ETHICA

WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

JOHANNES BRANTL: **Wer soll das bezahlen ...? Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen**

WOLFGANG SCHLÖGL: **Durchbruch oder Dammbruch? Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auf der Grundlage des am 1.09.2009 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetzes**

TOBIAS TRAPPE: **Über die Annahme der Unverfügbarkeit. Ein vielleicht wenig beachteter Aspekt der Pränataldiagnostik**

Diskussionsforum:

Das Schaffen von Fertilitätsreserven bei Gesunden als Herausforderung für das ärztliche Selbstverständnis
(Uta Bittner/Oliver Müller)

Aus Wissenschaft und Forschung:

Ernst Luther: Albert Schweitzer. Ethik und Politik
(Rezension von Siegfried Scharrer)

Bücher und Schriften

Jahr 19 – 2011 – 3

Resch

ETHICA WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

ETHICA ist eine interdisziplinäre Quartalschrift für Verantwortung in Wissenschaft, Forschung, Lehre und Verhalten. Sie dient der Eigenart und Entfaltung von Physis, Bios, Psyche und Pneuma.

Herausgeber und Medieninhaber: Prof. DDr. Andreas Resch, Direktor des Instituts für Grenzgebiete der Wissenschaft (IGW)

Redaktion: Prof. DDr. Andreas Resch, Prof. Dr. Josef Römelt, DDr. Dominikus Kraschl, Mag. Priska Kapferer

Ständige Mitarbeiter:

Prof. Dr. Alexius J. Bucher, Eichstätt (Philosophie)

Prof. Dr. Bernhard Claußen, Hamburg (Sozialwissenschaften)

Prof. Dr. Dr. Peter Fonk, Passau (Philosophische und Theologische Ethik)

Prof. em. Dr. Ing. Karl Goser, Dortmund (Elektrotechnik)

Prof. Dr. Marianne Heimbach-Steins, Münster (Christl. Sozialethik)

Prof. Dr. Adrian Holderegger, Fribourg (Moraltheologie)

Prof. em. Dr. Peter Inhoffen, Fulda (Moraltheologie)

Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang, Dresden (Philosophie, Theologie)

PD Dr. Imre Koncsik, LMU München (Theologie)

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Bonn (Systematische Theologie/Ethik)

A. Univ.-Prof. Univ.-Doz. Dr. Jürgen Maaß, Linz (Mathematik, Didaktik, Medien)

Ao. Univ.-Prof. Dr. Gerhard Marschütz, Wien (Moraltheologie)

Prof. em. Dr. Hans J. Münk, Luzern (Sozialethik)

Prof. Dr. Matthias Rath, Ludwigsburg (Kommunikation, Medienethik)

Ao. Prof. Dr. Kurt Remele, Graz (Ethik und Christliche Gesellschaftslehre)

Prof. Dr. Dr. P. Andreas Resch, Innsbruck (Psychologie, Paranormologie)

Prof. Dr. P. Josef Römelt, Erfurt (Theologische Ethik)

Prof. Dr. Bruno Schmid, Weingarten (Theologie)

Prof. Dr. Hanspeter Schmitt, Chur (Theologische Ethik)

Dr. phil. habil. Viola Schubert-Lehnhardt, Halle (Philosophie)

Prof. Dr. Walter Schweidler, Eichstätt (Philosophie, Recht, Politikwissenschaften, Theologie)

Prof. Dr. Werner Stegmaier, Greifswald (Philosophie)

Prof. Dr. phil. Karsten Weber, Frankfurt/Oder; Opole (Oppeln), Polen (Wissenschaftstheorie, Technikethik, Politische Philosophie)

Prof. Dr. Gerhard Zecha, Salzburg (Philosophie)

Fortsetzung: Umschlagseite 3

ETHICA WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

19. Jahrgang 3 – 2011 Innsbruck: Resch

Leitartikel

JOHANNES BRANTL: Wer soll das bezahlen ...? Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen 195

WOLFGANG SCHLÖGL: Durchbruch oder Dammbruch? Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auf der Grundlage des am 1.09.2009 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetzes 227

TOBIAS TRAPPE: Über die Annahme der Unverfügbarkeit. Ein vielleicht wenig beachteter Aspekt der Pränataldiagnostik 241

Informationssplitter *226*

Diskussionsforum

Das Schaffen von Fertilitätsreserven bei Gesunden als Herausforderung für das ärztliche Selbstverständnis (Uta Bittner/Oliver Müller) 255

Aus Wissenschaft und Forschung

Ernst Luther: Albert Schweitzer. Ethik und Politik (Rezension von Prof. Dr. Siegfried Scharrer) 261

Bücher und Schriften

Rupert M. Scheule (Hrsg.): Ethik der Entscheidung. Entscheidungshilfen im interdisziplinären Diskurs (J. Maaß) 269

Tatjana Tarkian: Moral, Normativität und Wahrheit. Zur neueren Debatte um Grundlagenfragen der Ethik (J. Maaß) 271

Thomas Rothschild: O Gerechtigkeit. Ein Essay über Verteilungsgerechtigkeit, Neid, Rache, Terror, Kompromiss und die Sozialdemokratie (V. Schubert-Lehnhardt) 272

Hans Thomas/Johannes Hattler (Hrsg.): Der Appell des Humanen. Zum Streit um Naturrecht (I. Koncsik) 272

Stephan Schlensog: Der Hinduismus. Glaube, Geschichte, Ethos (K. Thomalla) 274

Gerhard Marschütz: Theologisch ethisch nachdenken. Band 1: Grundlagen (H. Schmitt) 277

Gert Jacobi (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen (A. Resch) 279

Thomas Weitin (Hrsg.): Wahrheit und Gewalt. Der Diskurs der Folter in Europa und den USA (J. Comes) 281

Jan P. Beckmann: Ethische Herausforderungen der modernen Medizin (E. Luther) 283

Annette Hilt/Isabella Jordan/Andreas Frewer (Hrsg.): Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik (V. Schubert-Lehnhardt) .. 284

Carola Seith: Status und Schutz des extrakorporalen Embryos. Eine rechtsvergleichende Studie (J. Brantl) 285

ETHICA 19 (2011) 3, 195–225

JOHANNES BRANTL

WER SOLL DAS BEZAHLEN ...?

Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen

Johannes Brantl, Dr. theol. habil., seit 2008 Professor für Moraltheologie an der Theologischen Fakultät Trier, ist 1968 geboren und studierte Philosophie und Theologie in Passau und Fribourg/CH. Im Jahr 1994 zum Priester geweiht, war er zunächst in der Pfarrseelsorge und seit 1997 in der Priesterausbildung tätig. 2000 mit einer Studie zur interdisziplinären Begegnung zwischen Theologischer Ethik und Verhaltensbiologie promoviert, erfolgte im Wintersemester 2006/07 seine Habilitation im Fach Moraltheologie mit einer Untersuchung zum Ansatz einer christlichen Existentialethik und dessen Tragweite im Handlungsfeld moderner Medizin.
Buchveröffentlichungen: *Verbindende Moral. Theologische Ethik und kulturenvergleichende Humanethologie* (Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br.: Universitätsverlag/Herder, 2001); *Entscheidung durch Unterscheidung. Existentialethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive* (Münster: LIT, 2007).

