Vermögens von Erinnerung und Zukunftsentwurf sind die praktischen Wurzeln der personalen Identität, die das Selbstbewusstsein mit elementarer Kraft zu seiner Einheit bringe.

Locke kommt zu dem **Ergebnis**, dass die Person keine der religiösen und moralischen Qualität des einzelnen Menschen vorausliegende Bestimmung seiner Würde mehr sei, sondern das Ergebnis eines subjektiven Prozesses, in dessen Verlauf Person erst durch sich selbst zu dem wird, was sie ist. Lockes Theorie wurde zum Paradigma der angelsächsischen empiristischen Definition von Person und findet sich mit Variationen bei einer Reihe von neueren Autoren wieder, die ethische Grenzprobleme der Bioethik zu lösen versuchen:

- So benennt etwa M. TOOLEY als Rechtsgrund für die Möglichkeit der Personzuschreibung die „Bedingung des Selbstbewusstseins“, mit der Folge, dass nur dasjenige Wesen als Person angesprochen werden kann, das über "einen Begriff des Selbst als eines fortdauernden Subjekts von Erfahrungen und anderen mentalen Zuständen verfügt, sowie glaubt, dass es selbst eine solche fortdauernde Entität [Seiendes] darstellt". Personen müssen über die Fähigkeit zu wünschen, und über Lebensinteresse verfügen können. Da das Tötungsverbot nur angewandt werden könne gegenüber Personen mit Lebenswunsch, und da Lebewesen ohne Selbstbewusstsein keinen Lebenswunsch haben, schade man solchen Wesen nicht, wenn man sie tte. Tooley lässt daher ein graduelles Lebensrecht erst zehn bis zwölf Wochen nach der Geburt gelten, das darüber hinaus ebenso graduell auch wieder verwirkt werden könne.

- Ähnlich legte bereits in den frühen 70er Jahren der protestantische Theologe JOSEPH FLETCHER ein „*tentatives Profil des Menschen*“ vor, das einen großen Einfluss auf

die bioethische Diskussion ausübte. Fletcher unternimmt es, positive und negative "Indikatoren" für ein durchschnittliches Profil des Menschen zu sammeln. Als positive Kriterien nennt er: "minimale Intelligenz, Selbstwahrnehmung bzw. Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Sinn für die Zeit, Sinn für die Zukunft, Sinn für die Vergangenheit, Beziehungsfähigkeit, Fürsorglichkeit, Kommunikation, Existenzkontrolle, Neugier, Veränderbarkeit, Gleichgewicht zwischen Rationalität und Gefühl, etc.." Diese distinktiven Merkmale, die ein summarisches anthropologisches Profil ergeben, werden zu "exklusiven" Gesichtspunkten im Vergleich zu jenen Gattungsgliedern, die diesem Profil nicht entsprechen. Sie führen notwendig zu selektiven Gesichtspunkten des Ausschlusses von Menschen aus dem Kreis derer, denen Würde zugesprochen werden kann.

- Nach TRISTRAM ENGELHARDT JR. sind Personen "in the strict sense" nur solche Wesen, "who are the constituents of the moral community. Only persons are concerned about moral arguments and can be convinced by them. The very notion of a moral community presumes a community of entities that are self-conscious, rational, free of choice, and in possession of a sense of moral concern."

Weisen menschliche Wesen diese Eigenschaften noch nicht oder nicht mehr auf, ist aber deren "soziale Rolle", wie etwa bei **Kindern**, sobald sie über elementare Formen sozialer Kommunikation verfügen, gegeben, dann führt dies dazu, dass Menschen häufig betrachtet werden „as if they were persons strictly, even though they are not". Solche Wesen sind aufgrund dieses „utilitaristischen Konstruktes" dann als „**social persons**" anzusprechen. Dies kann jedoch nicht verhindern, dass die Grenzziehung zum bloß biologisch-menschlichen Leben wie auch die Behandlung von „**social persons**" als „**persons**" immer ein bewusster Akt willkürlicher Setzung (*arbitrary*) bleibt. Wenn aber die soziale Rolle lediglich durch ein wandelbares Bezugssystem gesellschaftlicher Zuträglichkeiten definiert ist, dann, so ist zu folgern, unterliegt auch die Zuschreibung von **sozialer Personalität** etwa gegenüber **Behinderten** einem nicht unerheblichen und geschichtlich bedingten Wandel. Sind menschliche Wesen jedoch nicht als „**social persons**" anzusprechen, wie etwa **Säuglinge**, dann verfügen sie über keinen qualifizierten moralischen Status. Der Umgang mit ihnen, wie auch mit **Embryonen** und **Föten**, ist letztlich eine Frage von Eigentumsrechten: **Moralische Pflichten** bestehen im wesentlichen nur gegenüber den Besitzern, in der Regel also gegenüber den Eltern, die als Eigentümer das Recht haben, ihre Embryonen an andere zu verkaufen.

- Einen **aktualistischen Personenbegriff** vertritt auch der australische Philosoph PETER SINGER. Er bettet ihn ein in sein Ethikkonzept eines „**Präferenz-Utilitarismus**". Unvermittelt ins Zentrum ethischer Überlegungen rückt dabei der Begriff des „**Interesses**", wobei verschiedene Interessen je nach ihrer Wichtigkeit unterschiedlich bewertet werden müssen.

Für das ethische Urteil und mit Blick auf Gerechtigkeitsüberlegungen ist dabei von der Gleichheit aller Menschen bzw. der Gleichbehandlung aller Interessen auszugehen. Denn jene Positionen, welche die „**moralische Persönlichkeit**" als Grundlage der Gleichheit betrachten, eignen sich nicht zur Urteilsfindung. Denn es sei „*nicht wahr [...], dass alle Menschen moralische Personen seien, nicht einmal im minimalsten Sinn. Säuglinge und Kleinkinder, auch manche geistesgestörten Menschen, haben den nötigsten Gerechtigkeitsinn nicht. (...) Somit verschafft der Besitz einer 'moralischen Persönlichkeit' keine befriedigende Basis für das Prinzip, dass alle Menschen gleich sind.*" Singer fährt fort: „*Ich bezweifle, dass irgendeine natürliche Eigenschaft (...) diese Funktion erfüllen kann, denn ich bezweifle, dass es irgendeine moralisch signifikante Eigenschaft gibt, die alle Menschen im gleichen Maße besitzen.*"

Als Prinzip und Grundlage der gesuchten Gleichheit lässt Singer nur die **gleiche Abwägung der Interessen** gelten. Zu den wichtigsten Interessen, die nicht nur der Gattung Mensch, sondern allen Lebewesen zugeschrieben werden kann, zählt für Singer die Vermeidung von Leiden bzw. die Linderung von physischer Schmerzempfindung. Folglich ist "**Empfindungsfähigkeit** (*sentience*)" überhaupt die Bedingung, um einem Wesen überhaupt **Interessen** zuschreiben zu können.

*„Wenn ein Wesen leidet, kann es keine moralische Rechtfertigung dafür geben, sich zu weigern, dieses Leiden in Erwägung zu ziehen. Es kommt nicht auf die Natur des Wesens an - das Gleichheitsprinzip verlangt, dass sein Leiden ebenso zählt wie das gleiche Leiden - soweit sich ein ungefährender Vergleich ziehen lässt - irgendeines anderen Wesens. Ist ein Lebewesen nicht leidensfähig oder nicht fähig, Freude oder Glück zu erfahren, dann gibt es nichts zu berücksichtigen. Deshalb ist die Grenze der Empfindungsfähigkeit (...) die einzig vertretbare Grenze für die Rücksichtnahme auf die Interessen anderer.“* Sensibilität konstituiert mithin eine ethische Solidargemeinschaft, die nicht an den "willkürlichen" Gattungsgrenzen halt macht.

Nach Festlegung der Geltung des Prinzips ergeben sich jedoch nicht zu übersehende gravierende Probleme mit jenen moralischen Normen, die auf die Gattungsgrenze Rücksicht nehmen. Die Lehre von der "*Heiligkeit des menschlichen Lebens*" mutet hierbei als ein willkürlich festgesetztes Relikt einer ideologischen Grenzziehung an, die dazu führt, dass wir unterschiedlos alle Mitglieder unserer biologischen Gattung zur „*moral community*“ rechnen. Tatsächlich aber, so Singer, halten wir nur "Personen" für moralisch zurechnungsfähig, die über Interessen verfügen und Wünsche äußern können, die fernerhin zusätzliche moralische Fähigkeiten und moralisch relevante Eigenschaften wie etwa „*Selbstbewusstsein*“, „*Rationalität*“ und „*Sinn für die Zukunft*“ besitzen.

Das Leben von Personen hat nun aber

- aufgrund des Vorliegens einer entsprechenden **Präferenz** ein größeres Gewicht
- als das von Wesen, die kein Selbstbewusstsein besitzen und bloß über **Empfindungsfähigkeit** verfügen wie bestimmte *Tiere*, menschliche *Föten* und *Säuglinge*.
- Da menschliches Leben in seinen frühen Entwicklungsstadien darüber hinaus **nicht einmal empfindungsfähig** ist, liegen in Bezug auf menschliche *Zygoten* und frühe *Embryonen* nach Singer überhaupt keine Präferenzen vor, die hier zu berücksichtigen wären. Sie unterscheiden sich deshalb in moralisch relevanter Weise nicht von entwickelten nicht-menschlichen Säugetieren.

Wie es aber

- Mitglieder der Gattung *homo sapiens* gibt, so Singer, die wie etwa *Föten* und *Säuglinge* nicht über *Selbstbewusstsein* verfügen und daher keine Personen sind,
- so ist auch davon auszugehen, dass es **Tiere** gibt, die über ein bestimmtes Maß an *Selbstbewusstsein* verfügen, das es erlaubt, sie als „Personen“ zu betrachten. Daher scheint es Singer sinnvoller, den Respekt vor der Person durch den gegenüber allen **empfindenden Wesen** zu ersetzen.

Kommt es nun zu **Interessenskonflikten**, so genießen die Präferenzen des graduell höher "begabten", nur bewussten oder gar selbstbewussten Wesens den Vorzug. Was Singer damit vertritt, ist ein **graduelles Wertkonzept**, worin sich Stufen von Selbstbewusstsein bzw. Rationalität mit Stufen von Werthaftigkeit verbinden. Infantizid kann daher nicht in jedem Fall verboten sein. Wenn aber aus dem potentiellen Personstatus eines Fötus keinerlei Rechte abgeleitet werden können, so gilt diese Restriktion *per definitionem* auch für Neugeborene.

*"Wenn der Fötus nicht denselben Anspruch auf Leben wie eine Person hat, dann hat ihn das Neugeborene offensichtlich auch nicht, und das Leben eines Neugeborenen hat also weniger Wert als das Leben eines Schweins, eines Hundes oder eines Schimpansen. (...). Ein Neugeborenes ist nicht imstande, sich selbst als ein Wesen zu sehen, das eine Zukunft haben kann oder nicht, und daher hat es auch keinen Wunsch weiterzuleben. Wenn ein Recht auf Leben auf der Fähigkeit beruhen muss, weiterleben zu wollen, dann kann ein Neugeborenes aus dem gleichen Grund kein Recht auf Leben haben. Schließlich ist ein Baby kein autonomes Wesen, das fähig zu Entschlüssen wäre - es töten kann daher nicht heißen, dass man das Prinzip des Respekts vor der Autonomie verletzt. (...) Falls man in dieser Sache ein Gesetz zu machen hätte, dann dürfte man dem Kind wohl nur innerhalb einer kurzen Zeitspanne nach der Geburt, vielleicht für einen Monat, ein volles legales Recht auf Leben absprechen."*

Diese Aussagen erfahren eine Verschärfung durch die Anwendung des *Nützlichkeits-, Maximierungs- und Universalisierungsprinzips* des **Utilitarismus** auf das Problem des Umgangs mit stark **behinderten Kindern**. Denn will man das Maß bestimmen, in dem das Leben selbst als wertvoll empfunden wird, so ist nach Singer dem Verhältnis von Lust zu Unlust bzw. Schmerz großes Gewicht beizulegen. Es sei zwar, so Singer, *"nicht direkt falsch, ein Kind zu zeugen, das unglücklich sein wird; aber wenn ein solches Kind einmal existiert, würden wir, weil sein Leben nichts als Elend sein kann, die Summe des Schmerzes in der Welt durch einen Akt der Euthanasie verringern"*.

Neben den aufgezeigten aktualistischen Personbegriffen gibt es eine Vielzahl ähnlich strukturierter Versuche, den Personbegriff zu definieren.

- So wollen den Schwierigkeiten des Personbegriffs andere Philosophen mit einer **„kontraktualistischen Methode“** begegnen. Danach werden moralische Regeln so eingeführt und begründet, dass sie real oder ideal in einer Gemeinschaft von Akteuren gelten bzw. in dieser Gemeinschaft eine Mehrheit finden. Föten jedoch können nicht an Abstimmungen teilnehmen; folglich sind sie schon durch die Wahl der Begründungsmethode aus dem Bereich der Moral ausgeschlossen, will man nicht indirekte Konstruktionen (Stellvertreter/ Quasiteilnehmer) bemühen.
- Auch wenn - wie bei PARFIT - die Einheit der Person in der Kontinuität psychischer Zustände verortet wird, so ist einem menschlichen Wesen der Personstatus abzuspreehen, wenn diese Kontinuität nicht mehr oder nur in geringem Maß besteht.
- Ist das Subjekt nichts anderes als das neuronale Substrat wie bei LOCKWOOD und SASS, so kann das Personsein erst mit dem Hirnleben beginnen.
- Berechtigt wie bei JOEL FEINBERG nur der aktuelle Besitz der relevanten *„Commonsense-Kriterien“* dazu, von "Personen" zu sprechen, so greift dieses *„Actual-Possession-Criterion“* bei Kindern erst während des zweiten Lebensjahres und führt zudem zum Problem, dass Menschen, die Personen sind, zumindest zeitweilig, etwa bei reversiblen Bewusstseinsverlust, den Personstatus verlieren.

#### **4.1.3 Kritik und mögliche Gegeneinwände**

In gewisser Hinsicht findet in den aufgezeigten Positionen eine Umkehrung der Verhältnisbestimmung der Begriffe "Mensch" und "Person" statt. Denn in der **kontinentaleuropäischen Tradition** wird der Personbegriff nicht enger, sondern weiter als

der Begriff „Mensch“ gebraucht. Person sind demnach all diejenigen Wesen, die aktuell oder potentiell über Vernunft, mithin im angegebenen Sinn über die Möglichkeit zur sittlichen Autonomie verfügen. Die Tradition hat recht darin, dies nicht nur leib-seelischen Vernunftwesen zuzuschreiben, sondern jeglichem Vernunftwesen, sei es nun endlich oder - wie im angenommenen Fall eines göttlichen Wesens - unendlich, sei es bereits aktuell oder nur potentiell (wie etwa Föten) als vernünftig zu qualifizieren.

Allen hier dargestellten Positionen, die insgesamt von einem qualitativ gehaltvollen Begriff des sittlichen Subjekts ausgehen, ist zudem gemeinsam, dass auf dem Hintergrund der Unterscheidung von Personen und menschlichen Wesen nur ersteren ein Anspruch auf Respektierung ihrer Autonomie und damit Würde und Schutz zukommt; für alle übrigen gilt, dass ihnen jener Schutz gebührt, der ganz generell betrachtet empfindende und deshalb leidensfähige Wesen beanspruchen können. Sittliche Verbindlichkeit reduziert sich damit auf Mitleid. Mehrung des Glücks bzw. Minderung des Leids werden zum maßgeblichen Kriterium des ethisch zu rechtfertigenden Handelns.

- Ohne sich auf eine detaillierte Kritik der von den einzelnen Positionen in Anspruch genommenen philosophisch-ethischen Basistheorien einzulassen, ist Skepsis angebracht, ob es wirklich möglich ist, auf nicht-willkürliche und wertneutrale Weise mit den Mitteln der Deskription (und in diesem Rahmen bleiben letztendlich auch alle diese Versuche) zu definieren, was eine "Person" ist.
- Darüber hinaus drängt sich der Verdacht auf, dass dem Versuch, einen moralisch-praktischen Begriff - wie den der Person und der Personwürde - zuerst mit Mitteln der **theoretischen Vernunft** zu fundieren und ihm dann in einem zweiten Schritt erst moralische Relevanz zu sichern, ein klassischer **Sein-Sollen-Fehlschluss** zugrundeliegt.
- Die Diskussionen belegen zudem eine bedenkliche Abhängigkeit der Ethik als Sollenswissenschaft vom Ist-Zustand der Naturwissenschaften, insofern sie den Eindruck erwecken, „*dass andauernd Amputationen vorgenommen werden müssten, um den Einklang mit technologischen Entwicklungen 'ethisch' nicht zu verfehlen*“.
- Die Frage nach der Menschenwürde und dem Personsein ist zudem nicht primär ein theoretisches, sondern ein praktisches Problem, weniger eine Frage der Metaphysik, als der Ethik.
- Auch der zum Ausgangspunkt gewählte **Speziesismus-Vorwurf** verfehlt den Grund der Zuschreibung von Person- und Menschenwürde für alle Mitglieder der Gattung Mensch in der traditionellen nicht-utilitaristischen Ethik. Denn „*die Zugehörigkeit zur biologischen Gattung*“ begründet zwar nicht den Anspruch auf sittliche Anerkennung, „*aber sie ist das Kriterium, an das wir uns halten müssen, wenn wir an der Universalität der Achtung vor dem Menschen festhalten und die sittliche Anerkennung nicht von bestimmten Qualifikationen abhängig machen, sondern dem Menschen als Menschen zuordnen wollen*“.
- Problematisch ist ferner nicht nur die Tatsache, dass die aus den vorgestellten **aktualistisch-qualitativen Personbegriffen** gezogenen Konsequenzen des Umgangs mit menschlichem Leben der sittlichen Grunderfahrung widersprechen, deren Auslegung als faktischen Ausgangspunkt und nicht deren Widerlegung das kritische Geschäft der Philosophie ausmacht; auch dass die vorgetragenen Theorien vor allem in ihren utilitaristi-

schen Varianten auf Prämissen beruhen, die philosophisch zumindest problematisch sind, sollte bei Fragen, die den Umgang mit Leben und Tod betreffen, zur Vorsicht mahnen. „Nur wenn ich, wie dies von Hume bis Singer geschieht, die Person nicht als Substanz, sondern als ein Bündel von Attributen betrachte, muss ich ihre Existenz von der Aktualität dieser Attribute abhängig machen und die Potentialität zur Entwicklung solcher Attribute als Fiktion betrachten. Nichts aber zwingt dazu, eine solche Metaphysik zu vertreten. Identität in der Zeit mag sich in psychischer Kontinuität manifestieren, doch lassen sich gute Gründe anführen, dass sie nicht, wie Locke und seine Nachfolger meinen, in dieser Kontinuität besteht.

Die Strategie einer Differenzierung von Mensch und Person ist überdies zurecht als argumentativ „unökonomisch“ bezeichnet worden, denn "Personalität ist ein *hinreichendes* Kriterium für Lebensschutz, aber das Fehlen von Personalität kein ausreichender Grund, das Tötungsverbot aufzuheben."

## 4.2 Praktische Selbstzuschreibung und das Prinzip der unbedingten Anerkennung nach I. Kant

Weit weniger häufig als auf den Locke'schen Personbegriff wird in der aktuellen bioethischen Diskussion auf KANTS begriffliche Bestimmung der Person als „**Zweck an sich selbst**“ verwiesen. Dies mag verwundern, da sie die begriffliche Möglichkeit an die Hand gibt, einen Personbegriff und einen begründeten Gedanken von der Würde des Menschen zu entwerfen, der vermittelt der praktischen Selbstzuschreibung auf das Prinzip unbeding-bedingungsloser Anerkennung des anderen als Person führt und dabei die Frage nach der Würde des sittlichen Subjekts zur Frage der Ethik schlechthin macht.

Kants Ethik eröffnet die Möglichkeit, die dem sittlichen Subjekt eigene Dignität als schlechthin universal dem Menschen als Menschen zukommend zu denken. Dabei ist die Universalität der Ausdehnung des sittlichen Subjektseins und die Unabweisbarkeit der Verbindlichkeit des sittlichen Anspruchs nicht Sache des sozialen Status, sondern jedermann zueigen; sie ist nicht Sache der Leistung, der Qualifikation, der Aktualität bestimmter Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, soziale Interaktion oder Erinnerung.

Nach KANT ist eine *metaphysisch-theoretische* Betrachtung dessen, was in der Tradition unter Person verstanden wurde, aufgrund der Konstitutionsleistungen **der theoretischen Vernunft**, die immer auf Gegenstände möglicher Erfahrung bezogen ist, nicht einlösbar. Dagegen bietet die **praktische Vernunft** eine Möglichkeit, im Rahmen einer *Metaphysik in praktischer Absicht* den Personbegriff neu zu entwerfen.

Kant geht dabei aus vom **unmittelbaren Bewusstsein der sittlichen Grunderfahrung** des Subjekts. Diese sittliche Grunderfahrung, die weder durch sinnenfällige Anschauung noch durch begriffliche Reflexion vermittelt ist, besteht in der Unbezweifelbarkeit der Sollenserfahrung, die als "*Faktum der Vernunft*" (KpV A 56) nicht wiederum ableitbar ist aus der Bezogenheit der theoretischen Vernunft auf die unter dem Diktat der Naturkausalität stehende Welt der Empirie.

**Sittliche Grunderfahrung** bedeutet, sich als ein vernünftiges Wesen zu erfahren, das sich selbst und alle anderen, die sich grundsätzlich unter gleichen Ansprüchen

erfahren können, unter einem sittlichen Anspruch stehend betrachtet und als ein unter der Bedingung der Freiheit handelndes Subjekt anerkennt. Das sittliche Subjekt erfährt sich darin als etwas Letztes und Unbedingtes, als "*Zweck an sich selbst*" (GMS A/B 69). Die **sittliche Erfahrung** zwingt dazu, über den Raum der Naturdinge hinaus ein "*Reich der Zwecke*" (GMS A/B 75) als transempirische Größe, als „*mundus intelligibilis*" (GMS A/B 83) zu postulieren. Nach Kant ist vernünftiger Selbstbezug als Person zugleich ein **Akt der Selbstbeziehung** wie ein **Akt der unbedingten Anerkennung anderer Vernunftwesen als solcher**. Er hat seinen Ursprung in der Achtung, mit der wir Gesetzen begegnen, die sich auf "*Zwecke an sich beziehen*".

Diese **Anerkennung** beruht aber nun nicht - wie im Fall rechtlicher Verhältnisse (vgl. etwa bei J.G. Fichte und G.W.F. Hegel) - auf der Bedingung der Wechselseitigkeit. **Sie ist nicht relative oder relationale Anerkennung**. Vielmehr besteht sie unabhängig davon, ob sie von Seiten dessen erwidert wird, dem die Anerkennung gilt. Bedingungslose Anerkennung kann daher von ihrer Richtung her nur als einsinnige gedacht werden. **Sie macht die Gegenanerkennung nicht zur Bedingung**. Sie liegt auch dann vor, wenn der so als Person Anerkannte sich gar nicht handelnd auf den ihn Anerkennenden bezieht, etwa weil er gar nichts von ihm weiß oder - warum auch immer - dazu nicht imstande ist. Denn die **Forderung des Sittengesetzes** ist nach Kant eine **kategorische**, d.h. sie **gilt ganz unabhängig vom Tun und Lassen eines anderen**. Jede Begegnung mit fremdem personalem Dasein enthält somit die bedingungslose moralische Forderung, die eigene Willkür zu beschränken und dies unbedingt. Gleich also, wie jemand sich verhält, gleich welche privaten Absichten man selbst und jemand anders unterhält, gleich auch, ob der andere über aktuelles Selbstbewusstsein oder andere ins Auge springende Eigenschaften verfügt, als Wesen der Vernunft begegnet uns jedes menschliche Wesen, sofern es nur intuitiv plausibel der grundsätzlich durch Vernünftigkeit ausgezeichneten Spezies homo sapiens angehört, als Zweck an sich, den es zu achten gilt.

