

Hartmut Kreß *

Medizin und Ethik im Dialog -

am Beispiel des Umgangs mit den Problemen des Lebensbeginns und Lebensendes

Referat auf der 1. öffentlichen Sitzung des Interdisziplinären Arbeitskreises Medizin, Gesellschaft, Ethik und Recht der Universität Mainz am 11. Mai 2007

Bei diesem Symposium, das die Korrelation von Medizin, Ethik und Recht erörtert, ist mir die Aufgabe zugefallen, einleitend Gesichtspunkte zum Verhältnis von Medizin und *Ethik* zu nennen. Dass Medizin und Ethik wechselseitig aufeinander angewiesen sind, zeigt sich quer durch die Geistesgeschichte. Bereits der Hippokratische Eid belegt diesen Sachverhalt. In der Moderne, vor allem seit der Aufklärungsepoche hat sich die medizinische Ethik dann zur eigenständigen Disziplin ausgebildet. Das erste Buch, das den Titel „Medizinische Ethik“ („medical ethics“) trug, erschien im Jahr 1803 und stammt von dem englischen Arzt Thomas Percival. Gegenüber den Fragestellungen, die vor 200 Jahren erörtert wurden, nämlich dem ärztlichen Verhalten, dem Standesethos des Arztes gegenüber Patienten, haben sich Thematik und Aufgabe der Medizinethik heutzutage freilich erheblich ausgeweitet, und zwar deshalb, weil der Medizin in Kultur und Gesellschaft inzwischen eine Schlüsselrolle zugefallen ist. Hierauf werde ich zunächst eingehen, um angesichts dieses Sachverhalts die Aufgabenstellung zu definieren, die der Ethik im Dialog mit der Medizin zufällt. Dabei werde ich Punkte aufgreifen, die bei den derzeitigen Kontroversen über den Umgang mit dem beginnenden und dem verlöschenden menschlichen Leben eine Rolle spielen.

I. Medizin in der Moderne – prägend für das Verständnis von Menschsein und Alltagskultur

Um kurz an eine ganz andere aktuelle Debatte anzuknüpfen: Seit einigen Jahren wird die Privatisierung von Kliniken, darunter auch Universitätskliniken thematisiert. Der Sache nach diskutiere ich dies nicht weiter, sondern erwähne nur, dass das Bundeskartellamt kürzlich die Konzentration auf einige wenige private Investoren kritisierte. Konkret war

* Prof. Dr. Hartmut Kreß
Universität Bonn
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik
Am Hof 1, 53113 Bonn
mail: hkress@uni-bonn.de
<http://www.sozialethik.uni-bonn.de>

die Rhön Klinikum AG gemeint. Deren Vorstandsvorsitzende Pföhler wies im Gegenzug darauf hin, es sei doch zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gekommen, wodurch private Klinikkonzerne auf den Plan gerufen würden, die ein professionelles Management garantieren könnten – und: Dem Anstieg der Nachfrage nach Medizin dürfe man nicht ausweichen; denn er beruhe auf demographischem Wandel, auf medizinischem Fortschritt und auf der Säkularisierung der Gesellschaft. Diese eher beiläufige Bemerkung des Vorstandsvorsitzenden betrifft Grundsätzliches, und sie trifft den Nagel auf den Kopf. Gesundheit und Medizin stehen heutzutage aus einer Mehrzahl von Gründen ganz im Vordergrund. Dies beruht *auch* auf einem kulturellen Faktor, nämlich der Säkularisierung der Gesellschaft, der Ablösung von Religion oder von vorgegebenen weltanschaulichen Sinnstiftungen.