1 Gesundheit – ein im doppelten Wortsinn „teures Gut"

Die Sorge um die eigene Gesundheit ist den allermeisten Menschen lieb und teuer. Gesundheit, physisches und seelisches Wohlbefinden, ist allein schon deshalb ein so kostbares Gut, weil sie – dem fundamentalen Gut des Lebens ganz ähnlich – die Ausgangsbasis für die Realisierung einer Vielzahl von weiteren geschätzten Gütern und Werten im menschlichen Leben und Zusammenleben darstellt.
Hinzu kommt, dass in den hoch entwickelten Industrienationen der gesellschaftliche Trend zur Individualisierung und Säkularisierung die Sorge um das Gut Gesundheit zunehmend zum zentralen Lebensthema des modernen Menschen gemacht hat:

> „Die verstärkte Ausrichtung von immer mehr Menschen auf die eigene Person hat zugleich den Wunsch gesteigert, möglichst lange gesund zu bleiben und ein hohes Alter zu erreichen. Der Sinnhorizont dieser Menschen konzentriert sich demzufolge vorrangig auf die eigene Lebensspanne. Diese restriktive Fixierung auf das eigene Leben wird erleichtert durch die Abwertung ethnisch-nationaler, konservativer, familiärer und religiöser Wertorientierungen, durch den somit erleichterten

Verzicht auf kollektiv-gemeinschaftliche Bindungen und Verpflichtungen. Um so höher bewerten die Individualisten ihr eigenes Wohlergehen, vor allem die eigene Gesundheit."[1]

Diese besondere Wertschätzung des Gutes Gesundheit schlägt sich hierzulande schon seit Jahren in beachtlichen finanziellen Aufwendungen nieder. Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge bewegen sich die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland während der vergangenen 15 Jahre (seit 1995) relativ konstant zwischen 10% und 11% des Bruttoinlandsproduktes, das heißt, gut jeder zehnte Euro, der erwirtschaftet wird, fließt in die Finanzierung der medizinischen Versorgung der Bürger.[2] Bei mittlerweile über 3.200 Euro Gesundheitsausgaben je Einwohner im Jahr ist die sog. „Medizin-Industrie" längst zu einem der wichtigsten Wirtschaftszweige überhaupt geworden. Und je komplizierter die Entwicklung neuer Medikamente, je differenzierter die Behandlungsmethoden, je aufwendiger der Einsatz an medizinisch-technischen Geräten, desto höher fällt in der Regel auch die Vergütung aus, mit der Pharmaindustrie, Krankenhausträger, Ärzte, Apotheker usw. für ihre Leistungen entlohnt werden. Das hat mittlerweile zu der paradoxen Situation geführt, dass zwar vieles medizinisch machbar, in Zukunft aber wohl immer weniger – zumindest für einen Großteil der Bevölkerung – finanzierbar sein wird.

So beherrscht also das Problem der Finanzierbarkeit des teuren Gutes Gesundheit und dabei insbesondere die Frage nach ethisch vertretbaren Wegen der Rationierung[3] bzw. Priorisierung[4] in der Gesundheitsversorgung längst die gesundheitspolitische Diskussion, wenngleich maßgebliche politische Entscheidungsträger nach wie vor ihre Skepsis äußern, ob das Thema Rationierung bzw. Priorisierung überhaupt sinnvoll und zukunftsweisend sei. So

[1] K.-H. Hillmann: Wertwandel (2003), S. 338.

[2] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 2010 (2010), S. 133.

[3] Mit dem Begriff der *Rationierung* ist in der Ökonomie zunächst ganz allgemein die (gerechte) Zuteilung von Rationen, zum Beispiel von Dienstleistungen oder Gütern gemeint. Demgegenüber wird allerdings in der politischen Diskussion in Deutschland mit dem Rationierungsbegriff häufig nicht etwa nur das Ziel einer gerechten Verteilung, sondern vor allem das als negativ empfundene Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen verbunden.

[4] In Anbetracht der zum Teil negativen Konnotationen, die im deutschen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Rationierung" verbunden sind (vgl. Anm. 3), hat sich hierzulande als begriffliche Alternative die Rede von *Priorisierung* zunehmend eingebürgert. Priorisierung bezeichnet dabei im Kern die systematisch begründete Bildung von Ranglisten – in der Krankenversorgung eben die Bildung von Ranglisten medizinischer Versorgungsmaßnahmen, wobei der Begriff selbst zunächst offen lässt, nach welchen Kriterien und mit welcher Motivation die Vorrangigkeit bestimmt wird.

hat etwa Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) bei der Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel am 31. Mai 2011 betont, die Finanzierung des Gesundheitswesens müsse so stabil gestaltet werden, dass sich Debatten über eine Rationierung oder Priorisierung erübrigten.[5] Mit dieser Verweigerung gegenüber einer Diskussion um die Priorisierung medizinischer Leistungen wandte sich Bahr – wie schon früher seine Amtsvorgänger Philipp Rösler (FDP) und Ulla Schmidt (SPD) – entschieden gegen entsprechende Vorstöße des längjährigen Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe, der schon seit geraumer Zeit dafür eintritt, die Frage der Priorisierung vor dem Hintergrund der Ressourcenbegrenzung und der steigenden Behandlungsbedürftigkeit von immer älter werdenden Menschen offen zu verhandeln. Auch in seiner Abschiedsrede als scheidender Präsident der Bundesärztekammer auf dem oben erwähnten Deutschen Ärztetag in Kiel unterstrich Hoppe noch einmal, wie unausweichlich es seiner Ansicht nach sei, das „heiße Eisen" der Priorisierung anzufassen:

> „Keiner, der ernst genommen werden will, leugnet noch, dass es Rationierung in der Versorgung gibt."[6]

Diese Aussage des ehemaligen Bundesärztekammerpräsidenten ist sicher keine leere Behauptung. Denn der im November 2010 veröffentlichte „MLP Gesundheitsreport"[7], eine vom Institut Allensbach und dem Finanzdienstleister MLP gemeinsam durchgeführte und verantwortete Umfrage zum Gesundheitssystem in Deutschland, dürfte in dieser Hinsicht einen durchaus verlässlichen Einblick in die konkrete Wirklichkeit des medizinischen Alltags gewähren. Im Teil „Ärztebefragung" des „MLP Gesundheitsreports" wurden insgesamt 524 Mediziner (308 im ambulanten und 216 im stationären Bereich Tätige) interviewt und diese antworteten dabei u. a. auf die Frage „Ist es schon vorgekommen, dass Sie bei Patienten aus Kostengründen auf Behandlungen verzichten mussten, die in Ihren Augen aus medizinischer Sicht angeraten gewesen wären?" Das Ergebnis ist erhellend: 55% der Befragten antworteten mit „Ist bereits vorgekommen"; 12% gaben als Frequenz „häufig" an, 24% „gelegentlich" und 19% „selten".

[5] Vgl. H. E. Krüger-Brand/F. Osterloh: Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen Ärztetages: Abschied, Einstand und viel Applaus. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011), A1199-1201, hier: A1200f.

[6] Ebd. A1200.

[7] MLP Gesundheitsreport 2010, Präsentation, dokumentiert unter: http://www.mlp-ag.de (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).

Auch wenn sich die Politik das heikle Thema der Priorisierung im Gesundheitswesen zumindest in der Theorie noch vom Hals halten möchte – in der konkreten ärztlichen Praxis, und zwar sowohl ambulant als auch stationär, ist die Thematik offensichtlich längst von sehr konkreter Bedeutung. Vonseiten der Patienten wird diese Entwicklung im Übrigen auch einigermaßen realistisch eingeschätzt. Das Institut für Demoskopie Allensbach befragte für den Gesundheitsreport 2010 neben den Ärzten auch 1832 Bundesbürger nach ihrer Bewertung der medizinischen Versorgung. 35% gaben an, dass sie bereits das Gefühl hatten, nötige Medikamente oder Behandlungen aus Kostengründen nicht erhalten zu haben.

Was ist aus ethischer Perspektive zu diesem Befund zu sagen? Grundsätzlich gilt: Einer heimlichen und intransparenten Rationierung ist eine offene und argumentativ nachvollziehbare Auseinandersetzung mit dem Thema „Priorisierung" vorzuziehen. Ganz in diesem Sinne hat vor kurzem auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zum Problemfeld „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung"[8] nicht zuletzt mit Blick auf die Zurückhaltung der Politik gefordert, „das Rationierungsthema als zumindest langfristig ernst zu nehmendes Thema anzuerkennen."[9]

Dass die Vielschichtigkeit des Problems allein im Zusammenspiel differenzierter medizinischer, juristischer, ökonomischer und ethischer Überlegungen anzugehen ist, liegt auf der Hand; wobei schnelle und glatte Lösungen sicher nicht zu erwarten sind. Denn mit dem Bemühen um kodifizierbare Verhaltensmaßgaben und „operationalisierbare" Kriterienkataloge allein – so sinnvoll und hilfreich diese auch sein mögen – ist es ja keineswegs getan. Vielmehr zeichnet sich die Notwendigkeit ab, die Zusammenhänge von Angebot, Nachfrage und Grenzen der Finanzierbarkeit im Bereich moderner Medizin und Gesundheitssorge auch in deren tiefer liegenden Schichten zu beleuchten. Für den Ethiker, zumal wenn er sich als Vertreter der theologischen Ethik ausweist, bedeutet das nicht zuletzt, manche allzu selbstverständlich akzeptierten Wertoptionen und Handlungsmuster im zeitgenössischen Gesundheitswesen kritisch zu hinterfragen.