#### FAZIT

- ⇒ Die Zugehörigkeit zur Spezies Mensch, d.h. zur Gattung endlich-vernünftiger Wesen, ist dabei nicht Grund der Anerkennung und Zuschreibung von Personalität, sondern lediglich Indiz für den mit empirischen Mitteln nicht eruierbaren Bezugsort unbedingter Anerkennung.
- ⇒ Folglich wären, so ließe sich aus der Logik des Gedankengangs folgern, auch Embryonen, Föten, komatöse Patienten und Behinderte jeder Art und gleich welchen Schweregrades uneingeschränkt unter den Begriff der Person zu subsumieren.
- ⇒ Ihnen kommt uneingeschränkt *personale Würde* zu, und sie haben vorbehaltlos *Anspruch auf Schutz ihres Lebens*.
- ⇒ Der im **Menschenrechtsethos** garantierte **Schutz des menschlichen Leben** umfasst folglich grundsätzlich **zwei Momente**:
  1. er wird zum einen mit der Unantastbarkeit der Würde des Menschen begründet;
  2. zum anderen wird die dem Menschen zukommende Würde und das davon abgeleitete gleiche Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit auf alle Individuen der



Gattung ausgedehnt - ohne Ansehen der Rasse, des Geschlechts, der Religion, des Verdienstes, persönlicher Eigenschaften, Krankheiten und Behinderungen.

Offensichtlich macht es das **Proprium des Menschenrechtsgedankens** aus, beide Momente, die man auch als

- *Personprinzip* einerseits und
- *Naturprinzip* andererseits bezeichnen könnte, als eine unlösliche Einheit zu betrachten.

## 5 AUSGEWÄHLTE PROBLEMFELDER DER MEDIZINISCHEN ETHIK

### 5.1 Technisch-molekularbiologische Eingriffe in das menschliche Leben

In den letzten 25 Jahren haben sich Molekularbiologie und Genetik mit großer Geschwindigkeit entwickelt. Vor allem **In-Vitro-Fertilisation**, **Genomanalyse** und **Gentherapie** sollen in Forschung und Abwendung zunehmend dazu beitragen können, menschliches Leiden zu verhindern oder es doch zumindest zu verringern.

#### 5.1.1.1 Neue technische-humanbiologische Handlungsmöglichkeiten

- Die **extrakorporale Befruchtung** oder **In-Vitro-Fertilisation** (Befruchtung im Reagenzglas) soll dazu beitragen, Ehepaaren ihren Kinderwunsch zu erfüllen vor allem in Fällen, in denen eine natürliche Befruchtung wegen mangelnder Funktionsfähigkeit der Eileiter der Frau bislang nicht möglich war.
- Die **Genomanalyse** wird in den Bereichen der Prä- und Postnataldiagnose zunehmend mit dem Ziel eingesetzt, drohende Erblichen frühzeitig zu erkennen, um entweder die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch klären oder rechtzeitig mit der Behandlung beginnen zu können. Künftig wird sie präventiv dem Einzelnen Risikofaktoren aufzeigen können, die für seine Lebensführung - unter Umständen auch für die Wahl des Arbeitsplatzes - von erheblicher Tragweite sein können.
- Schließlich erscheint es nicht ausgeschlossen, eines Tages bestimmte monogene Erblichen auf dem Wege einer **Gentherapie** zu heilen. Andere wichtige Entwicklungen auf dem Gebiet der Gentherapie können heute noch nicht genau übersehen werden.

In-Vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie bieten dem Menschen *Chancen*, deren Ausmaß noch kaum abgeschätzt werden kann. Dabei lässt sich nicht verkennen, daß die neuen technischen Möglichkeiten keineswegs geringe *Risiken* in sich bergen, vor allem aber im Falle fehlenden Verantwortungsbewusstseins missbraucht werden können.

- Wenn der Arzt etwa an der Erzeugung eines Individuums mitwirken kann, so folgt daraus noch keineswegs, dass er deshalb über dieses Individuum verfügen darf.
- Die weltweit geführte Diskussion, unter welchen Voraussetzungen Forschung an befruchteten menschlichen Eizellen betreiben werden dürfe, zeigt, dass die Betei-

ligten den Eigenwert menschlichen Lebens und damit die Grenzen ihrer Forschungsarbeit unterschiedlich beurteilen.

- Und ebenso zeigen Stimmen aus verschiedenen Ländern, dass einzelne Wissenschaftler
  - nicht nur bereit sein könnten, die für die Zukunft nicht auszuschließende Möglichkeit eines gezielten Gentransfers in menschliche Keimbahnzellen zur Vermeidung schwerer Erblichen zu nutzen,
  - sondern darüber hinaus auch die Möglichkeit einer gezielten Veränderung menschlicher Erbanlagen zur Züchtung eines den Vorstellungen des jeweiligen Wissenschaftlers entsprechenden Menschen missbrauchen.

Der Gefahr einer derartigen *Manipulation des Menschen* muss folglich verantwortlich begegnet werden. Ebenso muss Sorge getragen werden, den einzelnen vor negativen Auswirkungen der neuen Technik zu bewahren. Dies gilt nicht zuletzt mit Blick auf jene Kinder, die unter ärztlicher Mitwirkung extrakorporal gezeugt werden und deren künftige geistige, psychische und körperliche Entwicklung es bei der Durchführung der In-Vitro-Fertilisation zu bedenken gilt. Es ist daher abzuwägen zwischen dem *Selbstbestimmungsrecht der Eltern* einerseits und den *berechtigten Interessen des Kindes* an ungestörter und unbelasteter Entwicklung andererseits.

Angesichts der Chancen, die für die Menschheit mit diesen neuen Technologien verbunden sind, ist deren weitere Erforschung *grundsätzlich förderungswürdig*. Jedoch können dabei Grenzen erreicht werden, bei deren Überschreitung biotechnologischer Fortschritt in eine Gefährdung des Menschen umschlägt. Dadurch kann auch die grundrechtlich gewährleistete Freiheit von Wissenschaft und Forschung an Grenzen stoßen.

Zwar ist auch Forschung mit und am Menschen grundsätzlich legitim,  
dies bedeutet jedoch nicht Schrankenlosigkeit.

- Schranken werden dann überschritten in Versuchen, die Erbanlagen einer extrakorporal befruchteten Eizelle auf gentechnologischem Weg mit dem Ziel der Züchtung eines vermeintlich "besseren" Menschen zu verändern.
- Gleiches gilt für Experimente, die auf die Erzeugung von Mensch-Tier-Hybriden oder Chimären, genetisch identische Abkömmlinge oder dergleichen gerichtet sind.

Dieser kurze Problemabriss kann schon zeigen, dass die neuen Technologien neben den rein technisch-medizinischen Problemen eine Reihe ethischer und rechtlicher Probleme aufweisen, die teilweise in ethisches Neuland vorstoßen.

### **5.1.1.2 Anthropologische Vorentscheidungen und der Standpunkt der Moral**

Um die im Folgenden zu behandelnden Problemkomplexe von ethischer Seite zu reflektieren, bedarf es zunächst einiger anthropologischer Überlegungen, die insbe-

sondere der ethischen Bewertung der Gentechnologien zugrunde gelegt werden sollen.

*1. Der Mensch ist grundsätzlich frei, aus seiner Natur zu machen, wozu er selbst und durch die Hilfe anderer befähigt ist.*

Jedoch ist diese Freiheit keine schrankenlose Freiheit, denn der Mensch hat sein eigenes Handeln vor sich selbst und vor anderen zu verantworten. So darf der Mensch die "*Menschheit in seiner Person*", d.h. das was konstitutiv für sein Menschsein ist, nicht verletzen.

Unzulässig ist daher jeder Eingriff, der die Würde der Person aufhebt und den Menschen hindert, seine ihm eigene Menschlichkeit, seine ihm schicksalhaft vorgegebene Konstitution zu entfalten und zu verwirklichen.

*2. Zur Menschlichkeit des Menschen gehört, dass er in einem natürlichen Werden zum dem wird, was er jeweils ist.*

- Er ist nicht Produkt einer technischen Herstellung, eher *Zufallsprodukt*.
- Seine individuellen Anlagen sind ihm im Kern *schicksalhaft* vorgegeben.
- Nur als Produkt des Zufalls ist dem Menschen seine *Unabhängigkeit* und sein *individueller Eigenwert* sicher. Er kann und braucht daher niemanden anzuklagen, dass er so ist, wie er ist. Er darf als Individuum daher von einer Norm abweichen, ohne gleich als "krank" eingestuft zu werden. Seine je einmalige Individualität wie seine Unvollkommenheit gehören zum Wesen des Menschen.

Ihn an einer vermeintlich richtigen Norm zu messen und genetisch auf diese Norm hin zu manipulieren, würde zugleich auch dem **Menschenbild des Grundgesetzes widersprechen** und den Menschen zutiefst in seiner Würde verletzen.

*3. In dieser Individualität ist der Mensch gezeugtes und geborenes Mitglied der Gesellschaft, seine geistigen und körperlichen Anlagen sind Produkt des Zufalls, sie sind nicht von Eltern, Ärzten oder der Gesellschaft gesteuert und unterliegen nicht menschlichem Plan und Willkür.*

- Sein Existenzrecht kann sich nur darauf stützen, menschliches Individuum zu sein, nicht einer Norm zu entsprechen.
- Jeder muss daher die Möglichkeit haben, sich selbst sein eigenes Wesen als Ausdruck eines dem Menschen entzogenen Schicksals begreifen zu

können - oder als von Gott geschaffen - und nicht als der Entwurf und das mehr oder weniger geglückte Experiment anderer Menschen.

### 3. Selbstbestimmungsrecht zukünftiger Generationen

- Zwar legen wir unvermeidlich durch unsere Handlungen heute immer auch die Lebensbedingungen fest, die zukünftige Generationen vorfinden werden. Das ist problematisch genug, sofern diese Festlegungen irreversibel sind.
- Nichts aber rechtfertigt, dass wir nach unserer Willkür und Einsicht auch noch die Natur zukünftiger Generationen, also ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Anlagen, entscheiden und festlegen.
- Das wäre die endgültige Herrschaft der jetzigen Generation über die kommenden, langfristig die Herrschaft der Toten über die Lebendigen.

#### 5.1.1.3 Der moralische Standpunkt einer „Verantwortungsethik“

Aufgrund dieser kurzen Hinweise zum Menschenbild, bedarf es im Folgenden eines kurzen Aufweises des hier eingenommenen „moralischen Standpunktes“ zur Beurteilung der verschiedenen Gentechnologien, den ich als "**Verantwortungsethik**" oder auch als "**Ethik der Konsequenzen**" bezeichnen möchte.

Es war der Münchener Soziologe Max WEBER (1864-1924), der in seinem 1919 erschienenen und berühmt gewordenen Aufsatz „Politik als Beruf“ darauf hingewiesen hat, dass derjenige, der politische und wirtschaftliche Entscheidungen zu treffen hat, die das Schicksal vieler berühren, sich nicht nur von gesinnungsmäßigen Motiven leiten lassen darf, sondern nach bestem Wissen und gewissen *die voraussehbaren Folgen* für sein Handeln abschätzen muss. Daher bezeichnet man seit Max WEBER die Wahrnehmung der Verantwortung für die voraussehbaren **Folgen** einer Handlung als **Verantwortungsethik**.

Außer den vorhersehbaren Folgen, auf die Max WEBER abhebt, bietet die ethische Tradition zur Bewertung verantwortlichen Handelns noch zwei weitere Kriterien an:

- 1. eine ethische *Reflexion auf die Methode*, die bei den verschiedenen Techniken zur Anwendung kommt,
- 2. eine *Bewertung der Ziele und Intentionen*, die die verschiedenen Maßnahmen überhaupt veranlassen.

Für eine **ethische Bewertung** der neuen Technologien bieten sich daher **drei ethische Kriterien** an: eine Beurteilung

1. der **Methode**,
2. der **Ziele** und
3. der **Folgen**

## 5.2 Reproduktionstechnologie

### 5.2.1 Problem - Durchführung - Konstellationen

**Das Problem:** In der Bundesrepublik bleiben etwa 10 bis 15 % aller im Fortpflanzungsalter stehenden Ehepaare gegen ihren Willen kinderlos, wobei die Ursachen der Sterilität ungefähr gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt sind. Dabei ist die Sterilität der Frau in ungefähr 30 % auf eine gestörte Funktionsfähigkeit der Eileiter zurückzuführen. In diesen Fällen kann die In-Vitro-Fertilisation oder extrakorporale Befruchtung mit anschließendem Embryotransfer dazu dienen, den Ehepartnern ihren Wunsch nach dem eigenen Kind zu erfüllen und zugleich möglichen negativen Auswirkungen der Sterilität auf die Ehe entgegenzuwirken.

#### **Durchführung dieser therapeutischen Maßnahme:**

- Zur Durchführung der therapeutischen Maßnahme werden der betroffenen Frau nach vorangegangener hormoneller Stimulation operativ Eizellen entnommen; diese werden außerhalb des Mutterleibes (*in vitro*) mit dem Samen des Ehemanns befruchtet.
- Nach etwa zwei Zellteilungen, d.h. rund 48 Stunden nach der Befruchtung, werden die extrakorporal erzeugten Embryonen in die Gebärmutter der Frau übertragen. Da sich jedoch - ebenso wie bei natürlicher Befruchtung - nicht jeder Embryo in der Gebärmutter einnistet, werden nach einer In-Vitro-Fertilisation regelmäßig mehrere Embryonen gleichzeitig transferiert, um damit die Chance der Einnistung eines Embryos zu erhöhen.
- Allein in der Bundesrepublik sind in den vergangenen Jahren weit *über 100 extrakorporal erzeugte Kinder geboren worden*, wobei zur Zeit der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften etwa 10 % beträgt.
- **Rechtlich** erlangt ein Kind, das aus einer homologen In-Vitro-Fertilisation hervorgegangen ist, mit der Geburt die rechtliche Stellung eines ehelichen Kindes.
- Grundsätzlich können bei den Spendern und der austragenden Mutter **drei Konstellationen** auftauchen, die jeweils einer gesonderten ethischen Bewertung bedürftig sind: die homologe und die heterologe Insemination sowie die Leihmutterschaft.

#### **1. Homologe Insemination**

Man spricht von homologer Insemination, wenn der Spendersamen und die Eizelle von Ehepartnern stammen und der Ehefrau implantiert werden.

#### **2. Heterologe Insemination**

Man spricht von heterologer Insemination, wenn der Same nicht dem Ehemann entnommen wurde, sondern von einem dritten, unbekanntem Mann stammt und dann der Frau implantiert wird. Denn bei einem nicht geringen Prozentsatz von Ehepaaren scheidet eine Befruchtung auf natürlichem Weg sowohl wegen einer gestörten Funktionsfähigkeit der Eileiter der Frau als auch wegen der Sterilität des Mannes aus. Sind in derartigen Fällen die Vor-

aussetzungen für eine operative Entnahme befruchtungsfähiger Eizellen der Frau gegeben, kann die Samenspende eines Dritten die Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation ermöglichen und damit dem Ehepaar zu einem Kind verhelfen, das wenigstens mit der Frau genetisch verwandt ist.

Stehen der Ehefrau aus medizinischen Gründen keine eigenen befruchtungsfähigen Eizellen zur Verfügung, so kann auch die Eizelle einer fremden Frau extrakorporal mit dem Samen des Ehemannes befruchtet und alsdann auf die Ehefrau übertragen werden.

Grundsätzlich ist auch eine **doppelte heterologe In-Vitro-Fertilisation**, bzw. eine **Embryonenspende** denkbar, nämlich dann, wenn einer Frau keine eigenen befruchtungsunfähigen Eizellen zur Verfügung stehen und der Ehemann obendrein steril ist. Es werden der Frau dann fremde, extrakorporal befruchtete Eizellen übertragen.

### **3. Leih-, Miet-, Ammen- oder Surrogatmutterschaft**

Man spricht von Leih-, Miet-, Ammen- oder Surrogatmutterschaft,

- wenn sich zum einen eine Frau - die sog. „Ersatzmutter“ - der heterologen Insemination mit dem Samen eines Mannes unterzieht, der später, zusammen mit seiner Ehefrau, das Kind zu adoptieren wünscht (hier handelt es sich nicht um eine extrakorporale Befruchtung, sondern um eine künstliche Befruchtung *in utero*),
- oder eine Frau ihr genetisch eigenes Kind austrägt, das *in vitro* mit dem Samen eines fremden Mannes erzeugt worden ist, der später, zusammen mit seiner Ehefrau, das Kind zu adoptieren wünscht,
- oder schließlich und drittens die sog. "Ersatzmutter" bereits ist, einen fremden Embryo für dessen genetische Eltern auszutragen. In diesem dritten Fall kann dem Embryonentransfer eine In-Vitro-Fertilisation zugrunde liegen; sie braucht es indes nicht, da hier auch der Fall erfaßt ist, bei dem der Embryo nach einer natürlichen Befruchtung, aber vor der Nidation, auf mechanischem Weg „ausgespült“ und auf die Ersatzmutter übertragen wird.

Gleich an dieser Stelle kann darauf hingewiesen werden, dass sich bei der heterologen In-Vitro-Fertilisation und beim Leihmutterverfahren eine Reihe noch nicht gelöster **rechtlicher Probleme** einstellen: dies betrifft nicht nur den Status des Kindes, sondern auch den der Leihmutter und der „Eltern“.

#### **5.2.2 Bewertung der Zielsetzung**

In unserem Fall nehmen wir an, dass die In-Vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryotransfer (ET) von ihrer Zielsetzung her einen anders nicht überwindbaren Defekt behebt, nämlich die Unfruchtbarkeit eines Ehepartners. Es handelt sich also um eine **homologe In-Vitro-Fertilisation**.



- Kinderlosigkeit kann "erhebliche psychische und psychosoziale Leiden und so eine Beeinträchtigung der leib-seelischen Integrität und der ehelichen Beziehungen" mit sich bringen.
  - Durch die Erfüllung des Kinderwunsches kann das Gelingen der Ehe als ganzer und das Fruchtbarmwerden der Liebe gefördert werden.
- ⇒ Hiermit wird sicherlich ein guter Zweck, ein gutes Ziel verfolgt, so dass ethisch mit Blick auf das Ziel der In-Vitro-Fertilisation vorerst keinerlei Bedenken bestehen.

Zu bedenken ist allerdings, dass es auf den Wunsch nach Kindern kein Recht gibt, das beim Arzt eingeklagt werden könnte.

### 5.2.3 Bewertung der Methode

Offizielle **kirchliche Stellungnahmen** stehen der Methode der künstlichen Befruchtung ablehnend gegenüber.

- Die Ablehnung gründet insbesondere in der Trennung von gegenseitiger Hingabe der Partner (Liebe) und Zeugung.
- Bei der *In-Vitro-Fertilisation* werde - im Gegensatz zum natürlichen ehelichen Vollzug - die liebende Hingabe der Partner und die Zeugung auseinander gerissen.

Dieses Argument trifft jedoch insofern nicht, als das Auseinandertreten von ehelichem Akt und Zeugung auch beim „natürlichen Ehevollzug“ gegeben ist, da ja nicht jeder Akt zur Zeugung bzw. zur Befruchtung führt.

Von der Methode her scheint sich die *In-Vitro-Fertilisation* also nicht zu verbieten. Die ablehnende Haltung gegenüber der *In-Vitro-Fertilisation* wird daher auch - trotz gebührenden Respekts vor dem kirchlichen Lehramt - von den meisten Moralthologen nicht geteilt.

### **Die *In-Vitro-Fertilisation* mit anschließendem Embryotransfer ist unter folgenden Bedingungen ethisch vertretbar:**

1. Die extrakorporale Befruchtung muss die **einzig mögliche Methode** darstellen (*ultima ratio*), um ein eigenes Kind zu bekommen. **Grenzprobleme:**
  - Es wird die Frage erörtert, ob die extrakorporale Befruchtung etwa in Fällen psychosomatischer Sterilität oder auch bei neurotisch überhöhtem Kinderwunsch verantwortet werden kann.
  - Auch werden die nach einer In-Vitro-Fertilisation häufiger zu beobachtenden Früh- und Mehrlingsgeburten unter dem Aspekt möglicher nachteiliger Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder diskutiert, ohne dass jedoch die bisherigen Erkenntnisse ausreichen würden, die Berechtigung extrakorporaler Befruchtung prinzipiell abzulehnen. Entsprechende Beratung ist also angezeigt.

2. Ei und Samen müssen von **Ehepartnern** stammen (homologe Befruchtung), denn wie wir sehen werden, stehen der *heterologe In-Vitro-Fertilisation* eine nicht unerhebliche Reihe von ethischen Bedenken gegenüber.
  
3. Manipulationen müssen ausgeschlossen sein dadurch, dass **alle befruchteten Eizellen implantiert** werden. Gegen eine gleichzeitige Befruchtung mehrerer Eizellen bestehen Bedenken zumindest dann nicht, wenn deren späterer Transfer beabsichtigt ist. In diesem Fall kann von einer beliebigen Erzeugung neuen menschlichen Lebens nicht gesprochen werden. Denn um die Chancen der Nidation wenigstens eines einzigen Embryos zu erhöhen bestehen Bedenken zumindest dann nicht, wenn deren späterer Transfer beabsichtigt ist und jede Befruchtung zugleich der Erzeugung menschlichen Lebens dienen soll. Dass dieses Ziel nicht immer erreicht wird, weil die Nidation häufig misslingt, lässt die Methode noch nicht bedenklich erscheinen, zumal auch die natürliche Befruchtung häufig nicht zur Einnistung führt.

**Ethisch verwerflich** wäre es jedoch, *in vitro* menschliches Leben zu erzeugen, ohne zugleich dessen Menschwerdung zu beabsichtigen, etwa zum Zweck **statistischer Untersuchungen** oder **biologischer Experimente**. Eine Maßnahme, die auf die Erzeugung nicht für den Transfer bestimmter Embryonen abzielt und damit von vorneherein deren Absterben in Kauf nimmt, ist mit der Achtung vor dem menschlichen Leben nicht vereinbar. Ebenso müsste die Berechtigung der Methode der extrakorporalen Befruchtung in Zweifel gezogen werden, wenn sie geeignet wäre, die geistige und körperliche Entwicklung der auf diese Weise erzeugten Kinder zu gefährden.

#### 5.2.4 Bewertung der Folgen

Es ist vor allem die Möglichkeit des **Missbrauchs der Methode**, die zur Beunruhigung Anlass gibt. Deshalb sollen nun hier einige Problemfelder aufgezeigt werden, die einer solchen Missbrauchsmöglichkeit Vorschub leisten können.

##### 1. Heterologe Befruchtung

Unter den Ethikern und Moraltheologen besteht Konsens darüber, dass die Befruchtung der Eizelle mit Spermia, das nicht vom Ehemann stammt, **abzulehnen** ist. Dies gilt auch für den Fall, dass der Ehemann sein Einverständnis dazu gegeben hat. Als **wichtigste Gründe** dafür sind zu nennen:

- Ein Dritter, eine *Fremdperson*, dringt in die Ehe ein und zerstört deren Einheit, die sich im gemeinsamen Kind manifestiert.
- Die heterologe Befruchtung begibt sich in *Widerspruch zu unserem Menschenbild*, nach dem es wesentlich zum Menschsein gehört, soziale Verantwortung zu tragen. Im Falle der heterologen Insemination übernimmt der leibliche Vater jedoch von vorneherein keine Verantwortung für das Kind.
- Darüber hinaus wirft die heterologe Befruchtung die schwierige Frage nach der *Auswahl des anonym bleibenden Spenders* auf. Die Auswahlkriterien bleiben in der Regel unklar und die Gefahr besteht, dass hier Gesichtspunkte der Eugenik oder gar der Züchtung vermeintlich besonders wertvoller Menschen eine Rolle spielen können.