Ein Beispiel: Als man im Mittelalter und der frühen Neuzeit über die Entbindung durch Kaiserschnitt reflektierte, war die Begründung nicht die Lebensrettung des Kindes, sondern die Aussicht, das Kind noch taufen zu können, damit es das ewige Heil erlangt. Daher wurde lange Zeit sogar an verstorbenen Schwangeren der Kaiserschnitt durchgeführt (sog. Sarggeburt). Dagegen rückte in der späteren Neuzeit das irdische Leben des Kindes in den Blick. Im 19. Jahrhundert setzte sich in der Gynäkologie und Geburtshilfe generell durch, im Problemfall neben der Lebensrettung der Frau bewusst die Rettung des Kindes anzustreben, und zwar nicht für die Taufe, sondern für die Lebenserhaltung als solche. Denn anstelle des Jenseits, des ewigen Lebens und der Frage nach ewiger Seligkeit rückte in der Epoche der Säkularisierung das Diesseits, das irdische Leben im Alltagsbewusstsein in den Vordergrund. Auf diese Weise hat dann auch die Medizin neue, gesteigerte Bedeutung erhalten. Die persönliche Lebensführung, aber sogar die Deutung von Gesellschaft und Politik sind in der Moderne von Leitbildern der Medizin geradezu durchdrungen und medikalisiert worden. Dies ging so weit, dass der Mediziner und liberale Politiker Rudolf Virchow 1848 urteilte, „die Politik“ sei „nichts weiter als Medizin im Großen“. Für das anbrechende säkulare Zeitalter schwebte ihm ein naturwissenschaftliches Gesellschaftsideal und ein medikalisierte Politikbegriff vor.

Dies provoziert die Gegenfrage, ob sich – auch heute – manchmal Tendenzen einer Überhöhung von Gesundheit und einer Überschätzung von Medizin zeigen. Doch davon abgesehen – im Kern sind drei Punkte festzuhalten.

1. In der Gegenwart wird Gesundheit als ein Gut eingeschätzt, das elementare und fundamentale Bedeutung besitzt und in diesem Sinn besonders hochrangig ist. Denn das Maß an Gesundheit, das ein Mensch erreichen kann, ist die Voraussetzung dafür, dass er persönliche oder kulturelle Ziele verfolgen und Werte verwirklichen kann. Weil Gesundheit ein Gut darstellt, das zu achten und zu fördern ist, ist auch der gesellschaftliche Stellenwert der Medizin so stark angewachsen.

2. Es kommt hinzu: Die moderne Medizin hat ihrerseits zu geradezu revolutionären Erweiterungen des anthropologischen Wissens, der Kenntnis und des Wissens des Menschen über sich selbst geführt. Ein einzelnes Beispiel aus dem 19. Jahrhundert: Im Jahr 1827 entdeckte Karl Ernst von Baer die weibliche Eizelle – zunächst bei Säugetieren, dann beim Menschen. Diese Entdeckung war die Voraussetzung für das ganz neuartige Wissen, das wir heute über das Werden des Embryos und Fetus und im übrigen auch über die biologische Rolle der Frau besitzen. Bis dahin hatte man die Frau bei der Reproduktion als das passive oder empfangende und daher als das nachgeordnete und untergeordnete Wesen angesehen, während allein der Mann biologisch das aktive Wesen sei – eine Sicht, die auch religiös galt und auf die sozialen Rollenzuschreibungen übertragen wurde. Die neuen medizinisch-naturwissenschaftlichen Einsichten haben dazu verholfen, alte Vorurteile über die rein passive, nachgeordnete Rolle der Frau zu korrigieren; sie haben generell zur Emanzipation der Frau beigetragen. Heutzutage beeinflussen die Fortschritte in der Human-genetik oder der Neurologie das Wissen des Menschen über sich selbst. Das heißt, in der Moderne hat die Medizin hohe Prägekraft für das Verständnis des Menschseins erlangt.

3. Neben dieser Erweiterung anthropologischen Wissens bewirkt die moderne Medizin eine exponentielle Steigerung der *Verfügungsmacht* des Menschen über sich selbst. Wiederum ein Beispiel: Das erste damals sog. Retortenbaby ist 1979 geboren worden. Inzwischen werden in westlichen Ländern ca. 1 Prozent der Kinder aufgrund medizinisch assistierter Reproduktion geboren. Die Anschlussfragen lauten, ob z. B. PID zulässig sein soll oder wie das therapeutische Klonen zu bewerten ist. Die gesteigerte Verfügungsmacht des Menschen über sich selbst betrifft den Lebensbeginn, aber auch andere Phasen der menschlichen Existenz, darunter das Ende des Lebens.