[8] Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme vom 27.01.2011, dokumentiert unter: http://www.ethikrat.org (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).

[9] Ebd., S. 5.

2 Warum und in welcher Weise ist Priorisierung zu befürworten?

2.1 Grundlegende Zusammenhänge

Ein erfahrener Hausarzt hat im persönlichen Gespräch einmal gesagt: Er halte die Vorstellung, durch den permanenten medizinischen Fortschritt immer mehr Krankheiten ausrotten zu können, für reine Illusion. Vielmehr habe er den Eindruck, dass die moderne Medizin dem Problem Krankheit ständig hinterherlaufe. Der Kampf gegen die Krankheit gleiche dem Kampf mit einer Hydra, der man einen Kopf abschlägt, an dessen Stelle dann aber gleich mehrere neue nachwachsen.

In der Tat verhält es sich so, dass die bahnbrechenden Entwicklungen der Medizin im 20. Jahrhundert hin zu einer hoch spezialisierten Diagnostik, ausgeklügelten Pharmakotherapie und neuen operativen Methoden zwar akute Krankheiten frühzeitig und mit weit größerem Erfolg behandeln können, aber der Kampf gegen das Phänomen Krankheit selbst ist damit natürlich keineswegs gewonnen – ganz im Gegenteil: Aus den Teilsiegen sind wiederum neue Bedrohungen in Gestalt von (altersbedingten) chronisch-degenerativen Krankheiten und multimorbiden Krankheitszuständen erwachsen.

Anstatt also von einer nachhaltigen Dezimierung bedrohlicher Krankheiten sprechen zu können, wird man wohl – ohne freilich das ganz wesentliche Moment einer deutlich gestiegenen durchschnittlichen Lebenserwartung zu übersehen – richtiger von einer Verschiebung im Spektrum der Krankheiten reden müssen. Krankheit und Kranksein gehören demnach trotz aller Erfolge der medizinischen Forschung und Praxis immer noch unausweichlich zum menschlichen Leben; jedes Ansinnen, alle Krankheiten bekämpfen und eine leidensfreie Gesundheitsgesellschaft errichten zu wollen war, ist und bleibt utopisch. Eine gleichbleibend hohe Nachfrage, ja sogar eher noch eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist daher gerade durch den beeindruckenden medizinisch-technischen Fortschritt bedingt und unausweichlich.

Vor diesem Hintergrund wird dann eben auch einigermaßen offen über die „Kostenfalle Gesundheitswesen“ [10] diskutiert, was insofern nicht ganz unberechtigt erscheint, als sich immer deutlicher abzeichnet, dass der demografische Wandel und die Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse zu einem chronischen Finanzierungsdefizit im deutschen

[10] U. Schneider: Kostenfalle Gesundheitswesen? In: *zur debatte* 33 (2003), 1–4.

Gesundheitswesen führen werden. Manche Gesundheitsökonomen sprechen daher eher vom Problem einer Einnahmenreduktion bei den Krankenkassen als von der bisweilen dramatisierten „Kostenexplosion" im Rahmen der medizinischen Versorgung, die so dramatisch tatsächlich nicht ist.

Nun zeigt sich interessanterweise in der gesellschaftlichen Diskussion ein seltsamer Widerspruch[11]: Während eine Erhöhung der Mittel, welche für Bildung, Wissenschaft und Forschung ausgegeben werden sollen, von den allermeisten als wichtige und richtige Investition in die Zukunft angesehen wird, gelten Gesundheitsausgaben – trotz aller Hochschätzung des Gutes Gesundheit – als verlorener Zuschuss. Forderungen nach mehr Geld, um neue Lehrer einstellen zu können oder um im universitären Bereich Wissenschaftlern attraktivere Forschungsbedingungen zu schaffen, finden gemeinhin den Beifall der Öffentlichkeit. Forderungen, bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegekräfte zu schaffen, stoßen hingegen postwendend auf den Einwand, die Gesundheitsausgaben seien ohnehin schon zu hoch.

> „Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird, da davon scheinbar vor allem alte und kranke Menschen betroffen sind, nicht als Dienst an der Zukunft, sondern eher als vergangenheitsorientierte Aufgabe wahrgenommen. Tatsächlich gehören aber auch Gesundheitsausgaben zur Zukunftssorge einer humanen Gesellschaft, denn die heute Alten, Kranken und Sterbenden stellen den jetzt Gesunden ihre eigene Zukunft vor Augen."[12]

So sehr dies auch als grundsätzliche Überlegung zutrifft, wird man dennoch immer weiter steigenden Gesundheitsausgaben im Hinblick auf deren nachteilige Konsequenzen mit Vorbehalt begegnen müssen. Wenigstens drei solcher nachteiliger Konsequenzen sind leicht abzusehen[13]:

Wenn die Sozialversicherungsbeiträge und somit auch die Lohnnebenkosten steigen, käme es *erstens* zwangsläufig zu einem Rückgang des privaten Konsums und damit zu rückläufigen Absatzzahlen in der Wirtschaft, sodass im nächsten Schritt die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen gemindert würde. *Zweitens* würde zwar die Zahl der Arbeitsplätze im Gesundheitssektor kurzfristig steigen, doch deren Finanzierung würde von Jahr zu Jahr schwieriger. Und *drittens* schließlich hätte die Optimierung der Gesundheitsversor-

[11] Vgl. A. Losinger/E. Schockenhoff: Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter. In: *Stimmen der Zeit*, Heft 2, Februar 2010, 98.
[12] Ebd.
[13] Vgl. P. Fonk: Der Arzt als Geschäftsmann. In: O. Seewald/H. Schoefer (Hg.): Zum Wert unserer Gesundheit (2008), S. 59–74, hier: 61.

gung unvermeidlich Einsparungen in den anderen wichtigen Bereichen der Zukunftsgestaltung, wie eben Bildung und Forschung, zur Folge.

Man hat also sozusagen bei der Frage des Sparens in diesen zentralen Bereichen des menschlichen Lebens nur die Wahl zwischen Pest und Cholera. Aus den genannten nachteiligen Konsequenzen, die in der gesellschaftlichen Debatte niemand in Kauf zu nehmen bereit ist, ergibt sich die Notwendigkeit, sich von der Idealvorstellung einer medizinischen Maximalversorgung zu verabschieden. Und tatsächlich verhält es sich doch auch so, dass in gewisser Weise schon von jeher im Bereich der Gesundheitsleistungen eine Rationierung vorgenommen wird, nämlich dergestalt, dass ganz selbstverständlich unterschieden wird zwischen der Nachfrage – dem, was eine bestimmte Person will – und dem tatsächlichen Bedarf – also dem, was eine bestimmte Person auch tatsächlich braucht und haben soll. Nicht alles, was der Versicherte als Patient an therapeutischen Maßnahmen wünscht, wird von der Krankenversicherung auch genehmigt, das heißt: bezahlt. Diese grundlegende Unterscheidung ist im Grunde ein „alter Hut"; neu ist allenfalls die explizite öffentliche Diskussion, wo genau die Grenze zwischen der Eigenverantwortung des Einzelnen und der von Solidarität getragenen Absicherung durch die Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten gezogen werden soll.

2.2 Zwischen Szylla und Charybdis: gegen Entsolidarisierung und problematische Priorisierungskriterien

In der facettenreichen und schwierigen Diskussion um die Gestaltung des Gesundheitssystems angesichts begrenzter finanzieller Mittel scheint in den Reihen der am Diskurs beteiligten katholischen Moraltheologen und Sozialethiker weitgehend Konsens darüber zu bestehen, dass man an einer Priorisierung von Gesundheitsleistungen bzw. an einer Zweistufung der Krankenversicherung nicht vorbeikommt.[14]

Dabei wäre dann in einer *ersten Stufe* für eine allgemeine *Grundversorgung* Vorkehrung zu treffen, die durch die Solidargemeinschaft getragen und nach dem Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit organisiert wird. Im Rahmen der Grundversorgung hat dann ausnahmslos jeder Krankenversicherte Anspruch auf alle prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen gegen jene Krank-

[14] Vgl. dazu etwa die zahlreichen Einzelbeiträge zur Thematik von Michael Rosenberger, Johannes Reiter, Eberhard Schockenhoff, Anton Losinger, Joachim Wiemeyer, Elmar Nass und Peter Fonk.

heiten, welche seine normalen altersentsprechenden Lebensvollzüge signifikant einschränken.