- *Psychologisches Argument:*
  - Oft verkraftet der **Ehemann** die Tatsache nicht, dass ein anderer seiner Frau ein Kind "schenken" konnte und er nicht. So könnte es in Krisensituationen für ihn nahe liegen, jede unerwünschte Entwicklung des Kindes auf dessen genetische Veranlagung zurückzuführen und sich so zumindest teilweise von seiner Verantwortung für das Kind freizusprechen.
  - Ebenso können beim **Kind** eine Reihe psychischer Probleme auftreten: Bisher weiß man nicht, wie heterologe Insemination sich unter unterschiedlichen Gegebenheiten auf die seelische Entwicklung der Kinder auswirken, insbesondere auch nicht, wie junge Menschen im Fall ihrer Aufklärung das Wissen um ihre Herkunft psychisch verkraften, vor allem wenn dem Kind zu Bewusstsein kommt, dass es seine Herkunft einem nunmehr sogar in doppelter Hinsicht künstlichen Vorgang verdankt. Ebenso belastend ist für das Kind das Wissen um einen Vater, der nicht gewillt ist, Verantwortung zu tragen. Die Gefahr einer Traumatisierung lässt sich indes kaum ausschließen, zumal nicht ausnahmslos gewährleistet ist, dass die Aufklärung des Kindes behutsam und mit dem erforderlichen Einfühlungsvermögen erfolgt. Das **Wissen um die eigene Herkunft** gehört zu den Grundbedürfnissen jedes Menschen, und ist für die Identitätsfindung und Persönlichkeitsentwicklung des Kindes unverzichtbar..
- Was geschieht, wenn auf diese Art *gezeugte Kinder den Wünschen der Eltern nicht entsprechen* oder behindert sind?
- Nicht zuletzt ergeben sich bei der *heterologen In-Vitro-Fertilisation* eine Reihe **rechtlicher Probleme**, die bisher in den wenigsten Staaten zureichend gelöst sind. So kann etwa der **Ehemann**, obgleich er ehemals die Zustimmung zur heterologen In-Vitro-Fertilisation gegeben hat, die **Ehelichkeit des Kindes anfechten**. Gleiches gilt für das heterolog gezeugte Kind.

Diese aufgezeigten Probleme verdichten sich nochmals bei **einer doppelt heterologen In-Vitro-Fertilisation**, also bei einer Embryonenspende, d.h. im Falle, dass sowohl die Eizelle als auch der Samen von verschiedenen Personen stammen und einer dritten eingepflanzt werden.

Angesichts der aufgezeigten Ungewissheiten, Risiken und Probleme ist eine Anwendung der heterologen Befruchtung grundsätzlich **ethisch abzulehnen**.

## 2. In-Vitro-Fertilisation bei Nichtverheirateten

- Die extrakorporale Befruchtung führt in Fällen, in denen die genetische Mutter allein und ohne personalen Bezug zum Erzeuger des Kindes lebt, in der Regel dazu, dass das **Kind** auf einen die soziale Verantwortung übernehmenden Vater verzichten muss. Die ohnehin nach einer heterologen Insemination nicht auszuschließenden Schwierigkeiten der Identitätsfindung können sich hier für das Kind als besonders groß erweisen, weil sich ihm die Frage nach dem Vater wegen Fehlens eines sozialen Vaters verstärkt aufdrängen muss.
- Bei in nichtehelicher Gemeinschaft zusammenlebenden Paaren erscheinen dagegen die Gefahren einer In-vitro-Fertilisation für das Kindeswohl deutlich geringer, da das Kind in diesen Fällen Mutter und Vater hat. Dennoch wird man nicht

übersehen können, dass das Kindeswohl in diesen Fällen insofern weniger gesichert ist, als die Gemeinschaft der Eltern nicht durch eine rechtliche Bindung gefestigt ist und jederzeit aufgehoben werden kann.

Eine Mitwirkung des Arztes an einer In- Vitro-Fertilisation wird sich bei in nicht-ehelicher Gemeinschaft zusammenlebenden Paaren deshalb von vorneherein verbieten.

### 3. Leihmütter oder Ersatzmutterschaft

Für die Entwicklung des Kindes kommt die Herausbildung einer engen persönlichen Bindung und Beziehung zwischen der Schwangeren und dem Nasciturus erhebliche Bedeutung zu. Daher sind einige Risiken der Ersatzmutterschaft hier zu nennen, die das Leihmutterverfahren grundsätzlich als ethisch bedenklich erscheinen lassen.

#### Risiken der Ersatzmutterschaft:

- Ist eine Ersatzmutter vorwiegend aus **finanziellen Gründen** bereit, ihr extrakorporal mit dem Samen eines fremden Mannes erzeugtes Kind für den Samenspender und dessen Ehefrau auszutragen, so besteht die Gefahr, dass sich die Ersatzmutter nicht so in ihrer **Lebensführung** (z.B. Alkohol- und Nikotingenuß) den physischen - und womöglich auch psychischen Bedürfnissen des *Nasciturus* anpassen wird wie eine Mutter, die ihr Kind zu behalten gedenkt. Allerdings wird man in vielen Fällen auch nicht ausschließen können, dass die Ersatzmutter im Verlaufe der Schwangerschaft eine Bindung zu dem Kind entwickelt, die von einem solchen Zeitpunkt an die erwähnte Gefahr mindert.
- Kommt es im Verlaufe der Schwangerschaft zu einer **starken Bindung der austragenden Mutter zu ihrem Kind**, so muss damit gerechnet werden, dass sie die eingegangene - waren auch rechtlich nicht durchsetzbare - "Verpflichtung" bedauert und die spätere Übergabe des Kindes verweigert.
- Damit würde aber das **Kind zum Gegenstand eines Konfliktes** gemacht, an welchem seine beiden genetischen Eltern beteiligt wären. Auch ist an den Fall zu denken, dass ein körperlich und geistig behindertes Kind geboren wird und keiner der an der Absprache Beteiligten mehr bereit ist, das Kind zu übernehmen oder zu behalten. So oder so lassen sich hier Konflikte zu Lasten des Kindes nicht mit Sicherheit ausschließen .
- Hat sich die Ersatzmutter dagegen aus **altruistischen Gründen** bereiterklärt, das mit dem Samen eines fremden Ehemannes erzeugte Kind für ihn und seine Ehefrau auszutragen, so ist auch in diesem Fall zu erwarten, dass sie eine **Bindung** zu ihrem Kind entwickelt, welche - zu Lasten des Kindes - zu den geschilderten Konflikten führen kann.
- Vergleichbare Probleme können sich schließlich auch in den Fällen stellen, in denen sich eine Ersatzmutter entgeltlich oder unentgeltlich bereit erklärt, einen fremden Embryo für ein anderes Ehepaar auszutragen. In diesen Fällen tritt - wie bei der Ei- und Embryonenspende - als weiterer Nachteil hinzu, dass das Kind, welches von seiner Herkunft erfährt, bei seiner **Identitätsfindung** auf erhebliche Schwierigkeiten

stößt, weil austragende wie genetische Mutter gleichermaßen Anteil an seiner Existenz haben.

Grundsätzlich sollte das Zeugen eines Kindes daher auf die liebende Partnerschaft von zwei Menschen beschränkt sein.

- Mit der Leihmutter dringt dagegen eine dritte Person, ein Fremdelement, in die Ehe ein.
- Bei dem Verfahren der Leihmutterschaft handelt es sich nicht nur um ein völliges Auseinanderreißen von ehelicher Liebesneigung, Zeugung und Austragung, sondern auch um eine *totale Herabwürdigung menschlichen Lebens*. Dieses wird hierbei als jederzeit mach- und verfügbar gehandhabt, als Produkt einer Fremdfabrikation, das wie andere Produkte erworben, gebraucht und weggeworfen werden kann.

Wenn, wie bei der Leihmutterschaft, Menschen andere Menschen als Mittel für ihre eigenen Zwecke und Ziele benutzen  
- wie wünschenswert auch die Konsequenzen sein mögen - ,  
muss dies vom moralischen Standpunkt her verurteilt werden.

Ersatzmutterschaft ist aufgrund dieser pragmatischen Hinweise  
daher **ethisch nicht vertretbar**.

⇒ Eine Vereinbarung über eine Ersatzmutterschaft missachtet daher die **Menschenwürde des Kindes**, denn sie lässt außer acht, dass die Entwicklung im Menschenleib ein wichtiger Teil der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes ist und dass der biologischen wie psychischen Beziehung zwischen der Schwangeren und dem Kind für diese Entwicklung besondere Bedeutung zukommt.

⇒ Diese besonders geartete Beziehung, die durch die natürliche Beziehung des ungeborenen Lebens mit dem der Mutter begründet wird, würde beeinträchtigt, wenn die Schwangerschaft als eine Art Dienstleistung übernommen würde.

#### 4. **Samenbank**

- Gegen die Einrichtung von Samenbanken lassen sich, insofern die Spermadepotierung zum Zweck der heterologen Befruchtung geschieht, die zuvor schon geäußerten Bedenken geltend machen.
- Zudem ist es mit der Würde des Menschen und der Ausrichtung menschlicher Sexualität nicht vereinbar, - womöglich auch noch gegen Bezahlung - Samen zur Verfügung zu stellen.
- Eine solche Praxis würde schließlich auch zur Herrschaft derjenigen führen, die sich für hochwertig und fortpflanzungswürdig halten, über diejenigen, die sie als minderwertig einstufen.

## 5. Experimente mit und Forschungen an menschlichen Embryonen

### • Überzählige Embryonen aus der In-Vitro-Fertilisation

Bei der Anwendung der *In-Vitro-Fertilisation* mit anschließendem Embryotransfer hat sich gezeigt, dass mehr Eizellen, nämlich 8-12, und damit Embryonen produziert werden, als sinnvollerweise zurückgesetzt werden sollen. (Grund). Es bleiben also Embryonen übrig, mit denen experimentiert werden könnte.

### • Zielsetzung der Forschung an Embryonen

- Diese Forschung an Embryonen dient hauptsächlich dazu, Einblick in die Wachstums- und Differenzierungsvorgänge des Menschen zu erhalten.
- Neben der reinen Erkenntnisgewinnung könnten die Forschungsergebnisse Bedeutung erlangen für die Entwicklung von Diagnose- und Behandlungsmethoden bei Krebs, aber auch bei zahlreichen Immun- und Erbkrankheiten.
- Die Forschung an Embryonen wird dabei durch die *Kryokonservierung* ermöglicht, denn Embryonen können im Zwei- bis Acht-Zellstadium, gegebenenfalls auch noch später, **eingefroren** und zu einem beliebigen Zeitpunkt „aufgetaut“ und transferiert werden. Allerdings geht zumindest heute noch ein Teil der Embryonen beim "Auftauen" zugrunde.
- Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass zahlreiche Untersuchungen ähnlich an Zellkultursystemen im Reagenzglas oder an tierischen Embryonen vorgenommen werden können. Es besteht als eigentlich keine Notwendigkeit für Forschungen an menschlichen Embryonen, sieht man von speziellen Fragestellungen ab.

### • Ethische Bewertung

- Aus ethischer Sicht ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass alle der Frau entnommenen Eizellen nach erfolgter Befruchtung der **gleichen Frau wieder eingepflanzt** werden müssen, da es sich dabei um menschlich personale Leben handelt, dem die Chance des Überlebens nicht vorenthalten werden darf.
- Eine **Konservierung** ist ethisch nur dann zulässig, wenn im Augenblick keine andere Möglichkeit des Überlebens für die befruchtete Eizelle vorhanden ist und alles in der eigenen Macht Stehende getan wird, um diesen Zustand schnellstmöglich durch Reimplantation zu beenden.
- Es ist ethisch und moraltheologisch unbestritten, dass **Experimente** an menschlichen Embryonen nur mit dem unmittelbaren Ziel medizinischen Handelns, also zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken durchgeführt werden dürfen, nicht aber zum Zweck der Datenerhebung, selbst dann nicht, wenn dies den späteren Generationen zugute kommen sollte. Erst recht verbietet sich das Klonen von menschlichen Embryonen sowie die Erzeugung von Chimären- und Hybridwesen.
- Der **Grund** hierfür ist die **Selbstzwecklichkeit des Menschen**, d.h. dass der menschliche **Embryo von Anfang an als Träger der menschlichen Person** anzusehen ist. Der Mensch darf jedoch niemals als Mittel zum Zweck benutzt werden - vielmehr kann er immer nur als sein eigener Zweck und Sinn betrachtet werden. Würde der Forscher einen Embryo dazu nutzen, um "definierte hochrangige medizinische Erkenntnisse" zu gewinnen?

nen, so würde der Mensch als Mittel zum Zweck benutzt, der Mensch als Person würde zum unfreiwilligen Opfer der medizinischen Forschung gemacht. **Menschenversuche verstoßen daher gegen die allgemeinen Menschenrechte.**

- Wissenschaftliche Experimente mit menschlichen Embryonen sind immer verbrauchende Experimente. Hier wird menschliches Leben ausgenutzt, um es danach durch eine bewusste Tat zu vernichten. Das ganze Leben ist hier Experimentiermaterial, Mittel zum Zweck, ohne eigenständigen Wert. Vom ethischen Standpunkt aus ist daher ein Experimentieren mit menschlichen Embryonen nicht zu rechtfertigen.
- Mit der In-Vitro-Fertilisation sind, wie bereits dargelegt, zahlreiche Missbrauchsmöglichkeiten verbunden. Der Ethiker und Moraltheologe muss jedoch in diesem Zusammenhang zunächst auf ein seit jeher anerkanntes und kluges ethisches Prinzip hinweisen, dass nämlich ein möglicher Missbrauch einer Methode nicht den rechten Gebrauch verbietet. Trotzdem wird zu überlegen sein, ob nicht gerade dieses Prinzip angesichts der Folgeprobleme, die in vielen Fällen zu Alpträumen Anlass geben, in Frage gestellt werden muss.

## 6. Sozialethische Bedenken

Da die Einführung der neuen Methoden auch beachtliche Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben haben könnte, sollen abschließend auch einige sozialethische Überlegungen berücksichtigt werden.

- **Notwendigkeit der Forschung:** So ist z.B. zu fragen, ob es nicht dringlichere Arbeitszweige der Medizin gibt als die Erforschung der In-Vitro-Fertilisation.
- **Gerechtigkeitsprinzip:** Weiterhin gilt es zu bedenken, dass einerseits Tausende von Kindern täglich verhungern und weitere Tausende mit erheblichem Kostenaufwand abgetrieben werden, und dass andererseits menschliches Leben mit größtem medizinischen und finanziellem Aufwand "künstlich" gezeugt wird - widerspricht dies nicht dem Gerechtigkeitsprinzip?
- **Auswirkungen auf die Werteinstellungen der Gesellschaft:** Schließlich dürfen auch die Auswirkungen der neuen Methoden auf die Werteinstellungen unserer Gesellschaft nicht unterschätzt werden. So besteht nicht nur die Gefahr, dass die Machbarkeit zum entscheidenden Kriterium wird, sondern auch, dass das Rollenverständnis von Vater und Mutter sowie die Beziehung zwischen Kindern und Eltern in ungünstiger Weise beeinflusst werden.

### Fazit zur In-Vitro-Fertilisation

1. Die Zeugung eines Kindes darf auch weiterhin nicht einfach das Ergebnis eines rein biologisch-physiologischen oder gar rein technischen Ablaufs sein, sondern muss die Frucht der ganzheitlichen personalen Liebe der Ehepartner bleiben.
2. Bei der In-Vitro-Fertilisation handelt es sich um keinen Normalfall der menschlichen Fortpflanzung, und sie darf auch nicht dazu erklärt werden.
3. Bei Einhaltung genau festgelegter Bedingungen scheint sich jedoch kein generelles Verbot der In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer als letzte Möglichkeit, ein eigenes Kind zu bekommen, rechtfertigen zu lassen.

4. Niemand kann die Reproduktionstechnologie rückgängig machen. Aber sie einzugrenzen, sie immer wieder an ethischen Maßstäben, an gesellschaftlich vereinbarte Sicherheitserwägungen zu binden, das ist unsere Aufgabe, und diese Aufgabe kann nur dann gelingen, wenn die Ehrfurcht vor dem Leben Grundanliegen unseres Bewusstseins ist und bleibt.
5. Insofern darf der Forscher nicht was er kann. Seine Forschung muss der Gemeinschaft und den Grundwerten unserer Verfassung verpflichtet sein.

## 5.3 Humangenetik

In kaum einer anderen medizinischen Disziplin als in der Humangenetik haben naturwissenschaftliche Erkenntnis und medizinische Handlungsmöglichkeit so rasch und unter gleichzeitiger Veränderung der Handlungsbedingungen eine Erweiterung erfahren. In kaum einer anderen Disziplin ist aber auch zugleich so heftig um die ethische Bewertung und Einordnung der neuen Möglichkeiten gestritten worden.

### 5.3.1 Die Entdeckung des menschlichen Genoms

- 1944 entdeckte man, dass der lange gesuchte **materielle Träger** der von Generation zu Generation weitergegebenen Erbinformation in der Desoxyribonukleinsäure (engl. DNA), einem langkettigen Molekül mit zwei bestimmten Basenpaaren, besteht.
- 1953 konnten Watson und Crick am berühmt gewordenen Doppelhelixmodell die molekulare Struktur der DNA und mit ihr **den Vorgang der Vererbung durch Replikation** erklären.
- 1961 erfolgte
  - die Entschlüsselung des genetischen Codes selbst (**Genomanalyse**)
  - und es wurde ein Verfahren gefunden, das es erlaubte, mit Hilfe bestimmter Restriktionsenzyme aus Bakterien die DNA an bestimmten Stellen der Basensequenz aufzuschneiden, um nicht nur die Sequenz der DNA näher erforschen, sondern auch um bestimmte Gene in Form von DNA-Stücken isolieren und sie im Reagenzglas mit anderen Stücken auch aus anderen Organismen rekombinieren zu können (**Gentherapie**).



### Das menschliche Genom

- Unter dem Genom eines Menschen versteht man die Gesamtheit seiner genetischen Information, bestehend aus DNA-Sequenzen für etwa 50 000 verschiedene Gene sowie weiteren Abschnitten, deren Funktion noch weitgehend unbekannt ist.
- Das Genom und die extragenomische DNA der Mitochondrien enthalten die gesamte Information, die den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers bestimmt.
- Im Zusammenwirken mit der **Umwelt** bedingt sie das Erscheinungsbild des Menschen seinen **Phänotyp**, wobei der Einfluss der Umwelt unterschiedlich groß sein kann. Manche Merkmale, wie z.B. die Blutgruppeneigenschaften und viele Krankheiten hängen unter normalen Bedingungen ausschließlich von der Beschaffenheit der zugrunde liegenden Gene ab. In anderen Fällen bedingen die Gene nur eine Krankheitsdisposition. Daneben gibt es Merkmale wie Körpergröße, charakterliche Eigenschaften oder Intelligenz, die vom Zusammenspiel vieler Erbanlagen und von Umwelteinflüssen abhängen.

### 5.3.2 Genomanalyse und Gentherapie: Neue Handlungsmodelle und Probleme

Genomanalyse und Gentherapie erwiesen sich als mit erheblichen wissenschaftlich-technischen und ethischen Problemen verbunden.

#### 5.3.2.1 Wissenschaftlich-technische Probleme

Zwar sind, so zeigt die **Genomanalyse**, unter den 3 Milliarden Bausteinen des menschlichen Genoms, wie sie sich in Form einer „6 Fuß“ langen, enggewickelten molekularen Reihenfolge von Kohlenstoff-, Wasserstoff-, Sauerstoff-, Stickstoff- und Phosphor-Atomen im Kern jeder Zelle befinden, nur - soweit wir bislang wissen - etwa 50 - 100.000 Erbanlagen, doch stellt auch deren Erforschung eine Aufgabe von erheblichem Aufwand dar.

Sie ist nur lösbar in Form internationaler Kooperation wie der 1988 gegründeten „*Human Genome Organization*“ (HUGO), von der man für etwa 2004 eine erste Kartierung und Sequenzierung des Genoms der menschlichen Spezies erwartet, wobei bislang erst ca. 2300 menschliche Gene kartiert, d.h. bestimmten Positionen auf einem Chromosom zugeordnet worden sind. Auch wenn die gesamte Analyse fertig gestellt ist, wird man erst grobe Ansatzpunkte haben, um die genetische Ausstattung bestimmen zu können, die zusammen mit dem komplexen Geflecht unzähliger Milieu- und Umweltfaktoren den Phänotyp, d.h. das jeweilige Erscheinungsbild prägt, das dann den unverwechselbaren einzelnen Menschen ausmacht. Sicher wird dies nicht ohne Auswirkung auf die nähere Bestimmung des seit je umstrittenen Zusammenhangs zwischen dem Genom des Einzelnen und seiner individuellen Persönlichkeit bleiben, doch zeichnet sich schon jetzt die Gewissheit ab, dass das **Resultat nicht in einem größeren genetischen Determinismus** bestehen wird.

Ungeachtet der skizzierten Schwierigkeiten und Grenzen sind aber die verbleibenden **Möglichkeiten der Analyse** erheblich genug:

- Von den ca. 3-5000 monogenen Merkmalen und Krankheiten - sie machen **etwa 2-3% aller Krankheiten bei Kindern** aus -, von denen man sicher ist, dass sie ihre Ursache in Veränderungen bestimmter Gene haben, kennt man für **150 Krankheiten** - von denen etwa 1% der Neugeborenen betroffen sind - die tragenden Gene bereits so gut, dass sie mit Hilfe einer DNA-Analyse schon im Rahmen der **pränatalen, ja der präimplantiven Diagnose** festgestellt werden können.
- Auch bestimmte, genetisch bedingte Dispositionen zu Krebserkrankungen und anderen, vor allem chronischen Krankheiten sowie Gefährdungen durch bestimmte Risikofaktoren, wird man - wenn auch aufgrund ihrer Verbindung mit der Wirkung anderer Gene und der jeweiligen Umweltfaktoren nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit - feststellen können, so dass der Einsatz in der Gesundheitsprävention, aber auch in der Bestimmung des Versicherungsrisikos, in der Auswahl des Arbeitsplatzes und in der forensischen Identitätsfeststellung nahe liegt.

Noch erheblichere wissenschaftliche und technische Probleme zeigten sich bei der **Gentherapie**.

- Die in die Zelle eingeschleusten Gene müssen an die richtige Stelle treten, um keine ungewünschten Wirkungen zu erzeugen.
- Die als Vektoren eingesetzten Viren dürfen keine unkontrollierbaren Nebenwirkungen auslösen, und bei der Keimbahntherapie müsste, soll sie überhaupt den gewünschten therapeutischen Erfolg haben, der Eingriff bereits beim Zweizeller erfolgen.
- Das aber ist nicht ohne 'Verbrauch' von anderen zur Vorbereitung oder zur Kontrolle 'benutzten' Embryonen möglich.
- Andererseits scheinen die Schwierigkeiten, zumindest bei der Therapie durch gentechnischen Eingriff in Körperzellen, nicht so unüberwindbar, dass man nicht bereits im vergangenen Jahr in den USA ein an einer unheilbaren Immunmangelkrankheit leidendes vierjähriges Mädchen erfolgreich einer **somatischen** (auf nicht vererbare Körperzellen bezogene) **Gentherapie** hätte unterziehen können.

### 5.3.2.2 Ethische Fragestellungen im Umgang mit den neuen Handlungsmöglichkeiten

Die ethischen Fragen, die mit den neuen Handlungsmöglichkeiten in Genomanalyse und Gentherapie verbunden sind, liegen auf der Hand.