Führt man sich diese drei Punkte vor Augen – die heutige Erwartungshaltung der Menschen gegenüber der Medizin, weil das diesseitige Leben und die Gesundheit als fundamentales Gut gelten, den Zuwachs anthropologischer Deutungskompetenz auf Seiten der

Medizin und vor allem die Steigerung medizinischer Verfügungsmacht über das Leben –, dann gelangt die Ethik ins Spiel. Denn der medizinische Fortschritt besitzt humane Seiten; er kommt dem gesellschaftlichen Fortschritt zugute und dient der Lebensrettung und Lebensqualität. Im Gegenzug brechen aber auch Verunsicherungen auf. Denn es treten Schattenseiten des medizinischen Fortschritts zutage, etwa angesichts der Ambivalenz künstlicher, technischer Lebensverlängerungen, die menschlich sinnentleert sind. Hier gewinnt die Ethik ihre Funktion. Ihr fällt die Aufgabe zu, die Eingriffstiefe sowie die Reichweite medizinischen Handelns aufzuarbeiten und Normen zu entwickeln, die eine steuernde oder orientierende Bedeutung besitzen. Zugespitzt möchte ich für die Ethik eine zweifache Funktion festhalten.

II. Die Funktion der Ethik: Fortentwicklung von Handlungsnormen sowie Abwägung von Zielkonflikten

a.) Zunächst der *erste Aspekt*. Angesichts des medizinischen Fortschritts ist es geboten, Handlungsnormen fortzuentwickeln und sie auf neue Handlungsfelder hin zuzuschneiden. Zur Konkretisierung greife ich die Norm des Kindeswohls auf.

Seit dem 20. Jahrhundert werden eigene Rechte von Kindern explizit anerkannt. Einen Durchbruch brachte die UN-Kinderrechtskonvention aus dem Jahr 1989, in der Schutz-, Abwehr- und Anspruchsrechte von Kindern umfassend kodifiziert worden sind. Dies reicht vom Verbot der Todesstrafe oder der Rekrutierung von Kindern zum Militärdienst bis zum Recht des Kindes auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit oder auf freie Meinungsäußerung oder zum Recht auf Bildung. Die Medizinethik hat die Idee des Kindeswohls rezipiert und sie im Blick auf Gesundheit und Krankheit ausdifferenziert. Dies erfolgte etwa in der Deklaration des Weltärztebundes von Ottawa aus dem Jahr 1998 „Zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“. Der Weltärztebund legte dar, dass ein Kind altersgemäß ansteigende Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte besitzt, so dass es nach Alter und Auffassungsgabe einer medizinischen Behandlung zustimmen muss, oder dass der Arzt auch bei der Behandlung von Kindern die Vertraulichkeit, die Schweigepflicht zu wahren hat, und anderes.

Beispielhaft möchte ich unterstreichen, dass in den letzten Jahren die Schutznorm des Kindeswohls auch in die Reproduktionsmedizin Eingang gefunden hat. Dies mag ein Beleg sein für das Postulat, dass angesichts neuer Handlungsfelder die medizinische Ethik für die Fortentwicklung von Normen verantwortlich ist. In der Reproduktionsmedizin wird das

klassische ärztliche Handlungsgefüge, das duale Gegenüber von Arzt und Patient, zur Trias erweitert. Zusätzlich ist ein Dritter betroffen, nämlich das potentielle, imaginierte Kind, das mit ärztlicher Assistenz erzeugt werden soll. Dieser Sachverhalt war zunächst gedanklich kaum oder gar nicht beachtet worden. Die Richtlinie der Bundesärztekammer von 1998 hatte das Kindeswohl nur ganz am Rand erwähnt. In der 2006 novellierten Richtlinie ist dies nun anders. Die neue Musterrichtlinie der Bundesärztekammer zur assistierten Reproduktion setzt mit einer Präambel ein, die ethische Grundsatzfragen anschneidet und dabei das Kindeswohl explizit hervorhebt. Die Reproduktionsmedizinerin oder der Reproduktionsmediziner – so heißt es dort – trägt „für das Wohl des mit ihrer / seiner medizinischen Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung.“ Konkret kommt diesem Punkt bekanntlich hohe Bedeutung zu. Denn reproduktionsmedizinische Verfahrenswege oder besondere Umstände, etwa das Lebensalter oder die gesundheitliche Vorgeschichte der potentiellen Eltern, können zu einer erhöhten Fehlbildungsgefahr bei dem erhofften Kind führen. Oder: Nach IVF kommen relativ häufig Mehrlingsschwangerschaften zustande, wenn nämlich mehr als zwei befruchtete Eizellen transferiert worden sind – ein Sachverhalt, der dem Wohl der Schwangeren und der erwünschten Kinder höchst abträglich ist.