Davon zu unterscheiden ist die *zweite Stufe* einer sog. *Wahlversorgung*, welche durch ein Zweckbündnis von freiwillig Versicherten getragen und nach dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit dem Einzelnen zugemessen wird, d. h., jeder bekommt das, wofür er sich durch die Zahlung entsprechender Beiträge versichert hat, wobei im Gegensatz zur Grundversorgung keinerlei Versicherungspflicht besteht – weder bei den Versicherern, die das Recht haben, Risikogruppen durch höhere Beiträge stärker zu belasten oder ganz auszuschließen, noch bei den Versicherungsnehmern, die nach individuellem Bedürfnis und finanzieller Möglichkeit frei entscheiden können, für welche (Krankheits-)Fälle sie sich zusätzlich versichern lassen wollen.

Das eigentliche Problem liegt allerdings in der Frage, wie man Grundversorgung und Wahlversorgung human- bzw. sozialverträglich gegeneinander abgrenzen soll. Es leuchtet ein, dass der Wahlversorgung Leistungen zuzuordnen sind, die man als Komfortsteigerungen bezeichnen könnte (Einzelzimmer im Krankenhaus, Wellness-Behandlungen oder Maßnahmen der kosmetischen Chirurgie, also Leistungen, die bereits jetzt von vielen gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden). Wie aber verhält es sich im Falle von nicht evidenzbasierten Therapien (etwa Angebote der sog. Alternativmedizin)? Gehört die medizinische Behandlung von Unfällen, die durch die Ausübung einer Risikosportart verursacht wurden, noch zur Grundversorgung? Und auf welcher Stufe sind Maßnahmen der Reproduktionsmedizin oder durch gesundheitsförderndes Verhalten vermeidbare medizinische Therapien zu verorten?

Die Beantwortung dieser Fragen gleicht ein wenig der sprichwörtlichen Fahrt zwischen Szylla und Charybdis: Je mehr man zu einer engen Begrenzung der Grundversorgung neigt und damit die angespannte finanzielle Situation im Gesundheitswesen schnell entschärfen möchte[15], desto stärker setzt man sich dem Vorwurf aus, die Solidarität mit den sozial Schwachen in der Gesellschaft aufzukündigen und einer Zweiklassenmedizin Vorschub zu leisten. Je weiter man hingegen den Leistungskatalog der Grundversorgung fassen und so dem Verdikt der Zweiklassenmedizin entkommen möchte, desto dringender muss man dann aber aufgrund der nach wie vor ungelösten Finan-

[15] Zu dieser Option tendiert zum Beispiel Otfried Höffe; vgl. O. Höffe: Besonnenheit und Gerechtigkeit. In: W. Schlicht/H. H. Dickhuth (Hg.): Gesundheit für alle (1999), S. 155–184.

zierungsprobleme über Methoden der Priorisierung bzw. Rationierung auf der Ebene der Behandlung einzelner Patienten nachdenken.

In der Palette der diesbezüglichen Vorstellungen finden sich unter anderem auch diverse nicht medizinische Überlegungen bzw. Kriterien. So plädieren manche dafür, jüngeren Patienten einen Behandlungsvorzug gegenüber älteren Patienten einzuräumen und ab einem bestimmten Alter teure Versicherungsleistungen drastisch zu begrenzen, d. h. gegebenenfalls nur noch die Kosten für eine palliative Therapie zu übernehmen.[16]

Andere bringen den doch sehr eigenwilligen Vorschlag einer ausgleichenden Gerechtigkeit ins Spiel, wonach jener Patient, der in seinem Leben bereits viele Krankheiten zu erleiden hatte, unter Umständen gegenüber einem Patienten mit bis dato geringerer Belastung durch Krankheit und Leiden vorzugsweise behandelt werden solle.[17]

Und wieder andere verweisen auf die soziale Rolle des Erkrankten als Priorisierungskriterium, d. h., wer für die Gesellschaft Wichtiges leistet oder aktiv im Produktionsprozess steht oder von wem solche Leistungen noch zu erwarten sind, der habe im Zweifelsfall einen höheren Anspruch darauf, von der Solidarversicherung die notwendige Therapie finanziert zu bekommen. In diesem Sinne hat etwa der Schweizer Philosoph Beat Sitter-Liver den Versuch unternommen, Mütter kleiner Kinder als Personen auszuweisen, denen eine Vorzugsbehandlung zustehe, weil sie gewissermaßen unersetzlich seien.[18]

Jeder einzelne der hier genannten Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nicht medizinische Überlegungen zu stützen, ist in hohem Maße problematisch und ethisch nicht wirklich überzeugend zu begründen.

[16] Vor allem im angloamerikanischen Sprachraum gibt es eine ganze Reihe von Ethikern (z. B. Daniel Callahan, Norman Daniels oder Dan W. Brock), die das Alter als wesentliches Kriterium für die Mittelverteilung im Gesundheitswesen befürworten. Vgl. hierzu: G. Marckmann / P. Liening / U. Wiesing (Hg.): Gerechte Gesundheitsversorgung (2003), S. 195–250. In Deutschland sind allerdings entsprechende Stimmen nur selten zu vernehmen, sorgen dafür aber dann für umso größeres Aufsehen in der Öffentlichkeit. In den Reihen katholischer (Sozial-)Ethiker unternahm schon vor längerer Zeit Joachim Wiemeyer einen Vorstoß in diese Richtung, der ihm jedoch viel Kritik – nicht zuletzt von Seiten der Deutschen Bischofskonferenz – eintrug. Vgl. J. Wiemeyer: An Haupt und Gliedern. In: *HerKorr* 56 (2002), 605–610.

[17] Michael Rosenberger verweist auf Dieter Birnbacher, der einen solchen Vorschlag vertritt, allerdings mit der Einschränkung, das Kriterium der ausgleichenden Gerechtigkeit lediglich als einen den medizinischen Allokationskriterien nachgeordneten Aspekt zu berücksichtigen. Vgl. M. Rosenberger: Die beste Medizin für alle In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), A764-767, hier: A766.

[18] Vgl. B. Sitter-Liver: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: *FZPhTh* 50 (2003), 438–463.

2.3 Unverzichtbare ethische Prinzipien

Für die Frage nach der Erbringung medizinischer Leistungen unter den Vorzeichen eines vorhandenen und wohl noch weiter steigenden Kostendrucks im modernen Gesundheitswesen sind aus moraltheologischer und sozialethischer Perspektive zunächst einige Kernprinzipien zu berücksichtigen, die vorab die notwendigen Rahmenbedingungen vorgeben, welche dann in weiteren Schritten durch das medizinische und ökonomische Fachwissen konkret ausgestaltet und in die praktische Anwendung überführt werden.

Ein erstes unverzichtbares Prinzip: die *Achtung der Menschenwürde.*

Die ideengeschichtlichen Quellen des Prinzips der Menschenwürde reichen weit zurück in die abendländische Geistesgeschichte (insbesondere in die Philosophie der Stoa und in die biblisch-christliche Tradition), sind allerdings erst in der Neuzeit und hier vor allem in der Philosophie der Aufklärung nachhaltig zum Durchbruch gelangt. Nach dem Glaubenszeugnis der Bibel ist jeder Mensch als Ebenbild Gottes geschaffen. Deshalb kommt jedem Menschen unabhängig von individuellen Fähigkeiten, Anlagen oder Leistungsvermögen eine unverlierbare Würde zu, die es zu schützen und zu achten gilt. Aus seiner Würde und aus der sozialen Wesensnatur des Menschen leitet sich schließlich auch der grundsätzliche Auftrag her, den einzelnen Menschen zu einem Leben als Freiheits- und Sozialwesen zu befähigen.