Mit Blick auf die **Genomanalyse** ist zu fragen:

- Ist eine genetische Untersuchung auf Erbkrankheiten, so ließe sich die Liste der Fragen für die Genomanalyse beginnen, erlaubt oder geboten, auch wenn die betreffenden Krankheiten gar nicht behandelbar sind?
- Kann ihr Einsatz vor der Geburt vertreten werden, auch wenn die einzige Handlungsalternative im Abbruch der Schwangerschaft besteht?

- Welche Folgen hat es überhaupt, wenn sich der Mensch genetisch gleichsam durchsichtig wird (der „gläserne Mensch“)?
- Gibt es ein Recht auf Wissen, oder umgekehrt, ein Recht auf Unwissen?
- Was bedeutet es für den Betroffenen, wenn seine Behinderung oder Belastung nicht mehr als Schicksal, sondern als Resultat einer vermeidbaren genetischen Disposition erscheint?
- Welche Grenzen müssen mit Blick auf den Schutz persönlicher Daten dem Einsatz der Genomanalyse gesetzt werden?
- Und nicht zuletzt: Wie sind die immensen Kosten einzuschätzen, die ein so ehrgeiziges Projekt wie die Analyse des gesamten menschlichen Genoms erfordert?

Gravierender noch sind die Fragen für die **Gentherapie**, vor allem für die **Keimbahntherapie**:

- Darf das genetische Potential des Menschen aufgrund der engen Verbindung von Genom und Person überhaupt angetastet werden?
- Gilt dies auch für die somatische (nur auf nicht vererbare Körperzellen bezogene) Gentherapie oder ist sie, moralisch gesehen, ähnlich legitimierbar wie eine Organtransplantation, oder sind ihre Risiken so hoch, dass für sie eher die Kriterien gelten, die für Versuche an Menschen gefordert werden müssen?
- Ist die Keimbahntherapie nicht die Möglichkeit zu einem bislang so nicht gekannten Einstieg in die sog. *Eugenik*, d.h. in ein Verfahren, das darauf abzielt, nicht den Einzelnen zu heilen, sondern den Genpool des Kollektivs zu verbessern?
- Wie steht es mit dem Argument vom Dammbrech, verbietet es nicht bereits die somatische Gentherapie?
- Wie verhalten sich überhaupt individuelles Genom und personale Identität zueinander, und was folgt aus der neuen Humangenetik für das hinter den ethischen Überzeugungen jeweils stehende Menschenbild?

### 5.3.2.3 Kriterien für die ethische Urteilsfindung

#### 5.3.2.3.1 Menschenwürde

Unter Achtung vor der Menschenwürde versteht man die Grundanerkennung des sittlichen Subjektseins, die moralische Verantwortlichkeit allererst zustande kommen lässt. Was aber stellt im Bereich von Genomanalyse und Gentherapie die Subjektqualität des Menschen prinzipiell in Frage?

⇒ Geht man von der *Selbstzwecklichkeit des individuellen Subjekts* aus, muss jede ausschließliche Unterwerfung des Menschen unter heterogene Zwecke als prinzipielle Verletzung seiner Würde betrachtet werden. Das aber ist offenkundig der Fall, wenn man das Individuum im Rahmen einer entsprechenden Eugenik in den Dienst einer Verbesserung des Genpools stellt oder aus anderen Gründen zur Herstellung und Züchtung eines bestimmten Menschentyps missbraucht.

- ⇒ Bezieht man die Würde auf die *Individualität und Identität des Subjekts*, muss jede Aufhebung dieser Individualität, wie sie in der Klonierung des Genoms, d.h. in der Herstellung eines oder mehrerer genetisch vollständig identischer Exemplare eines Individuums geschähe, zugleich als prinzipieller Verstoß gegen die Würde betrachtet werden.
- ⇒ Betrachtet man neben der Individualität des Trägers die *Gleichheit in der Würde* als unverzichtbar, muss jede Diskriminierung, die sich auf bestimmte genetische Eigenschaften bezieht, zugleich als Verletzung der Würde gewertet werden.
- ⇒ Und hebt man schließlich auf die zum Subjektsein unabdingbar gehörende *Selbstbestimmung* ab, muss alles das als ein prinzipieller Verstoß gegen die Würde beurteilt werden, was diese Selbstbestimmung außer Kraft setzt. Dazu aber gehört ohne Zweifel:
  - die Analyse des individuellen Genoms ohne Zustimmung seines Trägers,
  - ferner die gegen das jedem eigene Recht auf genetisches Nichtwissen verstoßende Zwangsaufklärung
  - und schließlich die Verletzung des Schutzes, die den persönlichen Daten jedes Menschen zukommt;
  - erst recht sind dazu auch die Verstöße gegen die Selbstbestimmung im genterapeutischen Bereich zu zählen.

#### **5.3.2.3.2 Grundwert Leben**

Der Grundwert des Lebens ist die unverzichtbare Basis personalen Vollzugs. Daraus folgt für die ethische Bewertung der Anwendung der Humangenetik in der Medizin:

- ⇒ Jede von Dritten erfolgende Bewertung eines Lebens als 'lebenswert' oder 'lebensunwert' und jede daraufhin erfolgende Selektion muss als Verstoß gegen die Würde der Person selbst betrachtet werden.
- ⇒ Ein solches Urteil erfolgt aber nicht nur mit jedem dezidiert eugenischen Handeln, sondern auch schon dann, wenn eine genetisch verankerte Behinderung als Grund für einen Schwangerschaftsabbruch betrachtet wird. Nicht ohne Grund kennt der geltende § 218 StGB deshalb als Strafausschließungsgrund die Unzumutbarkeit für die Mutter, nicht die für das Kind. Denn im Blick auf das Kind liefe die durch einen genetischen Defekt begründete Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch auf den Versuch hinaus, „den kranken Feten zu töten, um seine 'Krankheit' zu verhindern“.
- ⇒ Die Diagnose einer genetisch bedingten Krankheit, die nicht behandelbar ist, verstieße zudem gegen den medizinethischen Grundsatz, „diagnostisch nicht mehr aufzudecken, als prognostisch und therapeutisch bewältigt werden kann“.
- ⇒ Sieht man im Vermögen zur Selbstbestimmung das hinreichende Fundament für den Anspruch auf Achtung der Menschenwürde, dann ist auch 'verbrauchende' Embryonenforschung im Dienst der Genterapie als ein Verstoß gegen die der Gattungsnatur zukommende Würde zu betrachten.

### 5.3.2.3.3 Recht des Menschen auf die Naturwüchsigkeit seines Ursprungs: Genom und Person

Mit dem moralischen Recht des Menschen auf

- die "Naturwüchsigkeit seines Ursprungs"
- bzw. auf die genetische Kontingenzenz

ist die bislang selbstverständliche Tatsache gemeint, dass sich das individuelle Genom keinem anderen Ursprung als der Verschmelzung der beiden elterlichen Genome verdankt. Daraus ergeben sich folgende **Fragen**:

1. Ist ein Eingriff in die menschliche Keimbahn, wie dies bei einer Manipulation des Genoms im Zweizeller-Stadium der Zygote der Fall wäre, ethisch deshalb abzulehnen, weil sie gegen ein solches **natürliches Recht** verstößt?
2. Ist sie illegitim, weil sie die **Freiheit** des werdenden Menschen verletzt?
3. Genügt schon die unlösliche **Einheit von Genom und Person**, um jeden solchen Eingriff abzulehnen, oder worin sonst ist das Kriterium für die ethische Beurteilung einer solchen **Keimbahntherapie** zu erblicken?

⇒ Ohne Zweifel geht unser intuitives Urteil dahin, den **Eingriff in die Keimbahn** als eine durch nichts zu rechtfertigende Manipulation zu betrachten. Und dieser Meinung entspricht es, dass die Keimbahntherapie bis heute weitgehend in medizinischer Sicht als nicht indiziert und **ethisch betrachtet als illegitim** gilt. **Doch was sind die Gründe für dieses Urteil?**

- Abwegig wäre es, die Illegitimität mit der besonderen ontologischen Qualität der Gene selbst zu begründen. Gene sind Lebensbausteine, von denen der Mensch beispielsweise 99,5% mit dem **Schimpanse** teilt. Was den Menschen vom Schimpanse und den einen Menschen vom anderen unterscheidet und die artspezifische oder individuelle Besonderheit des Genoms ausmacht, sind nicht die Bausteine selbst, sondern ihre Kombination zu dieser hier und jetzt vorliegenden Verbindung.
- Auch die Einmaligkeit dieser Verbindung ist noch nicht identisch mit **der Einmaligkeit der Person**. Sonst könnten eineiige Zwillinge nicht zwei unverwechselbare Personen sein. Das individuelle Genom gibt zwar die naturalen Entfaltungspotentiale des einzelnen Subjekts vor, doch sind nur wenige Merkmale dadurch eindeutig und unveränderbar festgelegt. Sie können wie im Fall monogener Erbkrankheiten das individuelle Leben schicksalhaft bestimmen, doch sind auch sie 'Potential', in dem Sinn, dass erst das Subjekt handelnd oder leidend herausbildet, was die unverwechselbare Identität der Person ausmacht. Gerade an der Funktion des Genoms wird deutlich, dass die organische Natur dem Menschen Grenzen zieht und so den Rahmen bestimmt, jedoch innerhalb dieses Rahmens durch eine hohe Plastizität gekennzeichnet ist, die der Ausgestaltung durch das in Auseinandersetzung mit der Umwelt geschehende Handeln bedarf.
- Die **hohe Dignität, die dem individuellen Genom zukommt**, verdankt sich also nicht der einmaligen ontologischen Qualität der Bausteine, sondern der Tatsache, dass ihre einmalige Verbindung das **Dispositionsfeld des handelnden Subjekts** darstellt. Die Qualität der Bausteine als solche würde ebenso wenig einen Austausch verbieten, wie dies bei anderen Lebensbausteinen der Fall ist.

- ⇒ Auch die Tatsache, dass der **Ursprung des individuellen Genoms** in dem Sinn naturwüchsig und kontingent, d.h. zufällig ist, dass er sich keiner anderen Ursache verdankt als der mehr oder weniger zufälligen Wahl der an der Zeugung beteiligten Partner,
- ist nicht deshalb ein ethisches Argument gegen den Eingriff, weil dem "natürlichen Werden" als solchem besondere Dignität zukäme,
  - sondern weil die Alternative zu diesem natürlichen Werden in einem von außen erfolgenden geplanten Eingriff, d.h. in einer **Manipulation** besteht.

Im **Vergleich** mit der Heteronomie eines solchen 'Machens' muss das natürliche, kontingente Werden als die Möglichkeit erscheinen, die in höherem Maß die **Unantastbarkeit** der **Würde der Person** sichert. Das Interesse, das dem sittlichen Subjekt unterstellt werden kann, ist ein Interesse an dieser **Unantastbarkeit**, nicht ein Interesse am genetischen Zufall als solchem; denn sonst müsste in der Tat auch ein Interesse an genetischen Defekten unterstellt werden, wie sie unweigerlich zu diesem Zufall gehören.

- Nur weil '**Zufall**' die der sittlichen Autonomie zukommende Würde in ihrer Unantastbarkeit in höherem Maß sichert als '**Herstellen**', kann vom „Recht auf Zufall“ gesprochen werden im Sinn eines Rechts „auf ein genetisches Erbe, in das nicht künstlich eingegriffen worden ist“.
- Und nur weil **Naturwüchsigkeit** die **Unantastbarkeit** des naturalen Bauplans sichert, der so eng mit der **Person** verbunden ist, und ihn der Gefahr entzieht, als bloße Sache betrachtet zu werden, ist der Schutz dieser Naturwüchsigkeit - wie es im Bericht der **Enquete-Kommission des Bundestages** zu „*Chancen und Risiken der Gentechnologie*“ geschieht - als unmittelbar mit dem Schutz der Personwürde verbunden zu betrachten.

### 5.3.3 Der Zusammenhang von Gendiagnostik und Krankheit: Beispiel „Pränataldiagnostik“

#### 5.3.3.1 Krankheit und genetische Disposition

Durch die Entschlüsselung des genetischen Codes ist die moderne Molekularbiologie in die Lage versetzt worden, auf der DNA-Ebene die genetischen Konstellation zu beschreiben, die *monogen* oder in Wechselwirkung mit anderen Genen und der Umwelt im Verlauf der *Ontogenese* bzw. des Lebens zur Ausbildung bestimmter Eigenschaften und Merkmale des Menschen führen. Dabei zeigte sich, dass die genetischen Merkmale, die für das Genom des betreffenden Individuums kennzeichnend sind, in der Mehrzahl der Fälle nur in der genannten **Wechselwirkung**, also multifaktoriell zur Ausbildung individueller Merkmale und Eigenschaften beitragen.

- In einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen jedoch führen genetische Abweichungen *in monogener Weise* - obligat oder fakultativ, unmittelbar oder erst im Verlauf des Lebens - zu einem bestimmten **phänotypisch manifesten Merkmal**. Bekannt sind sie in der Regel dann, wenn sie sich in bestimmten phänotypisch manifesten Defekten manifestieren. So wissen wir, daß bestimmte genetische Dispositionen **monogen und unabhängig von Umweltfaktoren** zu **phänotypisch manifesten Merkmalen** (wie etwa die Blutgruppe) oder Krankheiten führen. Dabei ist zu **unterscheiden** zwischen

- denjenigen Erkrankungen, die sich - wie etwa *Zystische Fibrose*, *Sichelzellenanämie*, *Hämophilie*, und *Phenylketonurie* - bereits in einem **Frühstadium** der postnatalen Entwicklung **phänotypisch manifestieren**, und
  - denjenigen, die - wie *Chorea Huntington*, Typ 3 der *Zystenniere*, *myotone Dystrophie* oder die *Muskeldystrophie Becker* - erst zu einem **sehr viel späteren Zeitpunkt** ein **phänotypisch manifestes** Krankheitsbild zeigen.
  - Eine weitere Gruppe monogen vererbter Dispositionen führt aufgrund ihrer stärkeren **Umweltabhängigkeit** wie etwa bei der *Laktose-Intoleranz* nur fakultativ und unter "ungünstigen" Bedingungen zur Ausbildung des entsprechenden Phänotyps.
  - Von den **dominanten** Merkmalen sind dabei die **rezessiven** zu unterscheiden, die erst in nachfolgenden Generationen unter bestimmten Bedingungen zur Ausbildung der entsprechenden Krankheit führen können.
- Bei der weitaus überwiegenden Zahl der übrigen Erbkrankheiten handelt es sich jedoch um **polygen bzw. multifaktoriell bedingte genetische Erkrankungen** - wie z.B. *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*, *Bluthochdruck*, *koronare Herzerkrankung*, *Diabetes mellitus*, *Magengeschwüre*, vermutlich auch *Hypertonie*, *Allergien*, *Anfallsleiden*, *Psychosen* -, deren weitaus weniger wahrscheinliche phänotypische Manifestation auf dem Zusammenwirken genetischer mit bekannten oder noch unbekanntem exogenen Faktoren beruht. Dies und die **hohe phänotypische Variabilität** sind der Grund, warum für sie eine exakte Risikovoraussage vergleichbar der bei monogen bedingten Krankheiten weitgehend unmöglich ist.

### 5.3.3.2 Ethisch problematische Erwartungen und Befürchtungen in der Öffentlichkeit

*In der Öffentlichkeit* hat die neue molekularbiologische Einsicht in den Zusammenhang von **genetischer Disposition** und **phänotypischer Manifestation** und die damit eröffnete Möglichkeit des verändernden Eingriffs zu *ethisch problematischen Erwartungen und Befürchtungen* unterschiedlicher Art geführt:

- An erster Stelle ist die Tendenz zu nennen, den Zusammenhang zwischen **genetischer Disposition** und **phänotypisch manifesten Merkmalen** und Krankheiten im Sinne eines *Determinismus* zu verstehen und die manifeste Krankheit mit der Krankheitsdisposition, ja bereits mit der nur *heterozygot* vorliegenden, zu identifizieren und so auf die *genetische Aberration* zu reduzieren. Damit aber tritt an die Stelle der Orientierung am Begriff der Gesundheit in zunehmendem Maß die Orientierung an einer Art "genetischer Normalität".
- An zweiter Stelle ist die Möglichkeit zu nennen, dass die Einsicht in den Zusammenhang von genetischer Disposition und Krankheit, wie sie schon vor der Geburt möglich ist, bei manchen Eltern den Wunsch auslöst, nur einem solchen Kind zur Geburt zu verhelfen, das von allen bekannten genetisch bedingten Krankheiten frei ist, ja der Wunsch kann sich zu dem nach *einem „perfekten Kind“* steigern und dazu führen, schon Bagatellen als Grund für einen Schwangerschaftsabbruch zu betrachten. Verbindet sich das individuelle Sicherheitsdenken mit kollektiven, an einem emphatischen Gesundheitsbegriff orientierten Vorstellungen, dann sind eugenische, auf *die Meliorisierung des Genpools* abzielende Tendenzen nicht auszuschließen.

- Darüber hinaus könnte die Tatsache, dass im Fall einer **pränataldiagnostisch festgestellten monogenen Erbkrankheit** derzeit noch keine andere Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht als der **Schwangerschaftsabbruch**, zu einer *Gleichsetzung von Schwangerschaftsabbruch und Therapie* führen. Die Entscheidung über Abbruch oder Fortsetzung der Schwangerschaft wird auf diese Weise, wie vor allem an den Fällen einer erst im späteren Verlauf des Lebens manifest werdenden Erbkrankheit erkennbar, von der Frage nach der **Zumutbarkeit für die Mutter** zur Frage nach der **Zumutbarkeit für das Kind** verlagert. Die **genetische Disposition** droht zum unmittelbaren Indikator für Lebensqualität und damit zum Kriterium der Selektion zu werden.
- Entsteht aber durch die Koppelung von **pränataler Diagnose** und "**therapeutischem Schwangerschaftsabbruch**" der Eindruck, als ob genetisch bedingte Krankheiten wie Krankheit überhaupt grundsätzlich vermeidbar sind, dann muss dies dazu führen, dass die Behinderung eines Kindes dem mangelnden Verantwortungsbewusstsein der Eltern angelastet wird **und entsprechender sozialer Druck** entsteht. Wird aber Behinderung unter den Begriff der **genetischen Anomalie** und unter die Kategorie von „*wrongfull life*“ subsumiert, so ist zu befürchten, dass sich die bisherige Einstellung gegenüber den Behinderten und ihren Eltern in Richtung auf eine Stigmatisierung ändert.

Ein Teil dieser Erwartungen und Befürchtungen beruht, wie gerade die Humangenetiker immer wieder betonen, auf *Missinterpretationen der naturwissenschaftlichen Zusammenhänge*:

- So hat die Einsicht der modernen Genetik in die genetische Variabilität und den **genetischen Polymorphismus** sowie in die komplexe Wechselwirkung der beteiligten Faktoren gerade das **Gegenteil eines genetischen Determinismus** sichtbar werden lassen. Dies gilt verstärkt für die als positiv eingeschätzten Fähigkeiten, Eigenschaften und Merkmale des Menschen wie **Intelligenz, hohe Lebenserwartung oder Körpergröße**, die in der Regel polygen bzw. multifaktoriell bedingt sind und sich folglich nicht einfachhin monokausal auf bestimmte genetische Konstellationen reduzieren lassen.
- Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass die **genetische Variabilität** so ausgeprägt ist, dass im Sinne einer Freiheit von entsprechenden genetischen Dispositionen niemand als gesund gelten kann. Ferner hat die Erfahrung aus der genetischen Beratungspraxis gezeigt, dass Eltern sich keineswegs auf das "genetische Glücksspiel" einlassen, nur Kinder mit günstigen genetischen Konstellationen auszutragen, und dass die **genetische Beratung** nur in etwa 1 % der Fälle zum Schwangerschaftsabbruch führt, viele sonst mögliche Schwangerschaftsabbrüche aber verhindert.

### 5.3.3.3 Bezugnahme auf einen normativen Begriff von Krankheit bzw. Behinderung in der genetischen Beratung

Die verbleibenden Möglichkeiten des Missbrauchs in der ärztlichen Anwendung der Humangenetik können nur durch *Bezugnahme auf einen normativen Begriff von Krankheit bzw. Behinderung* vermieden werden. Eben dies geschieht auch in der genetischen Beratung:



- Aufgrund bestimmter Indikationen, die das Alter der Frau und das Auftreten bestimmter Krankheiten bzw. Behinderungen im Erbgang betreffen, werden nicht beliebige genetische Merkmale ermittelt, sondern nur solche, die Prädispositionen zu bestimmten Krankheiten darstellen. Dabei dienen die bei früheren Familienmitgliedern bereits manifest gewordenen Krankheiten als heuristischer Ausgangspunkt der Anwendung genetischer Diagnoseverfahren.
- Die genetische Beratung klärt dann den Patienten über die festgestellten Risiken und Handlungsmöglichkeiten *non-direktiv* auf, d.h. ohne dem Patienten im Sinne eines Paternalismus die freie Entscheidung im Umgang mit den festgestellten Erkenntnissen zu nehmen.

#### 5.3.3.4 Die Anwendung humangenetischer Methoden in der Pränataldiagnostik

- *Gesetzliche und standesrechtliche Regelungen*

In Deutschland gibt es derzeit keine gesetzlichen Regelungen zur Anwendung der Humangenetik, aber es werden in verschiedenen Gesetzen damit zusammenhängende Fragestellungen berührt:

- so in der an Indikationen orientierten Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch (§§ 218-219d StGB) und
- im "Gesetz zum Schutz von Embryonen" vom 24. Okt. 1990 (Embryonenschutzgesetz).
- Das seit dem 1. Juli 1990 gültige "Gesetz zur Regelung von Fragen der Gentechnik" (Gentechnikgesetz) enthält keine für die Humangenetik direkt relevanten Regelungen.
- Bundestag, Bundesministerien und einzelne Bundesländer haben jedoch Kommissionen eingesetzt, die sich zur Vorbereitung auf gesetzgeberische Maßnahmen mit Fragen der Humangenetik beschäftigten.
- Daneben existieren eine Anzahl relevanter berufsethischer Empfehlungen.

- **Durchführung der genetischen Beratung**

- Jährlich werden in Deutschland derzeit ca. 80-100 000 genetische Beratungen von den Instituten für Humangenetik der Universitäten, an Kinderkliniken sowie von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Die Tendenz ist steigend.
- Die durchführenden Ärzte müssen die Zusatzbezeichnung "*Medizinische Genetik*" führen.
- Alle im Zusammenhang mit einer genetischen Beratung oder einer Pränataldiagnostik erbrachten Leistungen stehen *unter Arztvorbehalt* (vgl. u.a. auch Embryonenschutzgesetz §§ 9-11).

Genetische Beratung kann jeder auf freiwilliger Basis in Anspruch nehmen. Jeder hat das Recht, seine genetische Konstitution feststellen zu lassen. **Häufigster Anlass** (80 %) ist die Auskunft über gesundheitliche Risiken für zukünftige Kinder, nachdem vorher bereits ein Kind krank geboren wurde.

Als **Indikationen für eine genetische Beratung** werden genannt: wenn

- einer der Partner an einer erblichen Krankheit leidet oder das Vorliegen einer derartigen Krankheit vermutet wird,
- in der Verwandtschaft eine Erbkrankheit oder der Verdacht darauf besteht,
- die Ratsuchenden miteinander verwandt sind,
- bereits ein Kind geboren wurde, das möglicherweise an einer Erbkrankheit leidet,
- bisher bei der Mutter ungeklärte Fehlgeburten aufgetreten sind,
- eine Belastung der elterlichen Keimzellen mit Strahlen oder mutagenen Stoffen vorgelegen hat,
- missbildungsauslösende Medikation, Infektionen oder Strahlenbelastungen während der Schwangerschaft vorlagen,
- das Alter der Frau über 35 Jahren liegt, wobei diese Altersgrenze je nach Beratungsstelle unterschiedlich gehandhabt wird.

**Aufgabe des genetischen Beraters** ist es, dem Ratsuchenden die erforderlichen Informationen für eine eigenverantwortliche Entscheidung, in der Regel für die Familienplanung, zu vermitteln.