Nun lasse ich Einzelheiten beiseite. Ich gehe auch nicht darauf ein, dass die rechtlichen Bedingungen, die der Gesetzgeber in Deutschland für die Reproduktionsmedizin vorgegeben hat, dem gesundheitlichen Schutz des erhofften Kindes nicht hinreichend Rechnung tragen. Im Kern wollte ich darauf hinweisen, dass ein bestimmtes normatives Kriterium – das Kindeswohl, der Gesundheitsschutz von Kindern – in den zurückliegenden Jahren für die Reproduktionsmedizin als neuer Spezialdisziplin relevant wurde und dort zunehmend aufgearbeitet wird. Medizinethische Literatur oder Voten der medizinischen Fachgesellschaften legen z. B. großen Wert darauf, dass Gesichtspunkte des Kindeswohls im Aufklärungs- und Beratungsgespräch erörtert werden, das vor einer IVF-Behandlung zu führen ist.

Aufgrund des Fortschritts an medizinischem Wissen und medizinischer Handlungsmacht besteht die Aufgabe der Ethik daher erstens darin, Handlungsnormen fortzuentwickeln, zu präzisieren und sie auf veränderte Gegebenheiten hin zuzuschneiden. Darüber hinaus kommt der Ethik zweitens eine *weitere Funktion* zu, nämlich das *Ausbalancieren von Wert- und Zielkonflikten*. Denn der medizinische Fortschritt erzeugt permanent Handlungskonflikte sowie Bewertungskonflikte. Dies sei wiederum an aktuellen Problemstel-

lungen illustriert, und zwar am Zielkonflikt „Embryonenschutz versus Gesundheitsschutz“ sowie „Selbstbestimmung versus Fürsorge“.

b.) Zum ersten Punkt „*Embryonenschutz versus Gesundheitsschutz*“. In der Reproduktionsmedizin oder der humanen embryonalen Stammzellforschung erfolgt ein Zugriff auf den frühen Embryo, der *in vitro* erzeugt worden ist und sich noch außerhalb des Mutterleibes befindet. Zu den strittigen Themen der Fortpflanzungsmedizin gehört die Präimplantationsdiagnostik, die in Deutschland aufgrund des Embryonenschutzgesetzes bekanntlich nicht praktiziert wird. In der embryonalen Stammzellforschung findet zwar kein direkter Zugriff auf frühe Embryonen statt; denn die Stammzelllinien, die für Forschung, Entwicklung und ggf. auch für Anwendungen genutzt werden, sind ja keine Embryonen, sondern nur Zellmaterial. Dieses ist jedoch aus frühen Embryonen im Blastozystenstadium abgeleitet worden, so dass der Embryonenschutz indirekt, aufgrund des Herkunftsaspektes, berührt ist. Der Einwand, der in Deutschland gegen Handlungsoptionen der Fortpflanzungsmedizin und der Stammzellforschung ganz übermächtig im Vordergrund steht, lautet, hier werde der Embryonenschutz verletzt und damit die Menschenwürde des frühen Embryos oder die Menschenwürde im allgemeinen beschädigt.

Nur: Nach wie vor ist in der deutschen Debatte meines Erachtens nicht hinreichend anerkannt und gewichtet, dass hier ein echter Wert- und Zielkonflikt vorliegt. Denn auf der Gegenseite sind die therapeutische Verpflichtung des Arztes, das Anliegen der Heilung oder das Grundrecht auf Gesundheitsschutz und auf gesundheitliche Versorgung in Anschlag zu bringen. Abgekürzt gesagt: Die strittigen Optionen der Fortpflanzungsmedizin besitzen einen therapeutischen Sinn; sie dienen dem Gesundheitsschutz einer Patientin und orientieren sich am Wohl der erhofften Kinder. Sofern z. B. bei erblich belasteten Paaren PID praktiziert wird, besteht das Handlungsziel darin, von dem erhofften Kind präventiv schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden, die im Vorhinein absehbar sind und nach heutigem Stand nicht in Kauf genommen zu werden brauchen. Dass die humane embryonale Stammzellforschung letztlich ebenfalls auf Gesundheitsschutz und gesundheitliche Versorgung abzielt, brauche ich in der Kürze hier nicht darzulegen.