Theologisch gesprochen heißt das:

> „So wie Gott sich uns zugewandt hat und sich durchweg und bedingungslos als treu erweist, so soll diese Gemeinschaftstreue das Miteinander unter den Menschen prägen. Es gilt vorrangig, die Gemeinschaftsfähigkeit der Armen, Schwachen, Kranken und Unterdrückten herzustellen und zu befördern. Gerade sie müssen durch die Not hindurch getragen und möglichst von ihr befreit werden. Krank zu sein, eine Behinderung zu haben oder pflegebedürftig zu sein, darf nicht zum Ausschluss aus der Gemeinschaft der Menschen führen.“ [19]

Das Prinzip der Menschenwürde zielt also auf die Wahrung oder Wiedererermöglichung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Menschen ab. Dabei besteht eine besondere Verpflichtung der Solidargemeinschaft und auch des einzelnen behandelnden Arztes, jenen, die aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung hochgradig benachteiligt sind, die nötige Hilfe zukommen zu lassen, um ihnen zumindest ein Mindestmaß an Teilhabe am Leben zu ermöglichen.

[19] P. Dabrock: Es gibt viel zu verlieren. In: *zeitzeichen*, Heft 11, Nov. 2010, 40–43, hier: 42.

Anders gesagt: Die Gesundheitsfürsorge soll auf der Gleichwertigkeit aller Menschen und der Würde des einzelnen Menschen basieren. Die jeweils verfügbaren Ressourcen sollen den Personen mit dem größten (objektivierbaren) Bedarf zukommen. Auf der Basis dieses Prinzips lässt sich dann beispielsweise schon die aus ethischer Sicht unbedingt zu bejahende Priorität palliativer Versorgung erschließen. Dass hingegen vom Prinzip der Menschenwürde her eine Priorisierung medizinischer Versorgung nach Kriterien wie Alter, sozialer Status oder Lebensstil ausgeschlossen ist, versteht sich nahezu von selbst.

Ein zweites, unverzichtbares Prinzip: *das Prinzip der Solidarität.*

Eine der tragenden Säulen und nach der Menschenwürde das wichtigste Prinzip der sozialen Absicherung im Krankheitsfall ist das Solidarprinzip. Der Gesundheitswissenschaftler MICHAEL SIMON führt in seinem Grundlagenwerk zum Gesundheitssystem in Deutschland[20] aus, dass die Geltung des Solidar- respektive Solidaritätsprinzips das sonst bei Versicherungen übliche Prinzip des Gleichgewichts von Leistung und Gegenleistung außer Kraft setze. Das bedeutet, dass sich die Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft im Krankheitsfall gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren. Und zwar wird diese Unterstützung nicht als Almosen aus dem Motiv humanitärer Mildtätigkeit gewährt, sondern als Rechtsanspruch gegenüber der jeweiligen Krankenkasse begründet, der gegebenenfalls auch gerichtlich eingeklagt werden kann.[21]

Die beiden zentralen Solidarausgleiche in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zum einen der Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken und zum anderen der Solidarausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen.

> „Durch die Solidarausgleiche soll auch erreicht werden, dass Krankheit nicht zu einer gravierenden Verschlechterung des Lebensstandards oder gar Gefährdung der individuellen wirtschaftlichen Existenz führt. (...) Einschränkungen erfährt dieser Solidarausgleich durch Zuzahlungen wie beispielsweise für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Krankenhausbehandlung, die allein von den Betroffenen zu tragen sind."[22]

Diese grundlegenden Aspekte einer solidarischen Absicherung im Krankheitsfall sind nach wie vor von herausragender Bedeutung für eine zukunftsfähige Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Deutschland. Allerdings schließt

[20] M. SIMON: Das Gesundheitssystem in Deutschland (2010).
[21] Vgl. ebd., S. 75f.
[22] Ebd., S. 77.

dieses Prinzip der Solidarität den Gedanken der Eigenverantwortung keineswegs aus. Vielmehr liegt im Prinzip der Eigenverantwortung regelrecht ein Komplementärprinzip zur Solidarität vor.

Daher ein drittes, wichtiges Prinzip: das *Prinzip der Eigenverantwortung*. Geradezu programmatisch haben dazu die deutschen Bischöfe bereits im Jahr 2003 zum Thema „Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem" eine Schrift mit dem Titel „Solidarität braucht Eigenverantwortung" herausgegeben.[23]

Solidarität bildet in keiner Weise einen Gegensatz zum Gedanken der Eigenverantwortung, zeichnet sich der Mensch als Person doch gerade dadurch aus, dass er zugleich im Mit-Sein auf den anderen bezogen und als Einzelwesen eigenständig ist. In der katholischen Soziallehre wird daher besonderer Wert darauf gelegt, dass dem Prinzip der Solidarität gewissermaßen als unverzichtbare zweite Seite der Medaille das Prinzip der Subsidiarität zugeordnet bleibt. Denn das Subsidiaritätsprinzip zielt ja in seinen Forderungen zunächst immer erst auf die Wahrung der eigenen Kompetenz, indem jeder seine Aufgaben eigenverantwortlich ausüben kann (Kompetenzanmaßungsverbot); nur bei mangelnder Leistungsfähigkeit des Einzelnen gilt es, durch die Bereitstellung von Hilfeleistungen seitens der größeren Einheit „Hilfe zur Selbsthilfe" zu gewähren (Hilfestellungsgebot).[24]

Bezogen auf unsere Fragestellung bedeutet das: Es ist primär die Pflicht und Aufgabe der je einzelnen Person, sich selbst zu erhalten und somit auch für die eigene Gesundheit Vorsorge zu treffen.

> „Dazu gehört etwa eine aktive Fürsorge für sich selbst und den eigenen Leib und ein Unterlassen von Gefährdungen durch z. B. Alkohol, Rauchen, Suchtmittel und einen ungesunden Lebensstil. Es ist Aufgabe des Systems, diese Eigenfürsorge zu unterstützen."[25]

In diesem Zusammenhang beklagen die deutschen Bischöfe sehr ausdrücklich, dass das Versorgungssystem immer noch von akutmedizinischen Maßnahmen dominiert und insbesondere die Prävention vernachlässigt wird. Gerade die steigenden Kosten im Gesundheitswesen verlangen aber nach verstärkter Prä-

[23] Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Die Deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und Kommission für caritative Fragen: Solidarität braucht Eigenverantwortung (2003).

[24] Vgl. T. Bohrmann: Subsidiarität. In: M. Heimbach-Steins (Hg.): Christliche Sozialethik (2004), S. 293–301, hier: 298.

[25] Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Solidarität braucht Eigenverantwortung, S. 12.

vention, das heißt der Verringerung der Erkrankungswahrscheinlichkeit und der Senkung der Krankheitsrisiken.

Allerdings ist diese ethische Maxime der Eigenverantwortung nicht ganz unproblematisch, zumal wenn sie mit der Forderung verbunden wird, dass „Risikogruppen" wie Raucher, Übergewichtige oder Extremsportler höhere Beiträge für die Krankenversicherung entrichten sollen. Einen in diese Richtung gehenden Vorstoß hat etwa auch der katholische Sozialethiker ELMAR NASS sehr deutlich formuliert:

> „Wer bewusst die Gefährdung seiner eigenen Freiheit (wie etwa Kettenraucher oder Extremsportler) in Kauf nimmt, muss im Falle notwendiger Rationierungen die Verantwortung übernehmen und entsprechend Einbußen bei den öffentlichen Gesundheitsleistungen hinnehmen. Eine bewusste Verletzung der als objektiv postulierten Freiheit (z. B. gegenüber seiner Gesundheit und der Gesellschaft) erfüllt die Bedingung eines Sanktionskriteriums."[26]

So berechtigt dieser Grundsatz an sich auch ist – einige nicht ganz einfache Fragen in puncto seiner unmittelbar praktischen Umsetzung stellen sich dennoch: Wer etwa legt fest, wann eine bestimmte Verhaltensweise verantwortungslos genannt werden kann? Wie sollen und können riskante Verhaltensweisen überprüft werden? Führt nicht doch die allzu unbedachte Rede von der Eigenverantwortung schnell zu einer höchst problematischen Klassifikation von „unschuldig Kranken" und „schuldhaft Kranken"?