- Die Beratungsstellen folgen dabei in der Regel dem Konzept der „*nicht-direktiven Beratung*“. Vor allem sollen die familiäre und die soziale Situation der Ratsuchenden, sowie deren ethische und religiöse Wertvorstellungen respektiert werden.
- Nach welchen Kriterien sich der Berater jedoch auf intensive Nachfrage für oder gegen eine Schwangerschaft aussprechen soll, ist ungeklärt. Sicherzustellen ist, dass der beratende Arzt auf das Lebensrecht auch des behinderten Kindes hinweist. Eugenische Zielsetzungen werden durchwegs zurückgewiesen.
- Alle Informationen über genetische Merkmale unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB).
- Die Beratung hat das "Recht auf informationelle Selbstbestimmung" zu achten.

### **Durchführung der Pränataldiagnostik**

- Pränataldiagnostik soll nur nach eingehender fachmännischer Beratung durchgeführt werden.
- Pränataldiagnostik mit dem Ziel der Geschlechtswahl ist unter Anwendung von § 3 Embryonenschutzgesetz **verboten**.
- Sie ist dort nur gestattet, um „*das Kind vor der Erkrankung an einer Muskeldystrophie vom Typ Duchenne oder einer ähnlich schwerwiegenden Erbkrankheit zu bewahren*“.
- Die Indikationen für die Durchführung einer Pränataldiagnostik entsprechen im Wesentlichen denen der genetischen Beratung. Hinzu kommen die Fälle, in denen sich aus einer Untersuchung der Schwangeren, z.B. erhöhte Werte von *Alpha-Fetoprotein* im Serum der Schwangeren, ein Hinweis auf ein möglicherweise krankes Kind ergeben hat.

1985 wurden 22 508 Pränataldiagnostikverfahren zur Feststellung von *Chromosomenanomalien* durchgeführt. **Indikationen** waren dabei (Chancen und Risiken, 149):

73,9 %	Mütterliches Alter über 35 Jahren
5,4 %	ein väterliches Alter über 40 Jahren
7,4 %	das Wiederholungsrisiko
0,3 %	X-chromosomale Krankheiten
2,3 %	andere Erbleiden
10,7 %	Angst ohne medizinische Indikationen (1986: 18,24 %)

In 3 % aller untersuchten Fälle stellt man bei der Pränataldiagnostik eine schwere genetische Krankheit beim Fetus fest. Auf Wunsch der Mutter kann dann geprüft werden, ob ein Schwangerschaftsabbruch in Frage kommt.

### **5.3.3.5 Komplexität der ethischen Urteilsbildung zu den Chancen und Risiken der Pränataldiagnostik**

An den mit der Pränataldiagnostik verbundenen Problemen lässt sich sehr eindrucksvoll die Komplexität und die Vielschichtigkeit der ethischen Urteilsbildung studieren. Dies zeigen die folgenden Überlegungen:

#### **5.3.3.5.1 Der Zusammenhang von Pränataldiagnostik und "therapeutischem Schwangerschaftsabbruch"**

##### **Positiv hervorzuheben ist, dass Pränataldiagnostik**

- den Schwangerschaftsabbruch gesunder Kinder nach "kindlicher" Indikation verhindern kann,
- der Lebens- und Gesundheitsschutz erhöht wird,
- bei einem therapierbaren Gendefekt eine frühzeitige Therapie anzeigen kann,
- auf den möglichen Entscheidungskonflikt zwischen dem Lebensrecht des Kindes und der Übernahme von Leid und Verantwortung vorbereiten kann,
- die Erwägung der Schwere der Anomalien von Arzt und Eltern gemeinsam aufgrund medizinischer Fakten erlaubt.

##### **Pränataldiagnostik ist jedoch dann abzulehnen,**

- wenn sie nicht mehr Heilung zum Ziel hat, sondern mit dem Ziel des Schwangerschaftsabbruch des geschädigten Fetus durchgeführt wird,
- wenn sie durch den Automatismus von Indikation und Abbruch den Schwangerschaftsabbruch fast von selbst zur Folge habe und damit auf die Entscheidung über Leben und Tod des erwarteten Kindes abzielt. Der Automatismus drückt Anmaßung über das Lebensrecht des Menschen und das Menschsein aus.
- wenn die Folge ist, dass nicht die Krankheit, sondern der Kranke verhindert wird.

Zu befürchten ist:

- eine Verschärfung der generellen Abtreibungsproblematik im Fall des behinderten menschlichen Lebens,

- eine „Sogwirkung“ des § 218, da die „Schwere“ und „Zumutbarkeit“ als Indikatoren von gesellschaftlicher Deutung abhängen,
- die Reduzierung der Pränataldiagnostik auf eine „sekundäre Prävention“ genetischer Anomalien,
- die zunehmende Relativierung des Lebensrechts behinderten Nachwuchses,
- eine Verlagerung der Entscheidung für eine Schwangerschaft ins zweite Trimester der Schwangerschaft, die zu einer „künstlichen Entscheidungssituation“ führt,
- der Ausgang der Zumutbarkeitsabwägungen nicht mehr von der Situation der Mutter, sondern vom subjektiven Leiden des Kindes, so dass die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch in „präventiver Eugenik des Mitleids“ gefällt wird.

**Zur Vermeidung dieser Probleme ist darauf hinzuweisen, dass**

- es keine genetische Verantwortung von Eltern gegenüber Kindern gibt,
- eine Schwangerschaft auf Probe ethisch nicht vertretbar ist,
- Krankheit kein Grund zur Tötung und Gesundheit nicht der Maßstab menschlichen Wertes ist. Der Lebensschutz kann keine durch "Qualitätsminderung" bedingte Abstufung zulassen,
- es nicht das Ziel sein kann, Leid unbedingt zu vermeiden,
- Pränataldiagnostik nicht zur Routinemaßnahme im Rahmen der Schwangerenvorsorge werden darf, so dass pränatal-diagnostische Verfahren Angebote bleiben müssen, die Entscheidungsalternativen offenlassen.

#### **5.3.3.5.2 Auswirkungen auf die gesellschaftliche Akzeptanz von Behinderten**

Die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik zur Früherkennung von erblich bedingten Schäden und der Automatismus von Diagnose und "therapeutischem Schwangerschaftsabbruch" könnten, so wird befürchtet, auch langfristig Auswirkungen auf die gesellschaftliche Akzeptanz von Behinderten und das Aufkommen von Selektion und Eugenik zeigen:

**Zwar ist positiv hervorzuheben,**

- dass Pränataldiagnostik die Eltern in Risikofamilien, die bisher bis zur Geburt ihres Kindes einer schweren psychischen Beanspruchung ausgesetzt waren, entlastet, so daß Pränataldiagnostik dann berechtigt ist, wenn eine starke Beunruhigung der Schwangeren auf andere Weise nicht behoben werden kann,
- dass sich etwa bei der Ausrottung von Krankheiten durch Impfen keine Diskriminierung der bleibenden Betroffenen ergeben hat, und
- dass die Beleidigung behinderter Menschen nicht das Unterlassen positiver Möglichkeiten rechtfertigen kann.

**Als ethisch bedenklich ist jedoch zu betrachten, dass**

- ein „kindlich“ indizierter Schwangerschaftsabbruch immer Ausdruck eines gesellschaftlichen Leitbildes ist,

- Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden mit Blick auf die Nützlichkeit des einzelnen zur Steigerung der Gesamtsumme des Glücks,
- eine bedenkliche Mentalitätsveränderungen vom lebenspraktischen Leidensverständnis zur Normabweichung das "normale" Leben und die glücksorientierte Lebensplanung zum Maßstab macht,
- die Gesellschaft dem Leiden am behinderten Nachwuchs Krankheitswert zumißt,
- eine Pflicht zur Gesunderhaltung präventive Zwänge mit sich bringen kann,
- Pränataldiagnostik unter der Forderung des Machbaren und der Ausschaltung von Lebensrisiken steht bei sinkender Akzeptanz von durchschnittlichen Risiken und behinderten Kindern.

**Die Folge ist, dass**

- ich das mühsam erreichte Maß an Toleranz in unserer Gesellschaft gegenüber Behinderten wieder mindern kann und die Eltern, die sich für ein behindertes Kind entscheiden, unter einen verschärften Rechtfertigungsdruck geraten würden.
- pränatal diagnostizierte genetische Abweichungen als soziale Startnachteile und Chancenminderungen erscheinen, die umgangen werden können,
- an die Stelle der „kindlichen“ die "soziale" Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch tritt, da die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch an der "Zumutbarkeit" für die Schwangere bemessen ist, so dass hier ebenfalls psychosoziale Kriterien maßgeblich sind,
- das Recht auf Fortpflanzung unterlaufen wird.

**In diesem Zusammenhang ist jedoch zu bedenken, dass**

- es kein Recht gibt, gesund geboren zu werden,
- für die genetische Lotterie der Natur niemand zur Verantwortung gezogen werden kann,
- Maßstab ärztlichen Handelns das Wohl der Betroffenen und ihrer Familie, nicht der Gesellschaft bleiben soll,
- Behinderung keine Krankheit, sondern eine besondere Form von Gesundheit ist; sie ist eine unter vielen möglichen Eigenschaften eines Menschen, die ihn nicht alleine und nicht sein ganzes Wesen prägt; sie muss als personale menschliche Daseinsform anerkannt werden,
- der Mensch ein Naturrecht auf Individualität hat, die durch Missbildung verdeckt werden oder sich gerade darin äußern kann; nur ein „Anderssein“ impulsiert die Gesellschaft kreativ,
- sich mit Leiden „abzufinden“ Sache des einzelnen im Sinne seiner Autonomie ist, aber keine Option für die Gesellschaft oder Alternative für die Medizin,
- die Beratung sich am Einzelfall orientieren muss.

**5.3.3.5.3 Gefahr von Selektion und Eugenik**

Genetik im Rahmen der Pränataldiagnostik fördert, so ist zu befürchten, eugenisches Denken und wird zur **Eugenik**, wenn

- die Einstellung der Gesellschaft entsprechend ist und der soziale Druck besteht, sich gegen behinderten Nachwuchs abzusichern,
- die Medizin sich sozialen Forderungen nach Prävention allgemein und dem unbedingt gesunden Kind insbesondere unterordnet,
- der Risikofaktor die Risikoperson wird und statt der Krankheit der Kranke verhindert wird,
- die Pränataldiagnostik in Form des Screenings auf ganz bestimmte Gruppen von Risikoträgern ausgedehnt wird,
- eine gezielte Abtreibungsstrategie zur Aussonderung von Embryonen führt, die Träger einer genetisch bedingten Behinderung sind,
- sich der Zwang zur Entscheidung über Lebenswert und -unwert eines behinderten Kindes einstellt,
- vom subjektiven Leiden des Kindes ausgegangen wird, so dass die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch in „präventiver Eugenik des Mitleids“ gefällt wird. Die Eugenik des Mitleids ist offenbar, wenn es sich um erst später im Leben ausbrechende Krankheiten handelt und damit nicht um eine "Zumutbarkeit" für die Mutter, sondern das Urteilen über den Lebenswert dieses Lebens.

**In diesem Zusammenhang werden Befürchtungen geäußert, dass**

- die Verbindung von Gendiagnostik und Konsequenzen für die Fortpflanzung ein erster Schritt in Richtung der neuen Eugenik zu sein scheint,
- eugenisches Denken durch die gesellschaftlich verbreitete utilitaristische Moral wiederkommen könne, für die Gesundheit das allgemein verbindliche Gut schlechthin ist,
- die Bekämpfung von Leid bis zur Vernichtung gehen könne, verbunden mit der Vorstellung, Krankheit und Schmerz seien bei konsequentem Einsatz der technischen Errungenschaften der Medizin schließlich ganz zu beseitigen.

**Pränataldiagnostik ist folglich abzulehnen, wenn**

- sie als Selektion von Embryonen und Feten nach ausschließlich genetischen Eigenschaften eugenischen Charakter trägt,
- sie Tendenzen zu einer Zuchtwahl bei der menschlichen Fortpflanzung fördert, indem sie den Wünschen der Eltern nach einem in jeder Hinsicht gesunden Kind nachzukommen sucht.

#### **5.3.3.5.4 Veränderungen der Begriffe Gesundheit/Krankheit und Behinderung**

Im Rahmen der Diskussion der Pränataldiagnostik wird auch die Frage nach der Grenze von krankheitsrelevanten Aberrationen und normaler Variabilität des Genoms sowie der Bedeutung von Krankheit und Behinderung für den Menschen kritisch diskutiert.

Dabei wird darauf hingewiesen, dass der **Krankheitsbegriff sich dann ändert**, wenn

- „symptomlose Kranke“ vor Ausbruch ihrer Krankheit schon genetisch identifiziert werden,

- Krankheit zunehmend abgelöst wird von einem lebenspraktischen Leidensverständnis zur bloßen Normabweichung; für den medizinischen Laien ist die Normabweichung der Generalnenner größer wie kleinerer genetischer Schäden des Nachwuchses - als Risiko und Abtreibungsgrund reicht daher aus, dass ein normales Leben für Kind und Familie nicht erwartet werden kann;
- die Last der Krankheit, die nicht extern, sondern intern verursacht ist, individualisiert werden,
- die Komplexität des Krankheitsgeschehens auf das genetische Moment reduziert wird und das Paradigma vom Risikofaktor zur Risikoperson wechselt,
- durch den prädiktiven Charakter das "Kranke" in den Bereich des "Gesunden" vorgeschoben wird,
- der Eindruck erweckt wird, Krankheit und Behinderung seien verhinderbar,
- "gesund" in der Gendiagnostik im Sinne genetischer Norm propagiert und zu deren Umsetzung die genetische Verantwortlichkeit der Fortpflanzung forciert wird,
- bei weiterer Entschlüsselung des Genoms die Abgrenzung zwischen "krankhaften" und "normalen" Eigenschaften und Dispositionen immer "künstlicher" wird,
- bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund genetischer Kriterien der herkömmliche Krankheitsbegriff in Frage gestellt wird, der sich mit dem subjektiven Leiden des Patienten verbindet; dies liegt z.B. beim Down-Syndrom nicht vor,
- die gesellschaftliche Formierung von gesund und krank primär erwerbswirtschaftlich orientiert und eher Ausgrenzungs- als Integrationsinstrument ist.

**Treten diese Bedingungen ein, dann ist als Folge zu befürchten, dass**

- der Krankheitsbegriff verwischen kann,
- Krankheit zum individuellen, genetisch bedingten Schicksal wird, das der einzelne allein zu tragen hat;
- das Ertragen von Behinderungen als aktiv-verarbeitende menschliche Leistung mit der Zunahme der Gendiagnostik seltener und als positive Lebenseinstellung unverständlicher werden wird;
- der hohe Wert der Gesundheit mit Machbarkeitsvorstellungen zu einer Eugenik der "Lebensqualität" gestaltet wird, so dass sich die soziale Definition - das normierende Menschenbild und die Zielgestalt menschlicher Natur - „genetizistisch" verändern,
- ein Standard als „normal" angelegt würde, der erreicht werden soll; Übergänge zur Züchtung und Eugenik wären dann fließend.

**Um der befürchteten Veränderung und reduktionistischen Verengung der genannten Begriffe entgegenzuwirken, ist darauf hingewiesen, dass**

- Krankheit und Gesundheit nicht nach statistisch und scheinbar objektiven medizinischen Kriterien festgelegt werden können,
- der Krankheitsbegriff eine Grauzone berage, insofern Eigenschaften wie Zwergwüchsigkeit, niedrige Intelligenzquotient, Neigung zur Depression sowohl Besonderheiten des Individuums im Rahmen normaler menschlicher Bandbreite als auch Krankheit sein können,

- bloße Abweichungen von der genetischen Normalität sich nicht schon auch medizinisch als Krankheit oder Erbschaden definieren lassen: Jede Abweichung von einer Norm, die letztlich willkürlich bestimmt wird, kann sinnvollerweise nicht für die Ausfüllung des Krankheitsbegriffs maßgebend sein,
- menschliches Leben untrennbar mit Vielfalt, Abweichungen von der Norm und Krankheiten verknüpft ist,
- Naturwissenschaft nur feststellt und nicht ohne naturalistischen Fehlschluss zwischen „gesund“ und „krank“ unterscheiden kann.

#### **5.3.3.5.5 Die Veränderungen von Rahmenbedingungen medizinisch-ärztlichen Handelns**

Im Rahmen der Anwendung der Pränataldiagnostik ist auf Seiten des Arztes zu befürchten, dass

- die Bindung der Analyse an die Richtlinien ärztlichen Handelns bei der zu vermutenden Zunahme der Nachfrage durch Testangebote der Laborindustrie unterlaufen werden wird, so dass eine medizinische Beratung aller nicht mehr durchführbar wäre,
- die Zielsetzung ärztlichen Handelns sich verschiebt: vom Helfen durch Heilen hin zur Gewährleistung allgemeinen sozialen und psychischen Wohlbefindens, vom Arztkonzept zur Serviceleistung und zur Verwirklichung allgemein akzeptierter Wünsche hinsichtlich des möglichst vollkommenen Nachwuchses.

#### **Risiken der Pränataldiagnostik sind aber auch da zu sehen, wo die Autonomie des Patienten unterlaufen zu werden droht, wenn**

- die Bindung an Indikationen die Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme der Diagnostik aushöhlen würde, da hiermit eine bestimmte Entscheidung präjudiziert würde,
- durch die präventiven Möglichkeiten präventive Zwänge entstünden, und sich das Recht auf Wissen und auf Nichtwissen langfristig nicht gleichermaßen behaupten könnte; die tatsächliche Ausübung der Freiwilligkeit würde dann letztlich durch sozialen Druck ausgehöhlt,
- der Schutz vor Missbrauch der erhobenen Daten nicht gewährleistet wäre.

#### **5.3.3.5.6 Zugrunde liegende ethische Leitvorstellungen: das Prinzip der Menschenwürde**

Wie bei der Diskussion der Embryonenforschung, der Euthanasie und der Anwendungsmöglichkeiten der Humangenetik insgesamt wird auch im Zusammenhang der Pränataldiagnostik befürchtet,

- dass der Wert des Lebens nicht mehr absolut gesetzt, sondern am Maßstab "genetischer Defekte" diskutiert wird,
- der Mensch auf die genetische Ausstattung reduziert wird,
- Hindernisse im täglichen reibungslosen Funktionieren als genetisch diagnostiziert werden und das Verständnis des Menschen als sozialem Wesen ersetzt wird durch die Wahrnehmung als Molekülmaschine.



### **Dagegenzuhalten ist das Bild des Menschen,**

- als eines nicht in seinen Erbanlagen manipulierten Wesens, dessen genetische Veranlagung als vorgegeben zu respektieren ist, zusammen mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit,
- zu dessen Würde die genetischen Identität und Integrität, die Zufälligkeit, die Individualität, die Unvollkommenheit gehören,
- dessen Würde sich gründet auf die Gottebenbildlichkeit und vor allem die Annahme durch Gott, die auch für das ungeborene und behinderte Leben gelten,
- dessen Würde wesentlich in der Geburtlichkeit und der Naturwüchsigkeit seines Ursprungs gründet, die er mit allen anderen Menschen teilt,
- dessen Unabhängigkeit und Eigenwert wesentlich darin gründet, Produkt des Zufalls zu sein.

⇒ Als unzulässig ist daher jeder Eingriff zu werten, der die Würde der Person aufhebt und den Menschen hindert, seine ihm eigene Menschlichkeit zu entfalten..

### **5.3.4 Gentherapie an somatischen Zellen**

#### **• Eigenart der Somatischen Zellen**

- Somatische Zellen sind Körperzellen, die ihre Möglichkeit sich zu jeder spezialisierten Zelle zu entwickeln durch Differenzierung verloren haben.
- Die Erbinformation von somatischen Zellen wird nicht an nachfolgende Generationen weitergegeben.

#### **• Zielsetzung, Methode und Anwendungsbereich der somatischen Gentherapie**

**Zielsetzung:** Heilung von Erbkrankheiten, die auf dem Fehlen eines funktionsfähigen Gens beruhen.

**Methode:** Transfer und Einbau der entsprechenden konkreten genetischen Information in bestimmte somatische Zellen.

**Anwendungsbereich:** bestimmte monogene Erbkrankheiten. Andere wichtige Entwicklungen auf dem Gebiete der Gentherapie können heute noch nicht genau übersehen werden.

**Beispiel:** Bei Patienten, die infolge eines ererbten Fehlers in einem der Gene für den roten Blutfarbstoff nicht in der Lage sind, normale rote Blutkörperchen zu bilden (**Sichelzellenanämie**), könnte es möglicherweise gelingen, Stammzellen aus dem Knochenmark zu entnehmen, ihnen extrakorporal in einer Nährlösung das für die Ordnungsgemäße Hämoglobinbildung notwendige Gen einzufügen und die Zellen auszuwählen, in denen das Gen in der

gewünschten Weise eingebaut ist und funktioniert. Die so erhaltenen Zellen werden dann nach entsprechender Zellvermehrung wieder in das Knochenmark reimplantiert.

- **Ethische Bewertung**

Diese Therapie ist **ethisch grundsätzlich erlaubt**. Sie ist ähnlich zu beurteilen wie eine Organtransplantation. Im Versuchsstadium wird der Gentransfer die gleichen ethischen Fragen auf wie eine unter Umständen risikobelastete Neulandoperation. Da die Risiken jedoch nicht unerheblich sind, sollte sie nur nach deren genauer Abwägung in Frage kommen.

Grundsätzlich ist eine Regelung der Anwendung der somatischen Gentherapie durch einen **Indikationskatalog** wünschenswert, allein um Meliorisierungs- und Eugeniktendenzen von vorneherein auszuschließen.

Dabei sollte für die Aufnahme in den **Indikationskatalog** gelten:

- dass eine Therapie für den Patienten weitgehend risikolos verläuft
- dass eine Therapie durch gängige medizinische Therapien nicht ersetzt werden kann
- einfachhin leistungssteigernde Eingriffe, die mit einem vordergründigen Konzept von „Lebensqualität“ verbunden sind, oder Eingriffe mit „ästhetischer“ Zielsetzung („Schönheitsoperationen“ etc.) ausgeschlossen werden
- Nutzen/Kostenerwägungen berücksichtigt werden

Grundsätzlich sollte jeder Automatismus zwischen Indikation und somatischer Gentherapie, der die *Entscheidungsfreiheit* eingrenzt, vermieden werden.

### 5.3.5 Gentherapie an Keimbahnzellen

Dagegen stellt der Gentransfer in Keimbahnzellen um es im Bild zu sagen, eine Reise ins Unbekannte dar, weil sich die Folgen einer solchen Behandlung erst in Individuen der nächsten Generation zeigen.

- **Eigenart der Keimbahnzellen**

- Keimbahnzellen sind eine Zell-Linie, aus der sich die Keimbahnzellen entwickeln. Diese Zell-Linie geht von der Zygote bis zu den Zellen, die die Ei- und Samenzellen bilden.
- Jede Änderung in der Erbinformation in dieser Linie wird an die nachfolgende Generation weitergegeben, wenn die betroffene Keimzelle zur Befruchtung kommt und diese zu einem lebensfähigen Individuum führt.

- **Zielsetzung der Keimbahntherapie**

- Ziel eines Gentransfers in menschliche Keimbahnzellen ist es, monogene Erblichen dadurch zu verhindern, dass er das defekte Gen durch ein entsprechend intaktes Gen noch während des Ein-Zellstadiums des Embryos ersetzt.
- Dies setzt die Möglichkeit für einen gezielten Gentransfer voraus. Das transferierte Gen müsste dabei genau an jener Stelle eingebaut werden, an der sich das defekte Gen befindet.