Mir scheint, dieser Wert- und Zielkonflikt Embryonenschutz versus Gesundheitsschutz wird in Deutschland in Teilen der Öffentlichkeit, in Medien und in der Rechtspolitik oft nicht hinreichend ernstgenommen oder zu einseitig zugunsten des Embryonenschutzes aufgelöst. Jedenfalls fällt der Ethik die Aufgabe zu, zur Differenzierung und zu angemess-

senen Gewichtungen beizutragen. So sollten zum Embryonenschutz Erkenntnisse berücksichtigt werden, die sich aus dem aktuellen Zuwachs medizinisch-naturwissenschaftlichen Wissens ergeben; denn sie sind ethisch relevant.

Zunächst ist festzuhalten: Die frühen Phasen des menschlichen Lebens werden in der Gegenwart viel intensiver geschützt als es in der Vergangenheit je der Fall war, und zwar – ein wichtiger Punkt – dank der modernen Naturwissenschaften. Es sei noch einmal an die Entdeckung der Eizelle durch von Baer 1827 erinnert. Aufgrund naturwissenschaftlichen Wissens ist uns deutlich, dass beim frühen Embryo von vornherein genuin *menschliches* Werden und Leben vorhanden ist. Hierdurch ist die philosophische und übrigens auch die kirchliche Tradition korrigiert worden, der zufolge erst am 40. Tag oder 90. Tag beseeltes Leben vorläge, das als solches zu schützen sei. Nur – auf der anderen Seite: Heutzutage sollten gleichzeitig gegenläufige Aspekte bedacht werden, die ebenfalls naturwissenschaftlich fundiert sind. Naturwissenschaftlich ist es fraglich, ob der ganz frühe Embryo tatsächlich in der Lage ist, sich aus sich heraus, aktiv und zielstrebig zum vollen Menschsein zu entwickeln, so wie es von vielen Stimmen in der Politik, in den Kirchen oder in der öffentlichen Debatte behauptet wird. Dieser Gedanke einer zielgerichteten Entwicklungspotenz des Embryos ist jedoch zweifelhaft geworden. Zum Beispiel sind die hohe Verlustrate früher Embryonen oder ihre Abhängigkeit von der äußeren bzw. der mütterlichen Umgebung naturwissenschaftlich belegt. Seit einigen Jahren spielt für Humangenetik und Embryologie darüber hinaus die Epigenetik eine große Rolle. Demzufolge lässt sich nicht mehr so eindeutig behaupten wie noch vor wenigen Jahren, dass die Identität und das individuelle Sein des frühen Embryos in der frühesten Phase, vor der Implantation, bereits endgültig feststünden. Um ausgeprägtes individuelles Menschsein im vollen Sinn handelt es sich beim frühen Embryo noch nicht.

Andere Gesichtspunkte lasse ich beiseite. Am Umgang mit dem Lebensbeginn habe ich unterstreichen wollen: Es ist Sache der Ethik, Handlungs- und Zielkonflikte erstens zu *thematizieren* – z. B. den Zielkonflikt Embryonenschutz versus Gesundheitsschutz – und zweitens die Einzelaspekte *aufzuarbeiten, abzuwägen und zu gewichten*. Gegebenenfalls wird der Ethik die Aufgabe zufallen, auf Verkürzungen oder Engführungen in der öffentlichen oder rechtspolitischen Debatte aufmerksam zu machen. Zur Fortpflanzungsmedizin oder der humanen embryonalen Stammzellforschung ergibt sich meines Erachtens ethisch die Einschätzung, dass Handlungsoptionen, die gesundheitlichen Zwecken zugute kom-

men, positiver bewertet werden sollten, als es in der deutschen Rechtsordnung bislang der Fall ist.

Aus aktuellem Anlass erwähne ich noch einen weiteren Zielkonflikt.

In Anbetracht des Lebensendes wird in der deutschen Debatte ein Wertkonflikt erörtert, der sich auf das Schlagwort „*Selbstbestimmung versus Fürsorge*“ bringen lässt. Unmittelbar relevant ist er für die Beurteilung von Patientenverfügungen. Manche Stimmen legen Wert darauf, dass die Geltung, Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen eng begrenzt bleiben soll; nur für die unmittelbare Sterbephase sollen Bestimmungen über den Abbruch einer Behandlung statthaft sein. Es sei geboten, Menschen vor sich selbst zu schützen. Es könne nicht angehen, dass sie, wenn sie einmal entscheidungs- oder äußereunfähig geworden seien, unter das Diktat, unter die Tyrannei ihrer eigenen früheren Willensbekundung gerieten. Daher solle die Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen stark eingegrenzt werden. Diese Sicht ist 2004 im Umfeld der früheren Enquete-Kommission sowie von der katholischen Kirche vorgetragen worden.