Worin aber in jedem Fall das Prinzip der Eigenverantwortung künftig mehr Beachtung und konkrete Umsetzung finden könnte bzw. sollte, ist im Bereich der moralischen Verpflichtung eines jeden Patienten zur „compliance", d. h. zum kooperativen Mitwirken im Zuge einer ärztlichen Behandlung. Wenn einzelne Personen regelmäßig und nachweislich gegen ärztliche Anordnungen in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten, das Einhalten von Diätvorschriften oder notwendige Veränderungen im Lebensstil verstoßen, dann ist in der Tat nicht einzusehen, warum hier die volle Bezahlung der Behandlungskosten noch von der Solidargemeinschaft getragen werden soll.

Und schließlich sollten Versicherte als Finanziers und Leistungsempfänger im Sinne der Eigenverantwortung aber auch – weitaus stärker als dies bislang der Fall ist – in die Kontrolle des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen einbezogen werden. Denn nur wenn der mündige und mitdenkende Patient tatsächlich an der Inanspruchnahme medizinischer und ärztlicher Leistungen

[26] E. NASS: Rationierung im Gesundheitswesen. In: *Lebendiges Zeugnis* 64 (2009), 5–15, hier: 13.

beteiligt wird, kann er auch lernen, mit der Inanspruchnahme sorgfältig und verantwortlich umzugehen. Nicht selten verhält es sich nämlich trotz der stets postulierten Patientenautonomie im konkreten Behandlungsgeschehen so, dass der Patient seine Beschwerden und Symptome schildert und dann von ärztlicher Seite postwendend alle möglichen technischen Untersuchungen wie Röntgen, Ultraschall, Tomografie sowie Laboruntersuchungen in Gang gebracht und einigermaßen großzügig Medikamente verschrieben werden, während der betroffene Patient selbst bestenfalls eine leise Ahnung von den dadurch anfallenden Kosten hat.

Warum sollte es nicht möglich sein, auch den Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen detailliert Einblick in die Kostenabrechnung für ihre medizinische Behandlung zu geben? Ja mehr noch: Wäre es bei der Vielzahl nachweislich unnötiger und überflüssiger Arztbesuche, Laboruntersuchungen und Anwendungen der Apparatemedizin so abwegig, ein System der Selbstbeteiligung an den konkret anfallenden Kosten zu etablieren, das den Patienten nicht nur im Sinne der Eigenverantwortung, sondern auch im Sinne des monetären Eigennutzes dazu anhält, sich zurückhaltender und sparsamer im „Medizinmarkt" zu bedienen?

2.4 Medizinische Kriterien und Ebenen der Entscheidung

Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nicht medizinische Überlegungen zu stützen, sind – wie oben in Punkt 2.2 angesprochen – in hohem Maße problematisch und ethisch nicht wirklich überzeugend zu begründen. Daher bleibt im Grunde nur der Weg, über genuin medizinische Priorisierungskriterien die Verteilung knapper Ressourcen zu gestalten. Hier bedarf es freilich im Einzelnen sehr aufwendiger und diffiziler Feinjustierungen, etwa auch, was konkrete Fragen der Bildung von Ranglisten bei medizinischen Interventionen im Hinblick auf bestimmte Erkrankungen (z. B. operative, medikamentöse und strahlentherapeutische Verfahren bei Krebserkrankungen) betrifft.

Die entsprechende fachmedizinische Diskussion soll aufgrund ihrer Komplexität und Tragweite – so sieht es zumindest ein auf dem 111. Deutschen Ärztetag verabschiedetes Papier zu gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft[27] vor – durch einen speziellen „Gesundheitsrat" vorangebracht und transparent gestaltet werden. Wie die organisatorischen Abläufe im Einzelnen

[27] BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (2008).

auch geartet sein mögen, inhaltlich gesehen wird jedenfalls ein im Jahr 2007 von der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer erarbeitetes Stufenmodell[28] von grundlegender Bedeutung bleiben. Denn es stellt ein erstes grobes Raster für jede weitere Differenzierung medizinischer Priorisierungskriterien dar und bewegt sich dabei ganz offensichtlich auf dem Boden der soeben dargestellten prinzipiellen Grundlagen (vgl. oben „3. Unverzichtbare ethische Prinzipien"). Dieses Stufenmodell der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer ist also nicht nur in sich schlüssig, sondern auch vom Standpunkt des katholischen Moraltheologen uneingeschränkt zu bejahen. In insgesamt vier Dringlichkeitsstufen unterteilt, sieht es einen schrittweise abnehmenden Verpflichtungsgrad zur solidarisch getragenen medizinischen Behandlung oder Dienstleistung vor[29]:

Die *erste Stufe*, „Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen", hebt auf die absolut vitalen Interessen jedes Menschen ab. Das Leben selbst ist deshalb als fundamentaler Wert von so großer Bedeutung, weil von ihm jede weitere Realisierung von Werten (also auch der geistigen, religiösen, kulturellen und sozialen Werte) im konkreten menschlichen Lebensvollzug abhängt. Entsprechend unstrittig ist daher der ärztliche Auftrag, das Leben nach Möglichkeit zu erhalten und dem Patienten vermeidbare Schmerzen sowie menschenunwürdige Zustände aufgrund einer mangelhaften medizinischen oder pflegerischen Versorgung zu ersparen.

Die *zweite Stufe*, „Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen", liegt noch relativ nahe bei der ersten Stufe und lässt einen ähnlich hohen Verpflichtungsgrad zur solidarisch unterstützten medizinischen Versorgung erkennen. Die gebotene Achtung des Grundrechtes eines jeden Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II GG) schließt im Handlungsfeld der Medizin auch mit ein, dass – sofern medizinisch möglich – beispielsweise die Erblindung eines Menschen, der Verlust des Gehörs, eines Armes oder Beines verhindert wird. Denn auch bei einer Knappheit der vorhandenen Mittel muss es immer noch vorrangig darum gehen, jene Schädigungen und Risiken bei einem Patienten zu minimieren, die in einem hohen Maß den selbstständigen Vollzug seiner normalen

[28] Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zusammenfassung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), A2750-2754.

[29] Vgl. ebd., A2751f.

Alltagsaktivitäten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränken.

Die *dritte Stufe*, „Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens", hebt im Unterschied zu Stufe 2 nicht auf hochgradig relevante körperliche oder seelische Krankheitsbilder bzw. Gefährdungen der physischen Integrität eines Menschen ab. Hier geht es vielmehr um weniger gravierende Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit, also etwa leichte Schmerzen oder im Grunde ungefährliche Krankheiten ohne wesentliche und dauerhafte Beeinträchtigung der normalen menschlichen Lebensvollzüge im Alltag. Zwar fallen auch solche Störungen des Wohlbefindens unter den sehr weit gefassten Krankheitsbegriff der WHO, gleichwohl aber lässt sich aus diesem Sachverhalt schwerlich ableiten, dass besondere Ansprüche an die Solidargemeinschaft auf entsprechende medizinische Versorgung bestünden.

Die *vierte Stufe*, „Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen", markiert – wenn man es recht betrachtet – im Vergleich zu den drei oberen Stufen nicht bloß eine graduelle Unterscheidung, sondern weit eher schon eine qualitative Abgrenzung. Denn mit dieser letzten Stufe ist das Handlungsfeld der medizinischen Versorgung von kranken Menschen im Grunde verlassen und eine ganz neue Ebene der ärztlichen Behandlung von an sich gesunden Personen zum Zweck der Selbstverwirklichung und Lebensplanung erreicht. Als „wunscherfüllende Medizin"[30] lässt sich diese Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Selbstperfektionierung (Schönheitsoperationen), zur Optimierung subjektiv empfundener Lebensqualität (Wellness- und Fitness-Programme) oder Steigerung persönlicher Leistungsfähigkeit (Enhancement-Maßnahmen) durchaus treffend bezeichnen.

Es versteht sich von selbst, dass die Angebote aus dem Leistungskatalog der „wunscherfüllenden Medizin" noch weit weniger als die Maßnahmen auf der oben genannten „dritten Stufe" solidarisch zu finanzieren sind. Insofern lässt sich im Hinblick auf die in Punkt 2.2 aufgeworfene Frage, was wohl bei einer Zweigliedrigkeit der Gesundheitsversorgung in Grundversorgung und Wahlversorgung jeweils zu dem einen und dem anderen gehört, hier beim Stufenmodell der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer recht eindeutig die Grenze zwischen der zweiten und der dritten Stufe ziehen. Damit sind freilich viele Fragen der Zuordnung von konkreten medizinischen

[30] Zum Begriff und zur Gestalt einer sog. „wunscherfüllenden Medizin" vgl. M. Kettner (Hg.): Wunscherfüllende Medizin (2009).