- **Derzeitige Probleme der Anwendung**

- Ein derartiger Gentransfer und -einbau ist derzeit noch nicht möglich.
- *Solange ein gezielter Gentransfer in Keimbahnzellen nicht möglich ist, kommt eine Anwendung der Methode beim Menschen nicht in Betracht. Zwar sind in **Tierexperimenten** Gene in großer Zahl in Keimbahnzellen transferiert worden, die dann auch in Einzelfällen zur gewünschten Genexpression geführt haben. In der Mehrzahl der Fälle gelang dies jedoch nicht. Vielmehr hat sich gezeigt, dass ein ungezielter Einbau an unvorhergesehener Stelle des DNS-Moleküls zu unvorhersehbaren Risiken für das Individuum und seine Nachkommen führen kann. Denn solange es nicht möglich ist, gezielt das Gen an der ihm zukommenden Stelle der DNS einzubauen, ist auch nicht sichergestellt, dass das transferierte Gen nicht durch seinen Einbau am falschen Platz ein anderes Gen zerstört und damit ein anderes Erbleiden bewirkt.*
- Angesichts der nur geringen Zahl von Fällen, in denen ein Gentransfer in Keimbahnzellen im Tierexperiment zur gewünschten Genexpression geführt hat, würde auch die Abwendung dieser Methode beim Menschen eine Selektion der wenigen erfolgreich transformierten Embryonen erforderlich machen. Es würde mit anderen Worten *die Vernichtung der Mehrzahl der einem Gentransfer unterzogenen Embryonen* und damit die Vernichtung artspezifischen menschlichen Lebens in Kauf genommen werden müssen. Dass dies *nicht vertretbar* ist, liegt auf der Hand. Zudem erscheint zweifelhaft, ob jemals Tierversuche eine hinreichend gesicherte Grundlage für einen gezielten Gentransfer in menschliche Keimbahnzellen liefern werden.

- **Ethische Bewertung**

Aber selbst dann, wenn es künftig einmal möglich sein sollte, einen Gentransfer in menschliche Keimbahnzellen gezielt durchzuführen, sind gegen die Abwendung der Methode erhebliche ethische Bedenken geltend zu machen.

- Es besteht insbesondere keine Gewähr dafür, daß sie lediglich zur Beseitigung schwerster Gendefekte eingesetzt werden wird. Denn die Grenze zwischen Therapie und eugenischen Maßnahmen ist schwer definierbar. Jede Abweichung von einer Norm, die letztlich willkürlich bestimmt wird, kann sinnvollerweise nicht für die Ausfüllung des Krankheitsbegriffs maßgebend sein. Seine je einmalige Individualität wie seine Unvollkommenheit gehören zum Wesen des Menschen. Ihn

an einer vermeintlich richtigen Norm zu messen und genetisch auf diese Norm hin zu manipulieren, würde zugleich auch dem **Menschenbild des Grundgesetzes widersprechen** und den Menschen zutiefst in seiner **Würde verletzen**.

- Wenn überhaupt, so wird man einem Gentransfer in menschliche Keimbahnzellen künftig allenfalls bei **schwersten monogenen Erbkrankheiten** nähertreten können, die für die Betroffenen mit einem derartigen Maß an Leiden verbunden sind, daß es inhuman wäre, ein solches Leiden nicht zu verhindern. Wenn es gelingen sollte, zu einem Konsens über den begrenzten Kreis hier infragekommender Gendefekte zu gelangen und einer Ausdehnung des Anwendungsbereichs und damit möglichen Mißbräuchen hinreichend sicher zu begegnen, wird man unter Umständen eines Tages einen gezielten Gentransfer in menschliche Keimbahnzellen in dem oben skizzierten engsten Rahmen zustimmen können. Zur Zeit sind die Voraussetzungen hierfür jedoch noch nicht erfüllt.

**Zusammenfassend** lässt sich zur Gentherapie an Keimbahnzellen sagen:

Da diese Methode unübersehbare Risiken in sich birgt, muss man, vom Prinzip der **Menschenwürde** her *derzeit* ein **kategorisches Nein** zu ihr sagen. Von diesem grundlegenden Prinzip her verbietet sich auch jegliche Forschung, die auf genetische Optimierung menschlicher Fähigkeiten oder Eigenschaften abzielt.

Bei geändertem humangenetischem Wissens- und Technikstand ist dieses Urteil ggf. zu überprüfen.

## **5.4 Ethische Probleme am Ende des menschlichen Lebens: Menschenwürdiges Sterben und Tod**

### **5.4.1 Die veränderte Wahrnehmung von Sterben und Tod**

#### **5.4.1.1 Verändertes Todesbewusstsein**

Der Mensch weiß um seine Sterblichkeit, doch ist ihm dieses Bewusstsein nicht angeboren. Er muss das Wissen um seine Vergänglichkeit aus persönlicher Begegnung und Erfahrung erst gewinnen. Das Kind kann bis zum dritten Lebensjahr mit dem Wort und Begriff des Todes überhaupt keine Vorstellung verbinden. Bedenkt man nun, dass höchstens fünf Prozent aller Kinder bis zum Eintritt ins Schulalter vom Tod eines ihnen nahe stehenden Menschen betroffen werden, so lässt sich leicht er-

ahnen, was dieser Erfahrungsausfall in der Frühphase der Sozialisation für das Bewusstsein bedeutet.

Der heutige Umgang mit dem Tod ist durch drei Faktoren bestimmt:

- **Mangelnde Todeserfahrung**

Im Gegensatz zu früher vollzog sich der Sterbeprozess der Angehörigen im häuslichen Raum der Familie. Tod und Sterben waren von Kindheit an Lebensbegleiter.

Die Entwicklung der modernen Medizin und die damit erreichte Erhöhung des Sterbealters, aber auch das Leben in kleineren Wohngemeinschaften haben die Situation völlig verändert. Der nach dem Zweiten Weltkrieg aufwachsenden Generation bleibt die Erfahrung, einen Leichnam zu sehen oder gar die Agonie eines nahen Angehörigen mitzuerleben, fast völlig erspart.

- **Veränderte Einstellungen zum Tod**

Andererseits entwickelt sich nun aber durch die Veränderung unseres Lebens in veränderten sozialen Strukturen auch eine neue Einstellung zu Sterben und Tod. Die Konfrontation mit dem Phänomen des Todes bleibt uns ja nicht erspart. Täglich aus aller Welt überschüttet mit Meldungen über Tod, Katastrophen und Leid und ständig neuen Bildern von Brutalität und Grausamkeit ausgesetzt, suchen wir uns meist unbewusst immun zu machen gegen Eindrücke, die wir in dieser Fülle gar nicht verarbeiten können.

Die Überinformation zwingt uns unausweichlich zu einer "Ökonomisierung des emotionalen Haushalts", so dass gerade die ständige Information über das Sterben vieler Fernstehender das Bewusstsein von der Möglichkeit des eigenen Todes in den Hintergrund des Bewusstseins gedrängt hat. In diesem Zusammenhang kann man gewiss von einer Art Verdrängung sprechen, die nicht selten zu einem Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit führt oder zum Gegenstück, zur Utopie einer leidfreien Gesellschaft, verleitet.

Auf dem Hintergrund eines allgemeinen Sinnverlusts und einer Unfähigkeit zur Verarbeitung eigener wie fremder Leiden wächst das Verlangen nach Verkürzung sinnlos erscheinender Leiden.

Das Wort vom sinnlosen Leiden ist aber ein gefährliches Wort. Es spiegelt einen sehr oberflächlichen Standpunkt wider. Wer etwas tiefer denkt, wird erkennen, dass die Fähigkeit zu leiden, ähnlich wie die Fähigkeit sich zu freuen, etwas bedeutungsvoll Menschliches aussagt.

Physische Schmerzen sollen und können wir heute weitgehend bekämpfen. Die Fähigkeit zu leiden gehört dagegen zum Menschsein. Ein Leben ohne Leiden ist beinahe so unmenschlich wie ein Leben ohne Freuden. Gerade dieses vertiefte Verständnis von Leiden lässt aber auch verstehen, dass nicht selten unerträgliche physische Schmerzen die Leidensfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Ihre Bekämpfung bildet darum unter Umständen die Voraussetzung für eine menschliche Leidensbewältigung.

- **Konzentration auf das Krankenhaus**

Was sich aufgrund der modernen Bildinformation bei vielen Mitmenschen vollzieht, das ereignet sich in anderer Form im modernen Klinikbetrieb. Die Konzentration des Sterbens auf das Krankenhaus führt die hier Tätigen zur täglichen Begegnung mit Sterben und Tod. Nun darf man weder von den Ärzten noch vom Pflegepersonal erwarten, dass sie sich damit gewissermaßen identifizieren. Der Arzt kann nicht mit jedem Patienten "sterben". Einfühlungsvermögen und therapeutische Distanz müssen sich im rechten Maß verbinden. Anders wäre ein sachgemäßer Dienst nicht möglich. Eine lähmende Betroffenheit der Helfer würde die Hilfe selbst nur hemmen. Es ist gut, dies nüchtern zu sehen und unter richtiger Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen zu prüfen, wie den Sterbenden eine umfassende menschliche Hilfe geboten werden kann.

#### 5.4.1.2 Anonyme Technik und der Sinn der Lebenserhaltung

Diese Hilfe selbst ist zum Problem geworden, seit es immer besser gelingt, tödliche Prozesse aufzuhalten, Organe auszutauschen und das Leben unter Umständen beträchtlich zu verlängern. Menschen, die noch vor einem Jahrzehnt unrettbar dem Tod ausgeliefert waren, können heute dem Leben, der Familie und dem Beruf erhalten bleiben.

Trotzdem darf man nicht verkennen, dass diese erstaunlichen Erfolge im Kampf gegen den Tod zwangsläufig zur Frage nach dem *Sinn der Lebenserhaltung* führen müssen. Für eine Medizin, der es fortwährend besser gelingt, den Tod aufzuhalten, wird es immer wichtiger zu wissen, was menschliches Leben zum Überleben wert macht.

Das biologische Leben und Überleben ist wohl das *fundamentalste* Rechtsgut; insofern ist auch das Recht auf Leben das fundamentalste der Menschenrechte.

Das bloße Überleben ist aber „der Güter höchstes nicht“!

Das biologische Leben gewinnt seine Bedeutung aus der Tatsache, dass es die Voraussetzung bildet für ein personales Leben in Menschlichkeit. In ihm liegt die Bedingung der Möglichkeit personaler Existenz; und diese trägt seine Würde.

### 5.4.1.3 Stadien des Todes

Es lassen sich folgende **Stadien des Todes** unterscheiden:

- **Vita minima** (scheinbarer Tod): Die Grundfunktionen von Atmung und Kreislauf sind auf ein Minimum reduziert. **Spontane Erholung ist möglich.**
- **Klinischer Tod:** Kreislaufstillstand. Spontanerholung ist nicht möglich. Reanimationstechniken sind erfolgreich, wenn sie früher als 3 Minuten nach Eintritt dieses Todes einsetzen.
- **Kortextod:** *Apallisches Syndrom*. Der Mensch kann als Hirnstammwesen über Monate am Leben gehalten werden.
- **Hirntod:** Funktionsausfall des gesunden Gehirns. Der nachfolgende Tod aller Zellen des Körpers innerhalb weniger Tage ist unaufhaltsam. Die rechtlichen Voraussetzungen für die Entnahme von überlebenden Organen sind erfüllt. Die Hirntoddefinition und deren Konsequenzen stellt ein **ethisches Problem von erheblicher Tragweite** dar.
- **Absoluter biologischer Tod:** wenn alle Zellen des Körpers tot sind.

### 5.4.2 Euthanasie und Sterbehilfe

Sterbehilfe oder „Euthanasie“ stellt in all ihren Bereichen nicht nur ärztliche, sondern vor allem auch ethische und rechtliche Probleme.

#### 5.4.2.1 Passive Sterbehilfe

##### a) Das Problem

Es ist nicht Sinn und Aufgabe der Medizin, ein ohnehin verlöschendes Leben, etwa im Alter nach fortgeschrittenem körperlichem und seelischem Abbau oder am Ende einer unheilbaren Krankheit, durch künstliche Maßnahmen noch um Stunden oder Tage zu verlängern. Dass dies trotzdem in der Vergangenheit mitunter Ziel ärztlicher Aktivitäten schien, hat das Missbehagen und die Ablehnung in der Öffentlichkeit hervorgerufen. Es wurde beklagt, dass man damit ein menschenwürdiges Sterben verhindere. Insbesondere die neuen technischen Möglichkeiten der Medizin zur Wiederbelebung und Lebenserhaltung hatten zwar viele Menschen das Leben gerettet, sie führten aber auch zur Anwendung in aussichtslosen Fällen, was oft zur sinnlosen Verlängerung von Leidenszeit und Sterben führte.

Um dem Arzt Richtlinien vorzugeben, unter welchen Bedingungen lebensverlängernde Maßnahmen nicht aufgenommen oder schon laufende abgebrochen werden sollten bzw. durften, wurden Regeln und Empfehlungen erarbeitet.

## b) Definition

„Passive Sterbehilfe“ bezeichnet den **Behandlungsverzicht** bei Sterbenden oder bald Sterbenden.

Das Wort „passiv“ soll dabei aussagen, dass man sich dem Sterbeprozess und der Grunderkrankung gegenüber „passiv“ verhält; keineswegs aber soll es eine passive Haltung gegenüber dem Kranken und seinem Leiden beinhalten.

Im Gegenteil: Der Arzt und alle Helfer sind unter diesen Umständen aufgerufen, dem Kranken durch sorgfältige Grundpflege und **palliative (schmerzlindernde) Therapie** sowie menschliche Zuwendung vermehrt beizustehen.

## c) Voraussetzungen der Erlaubtheit

### • Aufrechterhaltung der Grundpflege als medizinische Rahmenbedingung

Die erforderliche *Grundpflege* ist ein Gebot der Menschlichkeit. Sie besteht in allen jenen Verrichtungen der Krankenpflege, die dem Wohlbefinden des Patienten dienen. Dabei muss kein direkter Bezug zur kausalen Behandlung bestimmter Krankheiten bestehen. **Zur Grundpflege gehören:**

- alle Maßnahmen der Körperhygiene
- alle Maßnahmen der Lagerung des Patienten
- evtl. die Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung, auch bei bewusstlosen Patienten,
- alle erforderlichen Maßnahmen, die das körperliche und seelische Wohlbefinden des Patienten betreffen, solange der Patient bei Bewusstsein ist.

### • Korrekte Entscheidungsfindung zu Verzicht oder Abbruch der Behandlung

⇒ **Der entscheidungsfähige Patient:** kann von Seiten des Arztes, der eine Behandlung übernommen hat und damit als Garant dieses Patienten ist, angenommen werden, dass der Patient zu einem wirklichen freien und überlegten Urteil imstande ist, (keine Einschränkung des Entscheidungsvermögens des Patienten). Der Arzt hat sich an die Entscheidung zu Verzicht oder Abbruch der Behandlung eines Patienten zu halten, der

- ärztlich über seinen Zustand **aufgeklärt** wurde, und
- mit dem alle Vor- und Nachteile einer medizinischen oder chirurgischen Behandlung sowie die (eventuell tödlichen) Folgen einer Ablehnung mit ihm genau besprochen worden sind.



Der Patient entzieht durch die Ablehnung einer bestimmten Behandlung dem Arzt damit das Behandlungsrecht für diesen ganz bestimmten Fall. Der Arzt darf nicht gegen den Willen des Patienten behandeln. (der Arzt kann aber auch nicht gezwungen werden, etwas zu tun, was dem ärztlichen Heilauftrag widerspricht, z.B. unnötige und sinnlose Operationen durchzuführen, ungeeignete Medikamente zu verschreiben)

⇒ **Der nicht entscheidungsfähige Patient:** Ist der Patient infolge von Bewusstlosigkeit nach einem Unfall oder hat die Endphase einer Erkrankung zur Eintrübung des Bewusstseins geführt, so liegt die Entscheidung über das weitere Vorgehen, insbesondere darüber, ob man berechtigt ist, von einer Maximaltherapie abzusehen, beim Arzt. Man wird jedoch alles zur Linderung der Beschwerden tun.

⇒ **Entscheidungskriterien für den Arzt:** Der Arzt hat sich bei seiner Entscheidung nach zweierlei Kriterien zu richten:

- **1. der mutmaßliche Wille des Patienten:** d.h. die Überlegung, wie der Kranke wohl selbst in dieser bestimmten Situation entscheiden hätte. Der Arzt muss sich jedoch davor hüten, diese Rechtsfigur „als Deckmantel eigener Vernunftthoheit“ (A. Eser) zu missbrauchen. **Anhaltspunkte** hierfür sind:
  - Das **Gespräch mit den Angehörigen oder dem Vormund** kann hier weiterhelfen, wobei der Arzt in erster Linie aber das Interesse des Patienten, unter Umständen auch gegen Eigeninteressen der Angehörigen zu wahren hat.
  - Konkrete Hinweise sind unter Umständen beim Vorliegen eines sog. **Patiententestaments** (Patientenverfügung) zu erhalten, vorausgesetzt es ist neueren Datums und passt auf die Situation.
  - **Grundsätzlich gilt jedoch für den Arzt:** Interessen Dritter sollen bei ärztlichen Entscheidungen prinzipiell keine Rolle spielen.
- **2. Prüfung der objektiven Kriterien, die sich aus Diagnose und Prognose ergeben:**
  - Bestehen Schädigungen, die ein Weiterleben auf keinen Fall mehr nicht mehr ermöglichen, dann ist auf eine Behandlung zu verzichten (**Behandlungsverzicht**)
  - besteht Hoffnung auf Besserung oder Heilung, dann sind die Vitalfunktionen zu stabilisieren und die weitere Prognosestellung abzuwarten, bevor weitere Entscheidungen über einen möglichen Behandlungsabbruch getroffen werden können (**Behandlungsabbruch**).

### 5.4.2.2 Aktive Sterbehilfe

#### a) Definition

Als „aktive“ Sterbehilfe bezeichnet man die absichtliche Lebensverkürzung bzw. die aktive Beschleunigung des Todeseintritts oder der sog. „Tötung auf Verlangen“.

Geschieht dies *auf Wunsch des Patienten* („**Tötung auf Verlangen**“), so ist es nach § 216 StGB strafbar.

Geschieht es *ohne Begehren des Patienten*, so kommt § 211 StGB (**Mord**) in Frage.

Aktive Sterbehilfe ist nicht nur **strafbar**, sie wird von den meisten ärztlichen Standesregeln auch ausdrücklich abgelehnt.

#### b) Das Problem der „Tötung auf Verlangen“

Die Tötung eines Menschen, auch wenn sie auf dessen klaren und eindeutigen Wunsch erfolgt, steht bis anhin in den meisten Staaten unter Strafe. Dennoch wird versucht, diesen Tatbestand zu ändern. Jedermann soll berechtigt sein, auf ausdrücklichen Wunsch von einem dazu freiwillig bereiten Arzt den Gnadentod zu erhalten. Diese Forderung beruht auf einer Position, die ein Recht des Menschen für gegeben erachten, den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen.

#### • Vorschläge für eine gesetzliche Regelung der freiwilligen aktiven Euthanasie

So genannte Euthanasiegesellschaften wurden gegründet. Sie legen Entwürfe vor für eine gesetzliche Regelung der freiwilligen aktiven Euthanasie. Dabei ist vorgesehen, dass der Euthanasiewillige bei einem Notar eine beglaubigte Euthanasieerklärung hinterlegt. In dieser Erklärung kann er auch die näheren Bedingungen festlegen, unter denen er den **Gnadentod** erhalten möchte.

#### Drei Varianten sind vorgesehen:

- Die erste sieht die Einschläferung nur vor *bei physischer Krankheit, die als unheilbar und zum Tod führend angesehen wird*. **Unheilbarkeit und Wahrscheinlichkeit des Todes sind hier die Kriterien.**
- Wesentlich weiter geht die zweite Möglichkeit. Sie verlangt die Tötung schon bei einem schweren körperlichen Gebrechen, das den Menschen erheblich beeinträchtigt und ihm wahrscheinlich große Schmerzen bereiten wird. Als **Musterbeispiel** wird auf eine **Querschnittsläsion**, d.h. auf eine durch Schädigung des Rückenmarkquerschnittes hervorgerufene Lähmung, hingewiesen. Solche Verletzungen verlaufen nicht notwendig tödlich. Sofern sie allerdings den obersten Teil des Rückenmarks betreffen, führen sie häufig zu Atemlähmung und machen eine künstliche Beatmung notwendig.

- Am weitesten geht die dritte Variante. Der Euthanasiewillige verlangt eine tödliche Spritze bei einer Gehirnverletzung oder Gehirnerkrankung, wodurch die normalen geistigen Funktionen schwerwiegend und irreparabel geschädigt werden.

Während unter der ersten und unter der zweiten Bedingung der Patient möglicherweise noch in den Ausführungsbeschluss miteinbezogen werden kann, bleibt dies bei der dritten Bedingung von der Natur der Sache her ausgeschlossen. Wo die normalen geistigen Funktionen schwerwiegend und irreparabel geschädigt sind, ist kein verbindlicher Widerruf mehr möglich.

Das Verfahren der Euthanasiegesellschaften sieht vor, dass in jedem Fall *zwei unabhängige Ärzte* abklären müssen, ob die Bedingungen, welche der Patient gestellt hat, nach objektiver Prüfung der Sachlage erfüllt seien. Dann dürfte ein Arzt in Erfüllung der beim Notar hinterlegten Euthanasieerklärung den Patienten schmerzlos einschläfern.

#### • **Distanzierung zur Zwangseuthanasie**

Die Befürworter nehmen mit Empörung Distanz von der Zwangseuthanasie im Dritten Reich. Das Töten eines Menschen ohne seine Einwilligung sei und bleibe ein Verbrechen. Die freiwillige Euthanasie aber liege durch den freien Wunsch des Patienten auf einer völlig anderen Ebene. Jeder müsste in einem liberalen Rechtsstaat das Recht haben, über sich selbst zu verfügen. Dieses Recht dürfe nicht aufgrund traditioneller weltanschaulicher Überzeugungen strafrechtlich eingeengt werden. Dabei wird den Kirchen der Vorwurf gemacht, sie benützten ihre Stellung im Staat, um weltanschauliche Minderheiten zu unterdrücken. So würden sie in höchst intoleranter Weise versuchen, ein Euthanasiegesetz zu verunmöglichen.

#### • **Moralische Bedenken**

Demgegenüber ist jedoch zu fragen, ob nicht gerade der Schutz der individuellen Freiheitsrechte der Patienten letztlich auch eine Tötung auf Verlangen verbiete. Der Ruf nach dem Gnadentod kommt in aller Regel nicht von Kranken und Sterbenden, er wird vielmehr von Gesunden und nicht selten von jungen Menschen erhoben.

Er ist in seiner letzten Bedeutung gar kein Todeswunsch, kein *Thanatos*-Verlangen, sondern Eros, Verlangen nach Leben. Es ist der Wunsch, dass es einem nie so ergehen möge, wie man dies vielleicht bei einem Mitmenschen erlebt, meist auch nur davon gehört hat. Ein solcher Wunsch kann - selbst wenn er schriftlich abgegeben würde - niemals typisch sein für die Situation, in der er eingefordert werden müsste. Er müsste also in der hoffnungslosen Situation des Kranken selbst ausdrücklich wiederholt werden. Dies ist nach aller ärztlichen Erfahrung bis heute äußerst selten. Ja, es ist in den meisten von den genannten Gesetzentwürfen vorgesehenen Fällen überhaupt nicht möglich. Es ist einfach unververtretbar, einen Menschen unter der völlig veränderten Situation einer schweren Gehirnverletzung oder bei einer altersbedingten Gehirnerkrankung einzuschläfern, weil er als gesunder Mensch den Wunsch gehabt hat, nie in eine solch hoffnungslose Situation zu kommen. Gerade im wohl-

verstandenen Interesse der Freiheit der Person kann der Rechtsstaat **die Tötung auf Verlangen nicht zulassen**.