Eigentlich hatte ich nicht erwartet, dass dieser Standpunkt derartig wirkmächtig würde, wie es faktisch der Fall war. Er führte dazu, dass eine parlamentarische Entscheidung über Patientenverfügungen bislang nicht zustandekam und kurzfristig auch nicht zu erwarten ist. Nun ist das Anliegen der Fürsorge im Sinn der menschlichen Zuwendung und Begleitung und in der Konkretisierung der Palliativmedizin ohne Zweifel nur zu bejahen; dies sei deutlich betont. Mir scheint allerdings: Die Idee der Fürsorge hat in der Debatte zu Patientenverfügungen inzwischen eine andere Komponente erhalten und gewinnt geradezu neopaternalistische Züge, so dass Dritte – seien es Angehörige oder ein medizinisches Konsil – „über“ den Betroffenen und „anstelle“ des Betroffenen entscheiden sollen. Das Leben eines Menschen, der sich nicht mehr äußern kann, würde dann ggf. *gegen* seinen vorher bekundeten eigenen Willen weiter künstlich verlängert.

Es kommt hinzu: Wenn man den anderen Pol des Zielkonfliktes „*Selbstbestimmung versus Fürsorge*“ bedenkt, dann zeigt sich, welch hoher Rang ihm zukommt. Im Grundgesetz ist das Selbstbestimmungsrecht in Artikel 2 Absatz 1 viel deutlicher verankert, als es in anderen Staatsverfassungen der Fall ist. Dies beruht auf den historischen Erfahrungen, die von den Mitgliedern des Parlamentarischen Rates 1948 und 1949 aufgearbeitet worden sind. Vor allem hat es philosophisch und ethisch seinen guten Grund, dass das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung im Grundgesetz so prominent hervortritt. Es ist nämlich unmittelbar

aus der Menschenwürde selbst abzuleiten. Im Anschluss an Kant ist zu sagen, dass die Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung einander wechselseitig erläutern und begründen. Der Mensch besitzt Würde, weil er – anders als andere Lebewesen, kraft seines Menschseins – grundsätzlich in der Lage ist, von seiner Vernunft Gebrauch zu machen und eigenverantwortlich zu entscheiden. Kant zufolge beruht die Würde des Menschseins auf der besonderen menschlichen Fähigkeit zum freien Gebrauch der Vernunft. Daraus folgt, dass jeder einzelne Mensch, der von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen wünscht, dies auch tun darf – jedenfalls solange er hierdurch Dritte nicht beeinträchtigt oder schädigt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, es zu respektieren, wenn ein Mensch qua Patientenverfügung sein Selbstbestimmungsrecht aktiv nutzt und wenn er vorsorglich, präventiv festlegt, dass in bestimmten künftigen Situationen sein Leben nicht weiter künstlich verlängert werden soll. Sofern von einer Patientenverfügung angesichts besonderer Umstände einmal abgewichen wird, ist dies begründungspflichtig. Der Wertkonflikt „Selbstbestimmung versus Fürsorge“, der die deutsche Debatte in den letzten Jahren beherrschte, sollte meines Erachtens keinesfalls dahingehend aufgelöst werden, dass die Geltung und Reichweite von Patientenverfügungen per se beschnitten wird. Das Instrument der Patientenverfügung würde hierdurch letztlich konterkariert. Statt dessen sollte die alte moraltheoretische Regel „in dubio pro libertate“ / „im Zweifel für Selbstbestimmung und Freiheit“ berücksichtigt werden.