Maßnahmen nach wie vor offen, etwa ob Maßnahmen der Reproduktionsmedizin – wie dies nach meinem Dafürhalten sinnvoll und angemessen wäre – im Bereich der vierten Stufe anzusiedeln und also nicht auf der zweiten Stufe zu lokalisieren bzw. unter die Kategorie der „Grundversorgung" zu subsumieren sind.

Neben den inhaltlichen Differenzierungen, wie sie in dem erläuterten Stufenmodell eine erste und grundlegende Gestalt gefunden haben, gilt es bei der konkreten Umsetzung des Projektes einer Priorisierung von medizinischen Leistungen auch noch in formaler Hinsicht eine Unterscheidung von verschiedenen Ebenen vorzunehmen, welche erste Anhaltspunkte zur Beantwortung der Frage geben: „Wo und von wem sollen bzw. können sinnvollerweise Priorisierungsentscheidungen getroffen werden?" Etabliert hat sich mittlerweile in diesem Zusammenhang ein dreigliedriges System der Abgrenzung von *Makroebene, Mesoebene* und *Mikroebene*. Zu bedenken bleibt dabei grundsätzlich, dass es sich bei der Prioritätensetzung um einen längerfristigen Prozess der Entscheidung handelt, der auf den verschiedenen Ebenen mit je eigener Schwerpunktsetzung, gleichzeitig aber auch in einem Austauschverhältnis zwischen den drei Ebenen zu gestalten ist.

Auf der *Makroebene* werden die grundlegenden gesellschaftspolitischen Entscheidungen diskutiert und von den demokratisch legitimierten Instanzen des Staates getragen, welche in gewisser Weise dem eigentlichen System der medizinischen Versorgung noch vorgeordnet sind. Hier geht es also zunächst um Überlegungen dergestalt, wie hoch etwa der Anteil des Bruttoinlandsproduktes z. B. in Deutschland für die Gesundheitsaufgaben sein soll und welche finanziellen Ressourcen somit gegebenenfalls anderen zentralen Politikfeldern (Bildung, Infrastruktur, innere Sicherheit usw.) nicht zur Verfügung gestellt werden können.[31] Zudem müsste auf dieser Makroebene der Priorisierung – darin ist dem Tübinger Medizinethiker Georg Marckmann uneingeschränkt zuzustimmen – auch ein ganz grundsätzlicher Diskurs (koordiniert und gefördert durch eine entsprechende nationale Kommission, sprich den oben bereits erwähnten „Gesundheitsrat") darüber angestrengt werden,

„(...) wie wir angesichts von Krankheit, Sterben und Tod leben möchten, das heißt,

[31] Diese Überlegung ist vornehmlich in staatlich finanzierten Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung und spielte bislang in Deutschland kaum eine Rolle. Allerdings gerät mit wachsendem Zuschuss des Staates zum Gesundheitsfond das System der gesetzlichen Krankenversicherungen durchaus in eine zunehmende Abhängigkeit von der Politik und damit auch in eine zunehmende Konkurrenz mit anderen wichtigen Politikzielen.

welche Vorstellungen eines guten Lebens unserer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zugrunde gelegt werden sollten."[32]

In Anbetracht der Pluralität von Wertoptionen und Lebensentwürfen in der Gesellschaft eines Landes stellt dieses Vorhaben natürlich eine große Herausforderung dar, die vielleicht am besten dadurch anzugehen ist, dass man sich zunächst im Sinne des kleinsten gemeinsamen Nenners auf eine „negative Konzeption des guten Lebens" zu einigen versucht, d. h. auf jene Lebenszustände und Lebensumstände, die in jedem Fall zu vermeiden sind.[33]

Weichenstellungen auf der Makroebene präjudizieren und beeinflussen weitere Entscheidungen auf der *Mesoebene*, wo nun innerhalb des Gesundheitssystems selbst die verschiedenen Bereiche – etwa Arzneimittelversorgung, pflegerische Versorgung, operative Hochleistungsmedizin, Rehabilitation, Prophylaxe oder Palliativmedizin – um die vorhandenen Ressourcen konkurrieren und Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, wie die für das Gesundheitswesen insgesamt verfügbaren Mittel auf die unterschiedlichen medizinischen Sektoren zu verteilen sind. Weit sinnvoller als eine einigermaßen willkürliche Festschreibung eines bestimmten Ausgabenanteils pro Sektor, wie dies die seit 1993 in Deutschland praktizierte sektorspezifische Budgetierung vornimmt, wäre allerdings auf dieser Ebene der Priorisierungsentscheidungen durch die Krankenkassen und medizinischen Fachverbände das Bemühen, geeignete Vergleichsinstrumente zu implementieren, um die Effizienz medizinischer Leistungen über die verschiedenen Bereiche hinweg nach objektiven Kriterien der Lebensqualität bemessen zu können.[34] Hierbei könnte eventuell auch das bereits bestehende „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)" einen wichtigen Beitrag zur Aufarbeitung der verfügbaren wissenschaftlichen Studien zum Kosten-Nutzen-Verhältnis medizinischer Maßnahmen leisten.

Mit der *Mikroebene* schließlich ist die individuelle Versorgung der einzelnen Patienten erreicht. Konkret muss hier darüber entschieden werden, auf welche Weise die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen vorgesehenen medizinischen Versorgungsmaßnahmen den behandlungsbedürftigen Einzelpersonen zugeteilt werden. Vom traditionellen Arztethos her sind Ärzte grundsätzlich gehalten, diejenigen Maßnahmen zu ergreifen,

[32] G. Marckmann: Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen. In: *Bundesgesundheitsblatt* (2010), 867–873, hier: 872.
[33] Vgl. ebd., 871.
[34] Vgl. A. Losinger / E. Schockenhoff: Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter, S. 98f.

welche nach dem aktuellen fachwissenschaftlichen Kenntnisstand dem Patienten am meisten nützen und ihm möglichst wenig Schaden zufügen. Entsprechend große Bedeutung kommt bei der Frage nach Prioritäten auf der Mikroebene der Ermittlung dessen zu, was der Arzt nach einer Diagnose als „Bedarf" eines Patienten, d. h. als die für ihn angemessene und ausreichend wichtige Behandlung einstuft. Solange hierfür genuin medizinische Wissens- und Erfahrungsstände leitend sind, ist die konkrete Entscheidung über die Behandlung und deren Priorität ethisch verantwortlich. Problematisch ist allerdings, wenn durch Budgetierungen bei niedergelassenen Ärzten jenen Patienten, die am Ende eines Jahresquartals in die Praxis kommen, medizinisch notwendige und sinnvolle, wohl aber zeitaufwendige und kostenintensive Leistungen nicht zeitnah oder überhaupt nicht zuteilwerden, weil eben das Budget schon aufgebraucht ist.

Vieles spricht dafür, die grundsätzlichen Priorisierungsentscheidungen auf der Makroebene und der Mesoebene zu treffen und somit der Mikroebene mit Rücksicht auf das besondere Vertrauens- und Fürsorgeverhältnis zwischen dem einzelnen Arzt und seinem Patienten soweit als möglich schwierige Debatten um medizinisch rationale und ethisch vertretbare Prioritätensetzung zu ersparen. Dennoch wird es sich aber allein schon wegen der Besonderheit des einen oder anderen konkreten Einzelfalles, der ja nie vollständig und vollgültig mit allgemeinen Regelungen erfasst werden kann, gar nicht vermeiden lassen, dass Ärzte gerade auch in der klinischen Situation Verantwortung für einen angemessenen Umgang mit knappen Ressourcen übernehmen. „Hierzu" – so sieht es die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer – „ist es erforderlich, über die traditionelle individualethische Orientierung hinaus Einstellungen, Wissen und Urteilsfähigkeit im Bereich sozialethischer Fragestellungen in Aus-, Weiter- und Fortbildung zu vermitteln und zu fördern."[35]

Sollte die soeben zitierte Passage aus der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der BÄK so verstanden werden, als spielten sozialethische Aspekte beim Thema der Priorisierung im Gesundheitswesen die mit Abstand größere Rolle als individualethische Perspektiven, dann liefe das auf eine Akzentsetzung hinaus, welche wichtige Zusammenhänge des Problems zu vernachlässigen beginnt. Denn bei aller unbestrittenen Relevanz sozialethischer Implikationen, wie sie ja auch im Kontext unserer eigenen bisherigen Überlegungen zum Ausdruck kam, scheint mir doch gerade auch eine dezidiert individualethische Blickrichtung nach wie vor unverzichtbar, wenn

[35] BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Stellungnahme der Zentralen Kommission, A2753.

die Problematik „Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen" einigermaßen realitätsnah und angemessen erörtert werden soll. Deshalb seien in einem nun folgenden Schritt zumindest noch ein paar wesentliche Gedanken zum ärztlichen Berufsethos und dessen Auswirkungen auf dem Gebiet der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen formuliert.