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass es gar nicht leicht ist, die Öffentlichkeit von dieser Meinung zu überzeugen. Umfragen und Abstimmungen lassen erkennen, wie tief die Angst sitzt, vielleicht einmal hoffnungslos Apparaten ausgeliefert zu werden. Man lässt sich beeindrucken von konkreten Erlebnissen und ergreift entsprechend Partei.

Als typisches Beispiel erinnern wir uns an jene holländische Ärztin, die zu einer symbolischen Freiheitsstrafe von einer Woche verurteilt wurde, weil sie ihre teilgelähmte und depressive Mutter auf deren Verlangen hin durch eine Überdosis Morphinum getötet hatte. Die Ärztin fand in der Bevölkerung weithin Verständnis und Zustimmung.

Man lässt sich von einem einzelnen Fall in seiner menschlichen Tragik beeindrucken und ist bereit, ein Verhalten zu tolerieren, das einem von der Gesinnung her als menschlich tragbar erscheint. Man bringt in seine meist spontane Stellungnahme zum konkreten Einzelfall nicht alle Überlegungen ein, die sich aus einer prinzipiellen Betrachtungsweise ergeben würden. So überlegt man nicht, welche fast unlösbaren Probleme der Sicherheit und des Vertrauens die allgemeine Einführung einer solchen Praxis in unsere Kliniken hineinragen würde. Man denkt kaum daran, dass für jede Tötung auf Verlangen auch der Arzt und die Schwester bereitstehen müssen, die willens sind, die tödliche Spritze zu verabreichen. Würden damit die Ärzte und das Pflegepersonal nicht absolut überfordert?

Beim Einsatz für die Freiheit des einzelnen vergisst man allzu leicht, dass die individuelle Freiheit am Allgemeinwohl ihre Grenze findet. Es wäre doch zu kurzfristig, wollte man in der positiven Parteinahme vieler unserer Zeitgenossen für solche Vorgänge nur eine mehr oder weniger gefühlsmäßige Solidarisierung mit der sich dahinter verbergenden Tragik sehen.

Das spontane Solidarisieren macht darüber hinaus deutlich, wie sich das Normbewusstsein in unserer Gesellschaft erstaunlich rasch verändert. Das ist nicht so außergewöhnlich, wenn man bedenkt, welche entscheidenden Veränderungen die ständigen Fortschritte der Naturwissenschaft, der Technik und der Medizin für unser Lebensgefühl bedeuten. Diese Möglichkeiten einer immer ausgedehnteren Steuerung der Lebensprozesse wecken das Bewusstsein einer weitgehenden Verfügbarkeit über das Leben und den Tod. So gesellt sich neben das Recht auf Leben die Forderung nach dem Recht auf den Tod. Dieses Verlangen auf das Recht zur aktiven Verkürzung eines nicht verarbeiteten und darum sinnlos erscheinenden Leidens ist darum bei unseren Zeitgenossen nicht einfach als Willkür zu deuten. Man muss darin zum Teil eine verzweifelte Reaktion gegen die irrationale Künstlichkeit der Lebensverlängerung um jeden Preis sehen. Solche Ängste sind nur durch zwischenmenschliche Beziehungen abzubauen. Dieser Bezug von Mensch zu Mensch, dieses Klima der menschlichen Zuwendung ist die entscheidende Voraussetzung der wahren Sterbehilfe.

### 5.4.2.3 Sterbebegleitung und Sterbebeistand: Sterbehilfe als Lebenshilfe

**Sterbebeistand oder Sterbebegleitung** meint die möglichst gute mitmenschliche und medizinische Betreuung und Begleitung Sterbender.

- Das Wort „**Sterbehilfe**“ bezieht sich also auf den Sterbevorgang.
- „**Sterbebegleitung**“ dagegen auf den kranken Menschen.

**Sterben** ist ein Stück Leben. Die Worte „**Tod**“ und „**Sterben**“ bedeuten nicht das gleiche.

Der **Tod** bedeutet ein Ende, einen Zustand; biologisch spricht man von **Herzstillstand** oder von dem damit in einem gegenseitigen Verhältnis stehenden **Gehirntod**. Sie sind Zeichen für das Ende der menschlichen Person in diesem ihrem konkreten Leib.

Das **Sterben** dagegen ist der Weg, den der Mensch in seiner letzten Lebensphase bis zum Tod zurücklegen muss. Es ist immer ein kürzeres oder längeres Stück Leben. Der Beistand, den wir den Sterbenden leisten, ist daher immer ein Stück Lebenshilfe, eine Hilfe im letzten beschwerlichen Stück unseres Lebens. Hinter einer Anzahl physiologischer Prozesse verbirgt sich ein persönliches Geschehen, das sehr verschieden miterlebt wird.

- Viele erleiden einen sehr raschen Tod und können damit das Sterben kaum erfahren.
- Andere sind zwar vom Tod gezeichnet, aber sie wollen nichts davon wissen, ja sie sind bis zum äußersten auf der Flucht.

Die Zahl derjenigen aber, die **dem Tod bewusst entgegengehen** und die nach Hilfe verlangen, ist nach neueren Untersuchungen größer, als man allgemein vermutet. Ich darf an die Untersuchungen erinnern, die in der Medizinischen Klinik Erlangen-Nürnberg bei Sterbenden durchgeführt wurden. 75% der Patienten waren während der letzten Stunde ihres Lebens zeitlich und örtlich orientiert. Ich kann nicht darüber urteilen, ob dieses Ergebnis allgemein repräsentativen Charakter hat. Wie immer aber das Sterben eines Menschen sich vollzieht, wir sollten von der Grundeinsicht ausgehen, dass **Sterben nicht identisch ist mit dem Tod**, sondern als ein inneres Moment zum Leben des Menschen gehört und darum am Begriff der Menschenwürde Maß nehmen muss.

Das **Altern** als letzte Etappe auf dem Lebensweg hat sicher eine Reihe **negativer** Aspekte und wird deshalb als gegenläufig zu Entwicklung und Entfaltung erfahren. Es ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Bereitschaft zur Krankheit, den Abbau der physischen Kräfte, die Einschränkungen der Möglichkeiten und eine generelle Verlangsamung der Reaktionen.

Das Alter hat aber auch **positive** Aspekte, sofern das Nervensystem noch funktionsfähig ist. Der alternde Mensch verfügt über einen großen Schatz an Erfahrungen, hat

eine größere Distanz zur Dringlichkeit der Alltagsgeschäfte, gewinnt Abstand von ichbezogener Emotionalität, verfügt über eine größere Sachlichkeit, kurzum er kann sich in der Weisheit vollenden. Trotz medizinischer Fortschritte kann aber das Leben nicht beliebig verlängert werden. Es scheint eine **maximale Lebensdauer von ca. 100 bis 120 Jahren** zu geben, der wir uns für die Gesamtpopulation immer mehr annähern („Rektangularisierung“). Der Tod ist unausweichlich. **Das Leben vollendet sich erst in der Vorbereitung auf dieses sichere Ende.**

Gemäß den Untersuchungen von Elisabeth Kübler-Ross (1980) lassen sich folgende **Phasen der Vorbereitung auf den zu erwartenden Tod** feststellen, die allerdings nicht immer in dieser Reihenfolge durchschritten werden und deshalb keine strenge Abfolge beinhalten:

- **1. Phase:** **Nicht-wahrhaben-wollen** und Isolierung.
- **2. Phase:** **Zorn:** „*Warum ausgerechnet ich?*“
- **3. Phase:** Verhandeln um Vorteile und Annehmlichkeiten, um Verlängerung der Lebensspanne. Vielleicht geschieht noch ein **Wunder**.
- **4. Phase:** **Depression.** Der Patient beginnt sich auf den Verlust aller geliebten Dinge vorzubereiten. Abschiedsschmerz, Trauer. Regelung der Verhältnisse, Testament.
- **5. Phase:** **Zustimmung** und Ergebenheit in den Tod.

Arzt, Pflegepersonal und Angehörige sollten diese Zustände kennen, um jeweils menschlich richtig auf den Patienten einzugehen.

## 6 ANHANG: FALL- BZW. ÜBUNGSBEISPIELE

Versuchen Sie, aufgrund der Lektüre des Studienbriefes sich ein ethisches Urteil zu folgenden Fallbeispielen zu bilden:

### 6.1 Fall 1: Schweigepflicht

Frau M. geht zu ihrem Hausarzt Dr. P., der sie und ihre ganze Familie nun schon seit vielen Jahren betreut. Sie klagt über Beschwerden, die sie sich mit einem Magengeschwür erklärt, das sie selbst auf Probleme mit ihrem Mann zurückführt. Er habe sich seit ungefähr einem halben Jahr ganz in sich zurückgezogen. Sie könne kein offenes, entspanntes Gespräch mehr mit ihm führen.

Herr M. kommt wenige Tage später zu Dr. P., um mit ihm ein "vertrauliches Gespräch unter vier Augen" zu führen, wie er sagt. Er habe seit nun fast einem Jahr eine Freundin, die er bei einer Geschäftsreise kennen gelernt habe. Seine Frau wisse nichts davon, und er wolle es ihr auch vorerst noch nicht sagen. Er habe nun allerdings ein großes Problem, das ihm unbeschreiblich viel Angst mache. Seine Freundin habe bis zum Zeitpunkt ihres Kennenlernens mit einem bisexuellen Mann zusammengelebt und habe sich bei ihm offensichtlich mit dem AIDS-Virus infiziert. Sie habe gestern erfahren, dass der HIV-Test bei ihr positiv sei, und er möchte jetzt ebenfalls einen solchen Test machen lassen. Seine Frau dürfe von der Angelegenheit auf keinen Fall etwas erfahren.

Die Empfehlung von Dr. P., bis zur Klärung der Situation bei sexuellem Kontakt zu seiner Frau, und selbstverständlich auch zu seiner Freundin, ein Kondom zu benutzen, lehnt Herr M. ab mit der Begründung, das habe er bei seiner Frau noch nie getan. Wenn er es jetzt plötzlich anfinge, würde sie sicher sofort Verdacht schöpfen. Er könne den Geschlechtsverkehr mit ihr auch nicht ganz abbrechen, da sie sonst noch misstrauischer würde als sie es im Moment ohnehin schon sei.

Mit seiner Freundin würde er so bald gar nicht mehr schlafen, zumindest nicht bis er das Ergebnis seines Testes habe. Dafür habe er viel zu viel Angst vor einer eventuellen Ansteckung. Sollte er noch nicht infiziert sein, dann würde er sowieso seine Freundin verlassen, und für diesen Fall wäre es ihm lieber, wenn seine Frau erst gar nichts von der Angelegenheit erfahren hätte.

### 6.2 Fall 2: Ärztliches Berufsverständnis

Dr. P. ist seit mehreren Jahren Assistenzarzt in einer internistischen Abteilung einer großen Universitätsklinik. Er arbeitet auf einer onkologischen Station und betreut dort viele Patienten, die schon seit langer Zeit immer wieder für Zytostasen ein paar Tage in der Klinik verbringen.

Im Laufe des vergangenen Jahres hat Dr. P. sehr sorgfältig für jeden seiner Patienten einen individuellen Medikamentenplan insbesondere hinsichtlich der Antiemetika (Medikamente gegen Übelkeit und Erbrechen) erstellt. Seine Patienten sind ihm dafür sehr dankbar, und einige von ihnen sagen, sie hätten nur mit seiner Hilfe die belastende Chemotherapie durchgehalten.

Nun tritt der Chefarzt der Abteilung an Dr. P. heran mit der Bitte bzw. dem Auftrag, ein neues Antiemetikum bei den Patienten seiner Station im Rahmen einer klinischen Studie anzuwenden. Dr. P. gibt zu bedenken, dass viele seiner Patienten einer Änderung der Medikation sicherlich ablehnend gegenüberstünden, insbesondere wenn es sich nicht um ein erprobtes Medikament handele. Er könne das neue Medikament bei denjenigen Patienten einsetzen, bei denen er noch nach einer geeigneten Antiemese suchen würde. Diejenigen Patienten aber, die schon einen festen Medikamentenplan hätten, würde er nur sehr ungern auf eine erneute Änderung der Medikation ansprechen.

Der Chefarzt zeigt für die Überlegungen von Dr. P. keinerlei Verständnis und verlässt mit der Bemerkung die Station, dass Dr. P. es sich ja noch einmal in Ruhe überlegen könne, ob er tatsächlich an Forschung und universitärem Lehrbetrieb interessiert sei. Dr. P. hat den Eindruck, dass sein Chefarzt mit dieser Bemerkung auf sein Habilitationsvorhaben anspielen wollte.

### **6.3 Fall 3: Ärztlicher Verantwortungsbereich**

Ein 38-jähriger Mann leidet fast täglich an anfallartig auftretenden Herzbeschwerden, die einem Herzinfarkt ähneln. Nachdem viele Ärzte ihm versichert haben, sein Herz sei organisch vollkommen in Ordnung, sucht der Patient auf Anraten einen Psychiater auf. Dieser findet heraus, dass den Beschwerden seines Patienten ein schwieriges Mutter-Sohn-Verhältnis zugrunde liegt. Der Patient lebt noch bei seiner 68 Jahre alten, alleinstehenden Mutter. Sein Vater war vor 10 Jahren an einem Herzinfarkt verstorben.

Etwa 3 Jahre zuvor hatte der Patient sich verlobt. Seine Mutter erlitt eine Woche später einen Herzinfarkt und bat ihren Sohn, die Hochzeit zu verschieben bis es ihr wieder besser ginge. Vor einem Jahr hatte die Mutter erneut einen Herzinfarkt, und zwar genau zu dem Zeitpunkt als wieder über Hochzeitspläne gesprochen wurde.

Die Verlobte des Patienten trennte sich von diesem, nachdem er sie erneut um Rücksicht auf seine Mutter gebeten hatte. Wenige Wochen später traten die Herzbeschwerden bei dem Patienten auf, und er war zunächst der Überzeugung, dass ein schwaches Herz wohl in der Familie liege und er nur ein wenig Erholung brauche.

Der behandelnde Psychiater sieht nur dann eine Möglichkeit für die Heilung des Patienten, wenn dieser es schafft, sich von seiner Mutter zu lösen und als ersten Schritt eine eigene Wohnung zu beziehen. Nach einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt der Mutter erfährt er allerdings, dass sich diese in einem solch schlechten Zustand befindet, dass eine schwere emotionale Belastung mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem erneuten Herzinfarkt führen könne.

### **6.4 Fall 4: Therapie-Abbruch, Allokation**

Nachts um 3 Uhr kommt ein Ehepaar in den Kreißsaal einer großen gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung. Die Frau ist in der 39. Schwangerschaftswoche und hat ca. 1 Stunde vorher eine vaginale Blutung bemerkt. Der diensthabende Arzt wird sofort gerufen. Er kann die Ursache der Blutung nicht eindeutig feststellen. Im CTG (Cardiotokogramm, Ableitung der Herzöne des Kindes zur Überwachung seines Zustandes) ist unmittelbar zu erkennen, dass das Kind gefährdet ist, so dass notfallmäßig eine Kaiserschneidung durchgeführt wird.

Die anwesenden Kinderärzte reanimieren das Kind und bringen es auf die Neugeborenen-Intensivstation des Kinderkrankenhauses. Im Verlauf der folgenden Tage stellt sich heraus, dass das Kind, ein normalgewichtiger und ansonsten gesunder Junge, durch eine vorzeitige Plazentalösung schwer geschädigt ist. Es wird ein apallisches Syndrom diagnostiziert, begleitet von intermittierenden Atmungsstörungen, die immer wieder eine künstliche Beatmung notwendig machen.

Die Ärzte sprechen oft mit den Eltern, die die Situation - es ist ihr erstes Kind, auf das sie lange gewartet haben - offenbar nicht wahrhaben wollen. Sie fordern, dass alles erdenklich Mögliche für den Jungen getan wird. Diese Situation zieht sich über mehrere Wochen hin ohne dass die Eltern sich der Frage nach einem Therapieabbruch überhaupt stellen. Die Mutter hat die Ausübung ihres Berufes (Sekretärin) aufgegeben, damit sie sich um das kranke Kind kümmern kann. So oft sie nur kann ist sie bei ihm.

An einem Nachmittag wird in einem benachbarten Krankenhaus aufgrund nicht zu beherrschender vorzeitiger Wehen ein gesund erscheinendes Kind in der 30. Schwangerschaftswoche geboren, das beatmungspflichtig ist. Sämtliche Beatmungsplätze der Neugeborenen-Intensivstationen in der Umge-



bung sind belegt, so dass der Stationsarzt die anwesende Mutter des apallischen und zu der Zeit beatmungspflichtigen Jungen fragt, ob sie damit einverstanden sei, dass man angesichts dieser Situation die Beatmung ihres Sohnes abbreche, um das gerade geborene andere Kind versorgen zu können.

## **6.5 Fall 5: Behandlungsverzicht im Notdienst**

Dr. M. ist Arzt auf der Intensivstation eines mittelstädtischen Krankenhauses. Er betreut dort wiederholt einen 74 Jahre alten Patienten, der immer wieder bewusstlos wegen Herzrhythmusstörungen in das Krankenhaus eingewiesen wird, sich dort bislang auch immer wieder erholt hat. Dr. M. hat im Laufe der Zeit eine gute Beziehung zu dem Patienten gewonnen, insbesondere in den Gesprächen um das weitere therapeutische Vorgehen. Dr. M. versucht dem Patienten zu verdeutlichen, dass nur die Implantation eines Herzschrittmachers einen dauerhaften Erfolg haben könne, doch lehnt der Patient dies strikt ab, wie er sagt aus religiösen Gründen. Beim letzten stationären Aufenthalt des Patienten bittet dieser Dr. M., bei erneuter Einweisung keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr zu ergreifen, er habe mit seinem Leben abgeschlossen, sei alleinstehend und wolle auf keinen Fall mehr reanimiert werden.

Wenige Wochen später wird Dr. M. als diensthabender Notarzt gerufen: Ein Mann sei bewusstlos vor einem Supermarkt zusammengebrochen. Dr. M. erkennt in dem Mann den ihm bekannten Patienten mit den Herzrhythmusstörungen wieder und erinnert sich an das letzte Gespräch mit ihm. Er sieht sich nun vor die Entscheidung gestellt, ob er Reanimationsmaßnahmen ergreifen soll oder nicht. Er spürt, dass die anwesenden Sanitäter und die umherstehenden Schaulustigen durch sein Zögern unruhig werden. Erste Kommentare wie "Der ist wohl zu alt, für den tut man nichts mehr" werden laut.

## **6.6 Fall 6: Patiententestament**

Eine 56 Jahre alte Frau wird bewusstlos in ein kleines Kreiskrankenhaus eingeliefert. Passanten auf der Straße hatten den Notarzt gerufen, als die Frau bewusstlos auf der Straße zusammenbrach. Sie wird auf der Intensivstation versorgt. Ihr Zustand verschlechtert sich, so dass sie beatmungspflichtig wird. Nach einem Tag hat sich ihr Zustand soweit stabilisiert, dass keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

Diagnostiziert wird ein Schlaganfall aufgrund einer intrazerebralen Blutung. Wenige Tage nach diesem Ereignis kommt die Nichte der Patientin, die ihren Urlaub eigens abgebrochen hat, zum Stationsarzt und übergibt ihm ein Schriftstück, das die Patientin vor 10 Jahren anlässlich des Todes ihrer Schwester aufgesetzt und jedes Jahr erneut unterschrieben hat. In diesem mit "Patiententestament" überschriebenen Dokument verleiht die Patientin ihrem Wunsch Ausdruck, bei einer schweren Erkrankung, die ihr Leben nachhaltig und schwer beeinträchtigen werde, keine lebenserhaltenden Maßnahmen zu ergreifen. Konkrete Anhaltspunkte, was die Patientin als schwere Beeinträchtigung ansehen würde, enthält das Schriftstück nicht. Die Nichte gibt aber an, aus Gesprächen zu wissen, dass die Patientin bereits ein Leben im Rollstuhl unerträglich fände und einen längeren Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik auf keinen Fall akzeptieren würde. Sie bittet den Stationsarzt, die künstliche Beatmung einzustellen, da nach einem so schweren Schlaganfall ja wohl auf jeden Fall gravierende Lähmungen verbleiben würden.

## **6.7 Fall 7: Sterilisierung nicht Einwilligungsfähiger**

Ein Ehepaar kommt mit seiner 16-jährigen Tochter zum Gynäkologen. Sie berichten ihm, dass die Tochter aufgrund eines Zwischenfalls bei der Geburt geistig behindert sei und sich auf dem Entwicklungsstand einer Dreijährigen befände. Körperlich sei sie allerdings altersentsprechend entwickelt und

fände seit einigen Wochen offenbar Gefallen daran, sich Jungen ungefähr gleichen Alters sexuell zu nähern. Einmal in der vergangenen Woche hätten sie sie zufällig dabei überrascht, wie sie mit einem ebenfalls geistig behinderten Mann aus derselben Betreuungsgruppe nackt im Bett gesessen habe und sie gegenseitig ihre Körper untersucht haben. Auch wenn diese Situation auf sie eher spielerisch gewirkt habe und ihre Tochter auch noch Jungfrau sei, würden sie sicherheitshalber wollen, dass ihre Tochter sterilisiert würde.

## 6.8 Fall 8: Schwangerschaftsabbruch in einer Notlage

Frau M., 33 Jahre alt, kommt zum Gynäkologen. Sie ist in der 9. Woche schwanger und bittet den Arzt um die Durchführung einer Abtreibung. Sie berichtet dem Gynäkologen, dass sie sich aus folgender Situation heraus zu einem Schwangerschaftsabbruch entschlossen habe:

Sie führe mit ihrem Mann seit nun 14 Jahren eine glückliche und harmonische Ehe. Sie haben damals geheiratet, da sie ungewollt schwanger geworden war. Unmittelbar nach der Geburt der ersten Tochter sei sie wieder schwanger geworden und habe einen Jungen geboren. Die Kinder seien nun 14 und 13 Jahre alt.

Ihr Mann, 38 Jahre, habe vor einem Jahr einen schweren Motorradunfall erlitten und sei seitdem arbeitsunfähig. Die ihn behandelnden Ärzte könnten noch nicht genau sagen, ob er jemals wieder aus dem Rollstuhl herauskäme. Außerdem sei er aufgrund seiner Behinderung ziemlich depressiv geworden, und sie müsse sehr viel Kraft aufwenden, um ihn überhaupt zu seinen gymnastischen Übungen zu motivieren.

Sie selbst habe vor 14 Jahren der Kinder wegen ihre begonnene Ausbildung als Bankkauffrau nicht zu Ende geführt, die Ausbildung nun aber wieder aufgenommen, weil sie es für wahrscheinlich halte, daß sie in Zukunft die Familie ernähren müsse. Der Haushalt werde weitgehend von ihrer Tochter übernommen.

Sie habe ihrem Mann nichts von der jetzigen Schwangerschaft gesagt, da sie fest zu einer Abtreibung entschlossen sei, aber genau wisse, wie sehr ihn diese Sache belasten würde. Er mache sich ohnehin schon zu viele Vorwürfe, da er glaube, durch seinen Unfall die Familie ins Unglück gestürzt zu haben. Wenn er sich nun auch noch für diese Abtreibung verantwortlich fühlen würde, befürchte sie, daß ihr Mann Selbstmord begehen würde.

## 6.9 Fall 9: Schwangerschaftsabbruch aus genetischer Indikation

Ein junges Mädchen von 17 Jahren kommt völlig verschüchtert in Begleitung ihrer Mutter zur stationären Aufnahme auf eine gynäkologische Abteilung. Die Stationsärztin bittet das Mädchen ins Untersuchungszimmer, die Mutter kommt ungefragt mit. Nachdem alle Fragen der Ärztin an die Patientin trotz mehrmaliger Hinweise unmittelbar von der Mutter beantwortet werden, bittet die Ärztin die Mutter, das Zimmer für kurze Zeit zu verlassen, um sich überhaupt mit der Patientin unterhalten zu können, woraufhin die Mutter schimpfend hinausgeht.