Nun möchte ich aber nicht meinerseits einseitig bleiben. Der Gedanke der Fürsorge besitzt ja einen berechtigten Kern. Er bringt die Einsicht zur Geltung, dass Menschen aufeinander angewiesen sind und dass das Menschsein in seiner Beziehungsdimension wahrgenommen werden sollte. In der Tat ist zu bedenken: Der Einzelne ist kein isoliertes, autarkes Wesen, das nur aus sich selbst heraus zu begreifen wäre; sondern er ist eingebunden in seine eigene Biographie und in sein mitmenschliches sowie kulturelles Umfeld. Diese dialogische Seite des Menschseins, die Beziehungsdimension der menschlichen Existenz ist ernst zu nehmen. Es wäre überdehnt, aus ihr abzuleiten, dass Patientenverfügungen nur eng begrenzt gültig sein sollen und dass der Patient, der sich nicht mehr äußern kann, der Fürsorge anderer anheimzugeben sei. Sinnvoll ist aber eine andere Konsequenz. Eine Patientenverfügung lässt sich dadurch ergänzen, dass ihr Verfasser eine Vertrauensperson benennt, mit der er gesprochen hat und die ggf. in der Lage ist, seine Vorstellungen zu erläutern. Darüber hinaus liegt es in rechtspolitischer Hinsicht nahe zu sagen, dass eine Patientenver-

fügung vor allem dann verbindlich ist, wenn sie auf Gespräch und Beratung (vor allem durch einen Arzt) beruht. Durch Information, Dialog und Beratung lässt sich nämlich absichern, dass die Patientenverfügung eine persönliche Entscheidung wiedergibt, die fundiert und wohldurchdacht ist. So gesehen wäre der Verbindlichkeitsgrad von Patientenverfügungen in Korrelation dazu zu sehen, ob sie auf der Basis von Information und Beratung entstanden sind. Einen solchen Gedanken haben die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz oder für eine bestimmte Fallkonstellation – nämlich für Vorausverfügungen, die die Situation hochgradiger Demenz betreffen – der Nationale Ethikrat vorgeschlagen.

III.

Ich ziehe folgendes Fazit. In der Gegenwart hat die Medizin eine kulturelle Prägekraft, ein Wissen über die Natur des Menschen und eine technische Handlungsmacht erlangt, die sie vormodern in diesem Ausmaß nicht besaß. Die Ethik ist dazu herausgefordert, hierauf zu reagieren. Nun habe ich meinerseits auf bestimmte normative Leitideen – das Selbstbestimmungsrecht, das Kindeswohl, den Gesundheitsschutz – besonderen Wert gelegt und habe aktuelle Handlungsprobleme oder Wertkonflikte in diesem Licht ausgelegt. Man kann im einzelnen natürlich zu anderen Schlussfolgerungen gelangen und hierüber einen Diskurs führen.

Für problematisch halte ich freilich eine Argumentationsfigur, die in der deutschen Debatte oft anzutreffen ist: Angesichts neuer biomedizinischer Fragen solle man den sog. „sicheren“ Weg wählen und sich „tutoristisch“ oder „vorsichtig“ verhalten. Konkret läuft dies dann auf eine ganz starke Einschränkung der embryonalen Stammzellforschung oder auf eine Beschneidung von Selbstbestimmungsrechten von Patienten oder auf Restriktionen im Umgang mit transplantierbaren Organen hinaus, sei es bei der Lebendspende oder bei der Organentnahme nach dem Hirntod, und anderes. Ich möchte diesem Ansatz entgegenhalten, dass es überhaupt nicht eindeutig feststeht, welche moralische Prämisse oder welches Werturteil denn eigentlich die „sichere“ oder die „vorsichtige“ Einschätzung repräsentiert. Historisch wurde mit dem Argument der moralischen Vorsicht die Legitimität der Obduktion in Abrede gestellt, weil gesagt wurde, der Leichnam solle vorsichtshalber für das Jenseits unbeschädigt erhalten werden. Dieser Ansatz hat sich über Jahrhunderte hinweg zu Lasten des medizinischen Fortschritts und letztlich zu Lasten von Leben und Gesundheit vieler Menschen ausgewirkt. Ich räume ein, dass dies ein sehr pointiertes historisches Bei-

spiel ist; aber es rückt ins Licht, dass man auf das (scheinbare) Argument der Vorsicht oder des Tutorismus allenfalls äußerst behutsam zurückgreifen sollte.

Statt dessen hatte ich in den Mittelpunkt gerückt, dass die Ethik ihre Funktion darin besitzt, Handlungsnormen permanent zu reflektieren, sie zu profilieren und bei Handlungs- oder Wertkonflikten nach „mittleren“, abwägenden Lösungen zu suchen. Dies gilt erst recht in Anbetracht der hohen Dynamik des medizinischen Fortschritts und angesichts des kulturellen und weltanschaulichen Pluralismus, der in der Gegenwart stärker zutage tritt als in früheren Epochen.