Die Patientin erzählt dann, dass sie im Urlaub vor gut 4 Monaten in einer Diskothek einen ganz netten Jungen kennen gelernt habe, der sie überredet habe, mit ihm zu schlafen. Über eine mögliche Schwangerschaft habe sie in dem Moment gar nicht nachgedacht, und nun sei sie schwanger und wisse noch nicht einmal den Namen des Vaters.

Ihr älterer Bruder sei vor zwei Jahren an *Muskeldystrophie Duchenne* gestorben. Die ganze Familie habe nun große Angst, dass das Kind in ihrem Bauch ein Junge sein könne, der auch krank ist. Ihre Mutter habe sie deswegen gezwungen, Untersuchungen durchführen zu lassen und die Schwangerschaft abubrechen, wenn es tatsächlich ein Junge wäre. Auf die Frage der Ärztin, wie die Patientin selbst zu einer Abtreibung stünde, erhält sie keine klare Antwort. Die Patientin sagt nur mit tränenerstickter Stimme, dass sie an ihrem Bruder sehr gehangen habe.

Die Mutter macht der Ärztin schwere Vorwürfe, als sie ihre weinende Tochter sieht und läßt von da an keine weiteren Gespräche ohne ihre Anwesenheit mehr zu. Das Mädchen selbst verschließt sich völlig.

Bei der Fruchtwasseruntersuchung kommt folgendes Ergebnis heraus: Bei dem Fetus handelt es sich um einen Jungen. Aufgrund sehr unzureichend durchführbarer Familienuntersuchungen ist lediglich vorauszusagen, dass der Junge mit einer 25%igen Wahrscheinlichkeit an einer Muskeldystrophie Duchenne erkranken wird.

## **6.10 Fall 10: Genetische Beratung und Schwangerschaftsabbruch bei Chorea Huntington**

Ein verstört wirkendes junges Paar kommt zur genetischen Beratung. Die Frau ist in der 18. Schwangerschaftswoche. Bislang ist die Schwangerschaft komplikationslos verlaufen. Das Paar erzählt, dass bei dem Vater des Ehemannes vor drei Wochen eine Chorea Huntington diagnostiziert worden sei und man ihnen empfohlen habe, sich an eine genetische Beratungsstelle zu wenden. Sie selber wüssten noch gar nicht genau Bescheid, worum es sich bei der Erkrankung handele, wollten sich aber nun informieren. Ob der junge Mann diese Erkrankung geerbt habe, würden sie im Moment gar nicht wissen wollen, allerdings würden sie ein vielleicht erkranktes Kind zum jetzigen Zeitpunkt lieber erst gar nicht bekommen.

## **6.11 Fall 11: Lebensschutz/Risikoabwägung**

Bei einer 25-jährigen Frau wird in der 10. Schwangerschaftswoche eine Drillingsschwangerschaft festgestellt. Die weitere Schwangerschaftsentwicklung ist zunächst problemlos. In der 25. Schwangerschaftswoche wird erstmals eine Wachstumsretardierung eines der Drillinge im Vergleich zu den beiden anderen diagnostiziert. Die Diskrepanz vergrößert sich immer mehr, so dass es in der 29. Woche zur akuten Verschlechterung des CTG (Herzaktionsmuster) bei dem retardierten Drilling kommt.

Um diesen Feten am Leben zu erhalten, wäre ein sofortiger Kaiserschnitt erforderlich, trotzdem wären die Überlebenschancen des stark untergewichtigen Kindes gering. Ein Kaiserschnitt würde aber auch sämtliche Probleme der Frühgeburtlichkeit für die beiden anderen Kinder mit sich bringen, die beim Weiterbestehen der Schwangerschaft noch mehrere Tage oder Wochen in utero reifen könnten und dann deutlich bessere Chancen hätten.

## **6.12 Fall 12: Aufklärung bei neurologischer Erkrankung**

Ein 16-jähriger Junge hat kürzlich ein Musikstudium bei einem berühmten Cellisten begonnen. Er stammt aus einer Musikerfamilie und ist sehr begabt. Er erscheint bei dem mit seinen Eltern befreundeten Neurologen mit einer Lähmung der rechten Hand, dieser sind einige Tage zuvor Missempfindungen im gleichen Bereich vorausgegangen. Der Arzt untersucht ihn, objektivierte die Lähmung und bringt in Erfahrung, dass der Junge zwei Jahre zuvor flüchtige Sensibilitätsstörungen im linken Bein hatte. Er denkt an eine beginnende Multiple Sklerose. Welche Konsequenzen ergeben sich für sein medizinisches Handeln, für seine Stellungnahme gegenüber dem Kranken und gegenüber seinen Eltern?

## **6.13 Fall 13: Aufklärung bei Krebserkrankung**

Eine 91-jährige Patientin, Frau S., stellt sich in der gynäkologischen Ambulanz eines Krankenhauses zur Krebsvorsorgeuntersuchung (§ 25 SGB V) vor, die sie seit über 15 Jahren dort durchführen lässt. Frau S. ist in einem ihrem Alter entsprechenden guten Allgemeinzustand und gibt an, keinerlei Beschwerden zu haben. Erst auf genaueres Befragen hin erklärt sie, dass sie in den letzten Monaten wenige Pfund abgenommen habe, und dass sie nur deshalb einen Monat zu spät zur Untersuchung

käme, weil sie in den vergangenen Wochen "etwas Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang" gehabt habe. Sie habe diese Schwierigkeiten "mit Glycerinzäpfchen in den Griff bekommen"; Blut habe sie im Stuhl nie bemerkt.

Im weiteren Gespräch berichtet sie über ihr Leben: Sie wohne allein in ihrer Wohnung und sei schon lange Witwe. Sie habe in ihrem Alter nun kaum mehr Freunde, da alle schon gestorben seien. Ihr mache das Leben zwar Spaß, und sie sei Gott für ihr Alter dankbar, doch wäre sie eigentlich jeden Tag darauf gerichtet zu sterben und hoffe nur, dass dies nicht mit großen Schmerzen verbunden sei.

Nachdem sie sich zur Untersuchung entkleidet hat, wirkt sie plötzlich ängstlich und aufgeregt. Als ihr versichert wird, sie brauche vor der Untersuchung keine Angst zu haben, es würde alles sehr vorsichtig gemacht, sagt sie, dass sie nicht vor der Untersuchung als solcher Angst habe, sondern vor der möglichen Entdeckung eines krankhaften Befundes.

Bei der Untersuchung des Unterleibs tastet man einen gut doppel Faustgroßen, immobilen, unregelmäßig begrenzten Tumor, der den gesamten rechten Unter- und Mittelbauch ausfüllt und der - auch unter Berücksichtigung der Anamnese - am ehesten vom Darm auszugehen scheint.

Um die Vermutung zu überprüfen, müsste man mehrere Untersuchungen durchführen: Eine Ultraschalluntersuchung könnte eventuell ausschließen, dass der Prozess von der Gebärmutter oder den Eierstöcken ausgeht. Man müsste eine röntgenologische Darmuntersuchung anschließen, unter Umständen sogar eine Darmspiegelung. Käme man zu dem Ergebnis, dass es sich tatsächlich um Darmkrebs handelt, stünde die Entscheidung an, ob man die Patientin trotz der altersbedingten Risiken operieren will, zumal der Tumor vom Tasteindruck her inoperabel erscheint. Eine medikamentöse Therapie in Form von Zytostatika wäre mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden, die die Lebensqualität von Frau S. deutlich einschränken würden. Um eine solche Chemotherapie - die bei Darmkrebs nur in wenigen Fällen tatsächlich erfolgreich ist - durchzuführen, müsste man vorher die Diagnose histologisch bestätigen, so dass auch in diesem Fall wahrscheinlich eine - wenn auch kürzere - Operation notwendig wäre.

Nach Abschluss der Untersuchung fragt Frau S., ob alles in Ordnung sei. Für den Arzt stellt sich nun die Frage, ob und eventuell wie er Frau S. über den Befund informiert.

Soll er den Befund verschweigen und sagen, es sei alles in Ordnung? Soll er sie über den Befund aufklären und ihr weitere Untersuchungen zur Diagnosesicherung empfehlen, selbst wenn es keine therapeutischen Konsequenzen hätte? Soll er sie - vielleicht in der Vorstellung, dass jeder Mensch ein Recht darauf hat, sich auf seinen Tod vorzubereiten - über den Befund aufklären und ihr gleichzeitig sagen, dass es unter allen zu berücksichtigenden Umständen keine sinnvollen Möglichkeiten gibt, den Verlauf der Erkrankung zu beeinflussen, sie möge bei Beschwerden bitte zu ihrem Hausarzt gehen?

## **6.14 Fall 14: Aufklärung vor einer Operation**

Eine 36-jährige Patientin kommt zur Ultraschalluntersuchung in ein Krankenhaus. Sie übergibt dem Arzt einen verschlossenen Umschlag vom überweisenden Arzt. Auf dem Überweisungsformular steht: Verdacht auf Ovarialkarzinom.

Bei der Anamneseerhebung fällt dem untersuchenden Arzt auf, dass die Patientin wohl nicht informiert ist über die Verdachtsdiagnose. Sie gibt an, dass ihr Gynäkologe bei einer Routinevorsorgeuntersuchung den Verdacht geschöpft habe, dass im Bereich eines Eierstockes eine Zyste sei, sie solle das mal im Krankenhaus per Ultraschall abklären lassen. Bei der Ultraschalluntersuchung erhärtet sich der Verdacht auf ein fortgeschrittenes Ovarialkarzinom, und es wird nach einem langen Aufklärungsgespräch ein Termin zur Operation vereinbart.

Am Tag, an dem die Patientin zur stationären Aufnahme kommt, erhebt die zuständige Ärztin sehr ausführlich die Anamnese. Die Patientin erzählt bei der Frage nach ihrer Familienanamnese von ihrem Vater, der vor einigen Jahren an Darmkrebs verstorben sei. Er habe einen künstlichen Darmausgang gehabt, bei dessen Pflege sie ihm immer helfen müssen. Dabei habe sie einen unvorstellbar großen Ekel entwickelt und sie sei sehr froh, dass sie wenigstens nichts am Darm habe, denn so käme ein künstlicher Darmausgang für sie ja nicht in Frage.

Die Art und Weise, wie die Patientin dies berichtet, lassen die Ärztin vermuten, dass sich die Patientin wohl kaum mit einer Operation einverstanden erklären würde, bei der die Möglichkeit bestünde, einen Anus praeter anlegen zu müssen. Allerdings besteht diese Möglichkeit bei dem vermuteten Ausbreitungsgrad des Karzinoms durchaus.

### **6.15 Fall 15: Sterbehilfe**

Eine 36-jährige geschiedene Patientin leidet seit zwei Jahren an einem weit fortgeschrittenen Ovarialkarzinom. Zwischen der Ärztin im Krankenhaus, die die Patientin seit zwei Jahren betreut, und der Patientin selbst hat sich eine über das reine Arzt–Patient–Verhältnis hinausgehende Freundschaft entwickelt, die auch die 9-jährige Tochter einbezieht, die bei ihrer kranken Mutter lebt. In den vergangenen zwei Jahren hat die Patientin mehrere größere Operationen sowie z.T. sehr belastende Chemotherapien durchgemacht und kommt nun zu einer kleineren Operation ins Krankenhaus, mit der der Therapieerfolg kontrolliert werden soll. Bei der Operation stellt sich heraus, dass trotz aller therapeutischer Bemühungen der Krebs weiter fortgeschritten ist und nun auch den gesamten Darm befallen hat. Ein weiteres operatives Vorgehen scheint aussichtslos. Die Ärztin spricht mit der Patientin ein paar Tage später über die Möglichkeiten und Erfolgsaussichten einer nochmaligen medikamentösen Therapie.

Die Patientin ist dazu fähig, mit der Ärztin darüber zu sprechen, dass ihre Erkrankung wohl in nicht allzu ferner Zeit zum Tode führen wird und dass eine Heilung, auf die die Patientin immer gehofft hatte und sich an dieser Hoffnung festgehalten hatte, erfahrungsgemäß nicht mehr möglich ist. Die Patientin scheint sich den Tatsachen zu stellen und beginnt insbesondere über die Zukunft ihrer Tochter nachzudenken, der sie bislang nichts über das Ausmaß der Erkrankung gesagt hat.

Nach einigen Tagen, kurz vor Entlassung aus dem Krankenhaus, äußert sie der Ärztin gegenüber einen Wunsch: Sie bittet die Ärztin um das Versprechen, ihr bei enormem körperlichen Verfall, bei starken Schmerzen und eben in jeder Situation, in der der Tod nah wäre und in der sie nicht mehr gut aussehen würde, ihr eine Spritze zu geben, die den Tod schnell herbeiführen würde. Zumindest solle sie ihr etwas Ähnliches geben, was sie dann selber schlucken könnte. Ihre Tochter würde dann eine gute Erinnerung an sie behalten und ohne allzu große Belastung in ihre neue Familie gehen können. Ihr ehemaliger Mann, der Vater ihrer Tochter, habe inzwischen wieder geheiratet und würde seine Tochter zu sich nehmen. Das sollte dann doch am besten so schnell wie möglich erfolgen, wobei ihre Tochter sich aber geweigert habe, sie während ihrer Krankheit schon alleine zu lassen.

### **6.16 Fall 16: Organtransplantation/Hirntod**

Nach einem Motorradunfall wird ein 27-jähriger Mann in ein Krankenhaus eingeliefert. Wie sich nach etlichen Untersuchungen herausstellt, ist der Mann nach den Kriterien der Bundesärztekammer als hirntot zu betrachten. In seiner Ausweistasche trägt der Patient einen Organspenderausweis bei sich, durch den er sich bereiterklärt, im Falle seines Hirntodes als Nierenspender zur Verfügung zu stehen. Als die Ehefrau sowie die Eltern des Hirntoten von der geplanten Operation hören, stellen sie sich gegen sie. Sie würden den diagnostizierten Hirntod nicht als Tod ihres Ehemannes bzw. Sohnes ansehen. Deswegen seien sie nicht damit einverstanden, dass das Beatmungsgerät abgestellt werde und noch viel weniger würden sie eine Operation akzeptieren. Wenn er schon sterben müsse, dann solle er wenigstens in Frieden und als der ganze Mensch, der er immer gewesen sei, zu Grabe getragen werden.

## 6.17 Fall 17: "Verantwortung" des Arztes

Ein 65jähriger Patient wird wegen seit mehreren Wochen bestehender körperlicher Abgeschlagenheit und Gewichtsabnahme sowie rechtsseitigen Flankenschmerzen bei bekannten beidseitigen Zystennieren in die Klinik eingewiesen. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird die Diagnose einer Niereninsuffizienz (Nierenfunktionseinschränkung) mit renaler Anämie (Mangel an roten Blutkörperchen) gestellt. Innerhalb kurzer Zeit entwickeln sich bei dem Patienten febrile Temperaturen und das klinische Bild einer Sepsis bei bakterieller Infektion der Zystennieren, worunter die Niereninsuffizienz dekomponiert; der Patient ist in seinen Reaktionen zunehmend verlangsamt und schließlich kaum ansprechbar.

Diese Entwicklung macht bei dem Patienten eine Hämodialyse-Behandlung erforderlich, die sich zunächst problemlos durchführen lässt. Unter gleichzeitiger Antibiotikagabe lässt sich eine kontinuierliche Besserung der Sepsis und der metabolischen Situation objektivieren, damit einhergehend wird der Patient zunehmend wach. Dem Patienten wird in ausführlichen Gesprächen von den Stationsärzten die Wirkungsweise und die Bedeutung der Dialysebehandlung erklärt; ihm wird mitgeteilt, dass mit einer spontanen Verbesserung seiner Nierenleistung nicht mehr zu rechnen ist und dass die Dialysebehandlung lebenslang fortgesetzt werden muss. Der Patient entwickelt daraufhin eine ausgeprägte depressive Stimmungslage und erklärt mehrfach, dass er mit dieser Behandlung ausdrücklich nicht einverstanden ist; häufig muss er zu den einzelnen Dialysebehandlungen überredet werden und fordert nun wiederholt seine Entlassung aus der Klinik.

Problematisch wird diese Einstellung insbesondere mit der Notwendigkeit, bei dem Patienten für die fortlaufenden Dialysebehandlungen einen Gefäß-Shunt operativ anzulegen. Diese Operation lehnt der Patient zunächst kategorisch ab. Durch eine Kriegsverletzung ist bei ihm das rechte Schulter- und Ellenbogengelenk versteift und die rechte Hand weitgehend gebrauchsunfähig; da sich an diesem Arm keine geeigneten Gefäße finden lassen, wird schließlich nach resignativer Einwilligung des Patienten an seinem linken Arm ein Gefäß-Shunt für die Dialysebehandlungen operiert.

Währenddessen wird von den Stationsärzten die soziale Situation des Patienten genauer eruiert. Er ist alleinstehender Rentner mit ausreichendem monatlichem Einkommen und wohnt alleine und sehr zurückgezogen in einer großen Stadtwohnung. Er hat keine Kinder und besitzt praktisch keine Bezugspersonen wie Freunde, Bekannte oder Nachbarn. Seine Hauptinteressen bestehen in Lesen und der Arbeit in seinem Garten.

Die klinische Situation des Patienten verbessert sich weiterhin; der Versuch seitens der Stationsärzte, für den häuslichen Aufenthalt des Patienten entsprechende Vorbereitungen zu treffen, macht dieser durch die kategorische Erklärung zunichte, keine fremden Personen in seine Wohnung zu lassen, da er eine wie auch immer geartete Pflege oder Haushaltshilfe seiner eigenen Einschätzung nach nicht benötigt. Trotz der minutiösen Darlegung der sich aus seiner Grunderkrankung ergebenden medizinischen Risiken lehnt er auch Angebote wie die Installierung eines Notruftelefons als unnötig ab. Daraufhin werden nun von den Ärzten der Dialyseabteilung Bedenken erhoben, den chronisch dialysepflichtigen Patienten alleine in seine Wohnung zu entlassen. Mit dem Hinweis auf die anhaltende depressive Stimmungslage des Patienten, seinen reduzierten Allgemeinzustand und besonders die Tatsache, dass der Patient im Falle einer Verletzung seines linksseitigen Shunts mit der behinderten rechten Hand keine Möglichkeit besitzt, das Gefäß abzurücken, wird der Vorschlag begründet, ihn zu einem Umzug in ein Altenheim zu drängen. Diese Probleme werden von den Stationsärzten zwar auch gesehen, die daraus gezogenen Konsequenzen jedoch nicht geteilt, da der Patient weder als suizidgefährdet angesehen, noch hinsichtlich des Shunts ein Gefahrenpotential erkannt wird, das eine solcherart drastisch in die Privatsphäre des Patienten eingreifende Empfehlung rechtfertigt. Durch die Artikulierung dieser Bedenken seitens der Dialyseärzte und durch ihren Hinweis, die Verantwortung für eventuelle Folgen einer Entlassung des Patienten in seine Wohnung nicht tragen zu wollen, entsteht jedoch für die Stationsärzte in ihrem Bemühen, die Privatsphäre des Patienten weitestgehend zu erhalten, ein erheblicher Konflikt. So wird von ihnen in der Folge aus rein rechtlichen Gründen eine Konsiliaruntersuchung in der Psychiatrischen Klinik veranlasst, um zum Ausschluss einer möglichen suizidalen Gefährdung des Patienten ein schriftliches fachärztliches Votum zu erhalten.

Kurze Zeit später erleidet der Patient während der Dialysebehandlung einen akuten cerebralen Insult (Schlaganfall) mit einem vorwiegend brachial betonten motorischen Hemisyndrom rechts (Lähmung des rechten Armes) und einer motorischen Aphasie (Unmöglichkeit der Sprachartikulation); da der rechte Arm des Patienten durch die Kriegsverletzung ohnehin kaum gebrauchsfähig ist, äußern sich die neurologischen Ausfälle funktionell vorwiegend in dem Symptom der motorischen Aphasie, d.h. der Patient kann sich bei völlig erhaltener Denkfähigkeit sprachlich nicht mehr äußern. Durch intensive krankengymnastische und logopädische Betreuung kann eine langsame Besserung der neurologischen Ausfälle erreicht werden. Der nun völlig depressive und stundenlang weinende Patient willigt jetzt in eine Heimunterbringung ein, wobei dieses Zugeständnis offensichtlich eher einem resignativen Aufgeben als einer positiven Willensäußerung entspricht. Unter erheblichen Bemühungen wird ein Platz in einem Altenheim gefunden, das in der Nähe der Wohnung des Patienten liegt, so dass sich dieser tagsüber stundenweise in seiner Wohnung und seinem Garten aufhalten kann.

## **6.18 Fall 18: Euthanasie**

Einer 62 jährige Krankenschwester stellt bei sich einen Knoten in der linken Brust fest. Die Mammographie ergibt einen hochgradigen Verdacht auf ein malignes Geschehen. Die Patientin, selbst mit der Betreuung und dem Verlauf solcher Erkrankungen vertraut, lehnt eine histologische Klärung ab und beschränkt sich auf die Einnahme von Antiöstrogenen, unter deren Einfluss der Tumor nur langsam weiter wächst.

Nach einiger Zeit klagt sie über zunehmende Rückenschmerzen, die ihr das Gehen erheblich erschweren und ein weiteres arbeiten in ihrem Beruf unmöglich machen. Als Ursache der Rückenschmerzen ergeben sich freilich keine Metastasen, sondern zeigt sich eine fortschreitende Osteoporose. Die Schmerzen sind so stark, dass sie sich schließlich nur noch zuhause aufhalten kann. Leichtere Schmerzmittel sind wirkungslos. Kombinationstherapien werden durch Nebenwirkungen wie z.B. zusätzliche Magenschmerzen nicht vertragen. Zentral wirksame Analgetika lehnt die Patientin kategorisch ab. Vorsichtige Versuche der Therapie werden von der Patientin nach kurzer Zeit abgebrochen. Wegen zunehmender Luftnot und allgemeiner Schwäche wird sie wieder einmal stationär aufgenommen. Nach Bluttransfusionen wegen einer chronischen Anämie sagt sie dem behandelnden Arzt, daß sie das Leben für unerträglich hält. Sie bittet ihn, ihr Leben zu beenden. Der Arzt erklärt sich dazu nicht bereit. Im Gespräch nimmt er die große Einsamkeit der Frau wahr, nachdem ihr Ehemann vor drei Jahren gestorben war und keine nahen Angehörigen mehr leben.

## 7 ZUSAMMENFASSENDE ÜBUNGSFRAGEN

1. Nennen Sie die Gründe, warum ein ärztliches Standes- oder Berufsethos allein den Anforderungen an eine zeitgemäße Medizinethik heute nicht mehr gerecht wird.
2. Erläutern Sie, warum die Medizin als „praktische Wissenschaft“ zu gelten hat.
3. Erklären Sie die Strukturmomente und Bedingungen ärztlichen Handelns.
4. Wie und nach welchen Prinzipien vollzieht sich die ethische Urteilsbildung in der amerikanischen Medizinethik?
5. Wie und nach welchen Prinzipien vollzieht sich die ethische Urteilsbildung nach dem Muster eines aristotelisch-kantischen Ethikansatzes?
6. Benennen Sie die Hauptmomente der Diskussion um den Personbegriff in der heutigen „Bioethik“.
7. Versuchen Sie, die unterschiedlichen Anwendungsfelder der Reproduktionsbiologie ethisch zu bewerten.
8. Welche ethischen Probleme stellen sich bei Genomanalyse und Gentherapie?
9. Versuchen Sie, die Komplexität der ethischen Urteilsbildung im Rahmen der Anwendung der Humangenetik in der Pränataldiagnostik nachzuzeichnen. Welche Rolle kommt dabei einem „normativen Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff“ zu?
10. Welche ethischen Probleme sind mit dem Ende des menschlichen Lebens verbunden?