3 Abschied vom traditionellen Fürsorgeethos des Arztes?

3.1 Nachteile einer zunehmenden Standardisierung und Merkantilisierung des ärztlichen Handelns

Wenn JÜRGEN HABERMAS schon vor dreißig Jahren nicht ohne kritischen Unterton von der „Kolonialisierung der Lebenswelten"[36] durch das ökonomische Denken gesprochen hat, so besteht heute kein Zweifel mehr daran, dass dieser Siegeszug der Ökonomie in den vergangenen Jahrzehnten auch das Terrain der Medizin erfasst und die Auffassung vom Arztsein sichtlich verändert hat. Während noch Anfang der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts auf die Frage, welche anderen Berufe aus ihrer Sicht mit dem Arztberuf am meisten Ähnlichkeit hätten, eine Mehrheit in der deutschen Bevölkerung geistliche und künstlerische Berufe nannte, überwiegen seit den 90er Jahren Ingenieur- und Handelsberufe, die von den entsprechend Befragten in die Nähe der ärztlichen Tätigkeit gerückt werden.[37]

Das ist ein bezeichnendes Ergebnis und spiegelt im Grunde nur konsequent jene Entwicklung in der Medizin wider, die schon seit Mitte des 19. Jahrhunderts eingesetzt hatte und in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts schließlich in vollem Umfang zum Durchbruch kam: die Dominanz naturwissenschaftlicher Methodik sowie der breite Einsatz technischer Diagnose- und Behandlungsverfahren. Hinzu kommt, dass mit den sog. „Disease-Management-Programms" („DMPs") neuerdings Prozesse, die ursprünglich für die Industrie entwickelt wurden und dort die Effizienz und Effektivität der Produktion steigern sowie die Kundenzufriedenheit sichern sollten, nun als Maßnahmen zur standardisierten Qualitätssicherung auch in Kliniken und Arztpraxen Eingang gefunden haben.

Was als ein wichtiger Beitrag zur medizinischen Qualitätssicherung gedacht ist, birgt in sich aber auch die Gefahr, die Komplexität der ärztlichen Be-

[36] J. HABERMAS: Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2 (1981), S. 522.
[37] Vgl. J.-D. HOPPE: Identitätskrise des Arztberufes. In: Bistum Essen (Hg.): Wandel in der Berufsauffassung des Arztes (2001), S. 11–36, hier: 15.

treuung eines Patienten auf eine im Experiment bewährte medico-technische Verfahrensweise und das statistische Mittelmaß zu reduzieren. Zu bedenken bleibt in diesem Zusammenhang jedoch auch:

> „Evidenz bezeichnet keineswegs die sichere Wirkung eines Verfahrens oder einer Therapie im Einzelfall, sondern lediglich eine mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeit, die auch bei gleicher Diagnose für die weitere Prognose eines einzelnen Kranken jedoch nur bedingt verwertbar ist.“ [38]

Im Verbund mit Abrechnungsmodellen, die technische Prozeduren und Laborleistungen weit besser als das eingehende Arzt-Patienten-Gespräch entlohnen und die Behandlung von Patienten pauschal nach Einordnung in eine bestimmte Diagnosegruppe (DRGs) vergüten, wird dann die Versuchung bzw. der Zwang noch größer, dass eine pseudo-objektive Standardmedizin anstatt einer wirklich humanen individuellen Versorgung des kranken und ratsuchenden Menschen das ärztliche Handeln bestimmt.

Neben diesem Trend zur Standardisierung ist heute auch ein Trend zur Merkantilisierung des Arztberufes nicht zu übersehen. Dass es nicht darum gehen kann, ökonomische Aspekte und Sachgesetzlichkeiten sowie einen maßvollen wirtschaftlichen Wettbewerb völlig aus dem Handlungsfeld moderner Medizin zu eliminieren, steht außer Zweifel.[39] Und ebenso billig wie illusorisch wäre es auch – das sollte vom Tenor der bisherigen Ausführungen her hinreichend deutlich geworden sein –, dass man in Verkennung der tatsächlich bestehenden finanziellen Engpässe stereotyp die Forderung nach mehr Entgelt, mehr Stellen und mehr Ausgaben für das Gesundheitswesen erhebt.

Was allerdings aus ethischer Perspektive problematisch erscheint, ist der Sachverhalt, dass ein externer Unternehmensberater die Zeit berechnet, die dem Krankenhausarzt für das Patientengespräch pro Tag durchschnittlich zur Verfügung stehen soll. Braucht dann der Arzt bei der Visite länger als die anberaumten zwei Minuten, dann heißt das, dass er unwirtschaftlich handelt und sich die anfallenden Überstunden selbst zuzuschreiben hat.[40] Hier sorgt ein Pseudo-Effektivitätsmanagement für regelrecht ausbeuterische und menschlich unzumutbare Verhältnisse (Stichwort: „Akkord am Menschen“), welche die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung erheblich beeinträchtigen und ge-

[38] F.-W. Kolkmann/K. Vilmar/F. Stobrawa: Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausbildung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004), A1409-1414, hier: 1413f.

[39] Vgl. dazu auch meine ausführlicheren Überlegungen in J. Brantl: Entscheidung durch Unterscheidung (2007), S. 19–29.

[40] Vgl. G. Jonitz: Zur Situation der Krankenhausärzte in Deutschland. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44 (1998), 221–226, hier: 223.

rade auch hoch motivierte Ärzte an den Rand der physischen und psychischen Belastungsgrenzen manövrieren können.

Nicht weniger fragwürdig ist im Kontext einer zunehmenden Merkantilisierung des Arztberufes aber auch eine Entwicklung, die sich vor allem im Bereich der niedergelassenen Ärzte abzeichnet. Wenn immer mehr Ärzte ihren Patienten sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen" („IGeL") anbieten, die nicht im Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind und deshalb als private Zusatzangebote von den Patienten selbst bezahlt werden müssen, dann besteht sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte die Gefahr, dass sie früher oder später beide zu Verlierern der Merkantilisierung des Arztberufes werden: die Patienten, weil aus ihrer Gesundheitssorge ein lukratives „Geschäft mit der Angst" wird; die Ärzte, weil sie schließlich als geschäftstüchtige „Krankheitserfinder"[41] gelten müssen; und beide, weil die besondere Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient empfindlich gestört wird, wenn ein Arzt eine Leistung einzig aus Profitstreben erbringt.[42]

3.2 Zur Tragweite tugendethischer Formierung

Das Merkmal der Sorge des Arztes um seine Patienten gilt als Spezifikum des Arztberufes, und es findet sich sowohl im christlichen als auch im profanen Leitbild des ärztlichen Auftrags gegenüber seinem Patienten. Ja, mehr noch: In der langen Tradition der westlichen Medizin wird durchaus nicht nur in seltenen Ausnahmen, sondern verhältnismäßig häufig auch das Bild des Arztes als „Freund" seines Patienten gezeichnet. Die folgende Passage aus dem Werk De beneficiis des antiken Philosophen Seneca ist in dieser Richtung nicht nur einschlägig, sondern auch frappierend aktuell in ihren Bezügen:

> „Warum schulde ich dem Arzt und dem Erzieher mehr als nur Lohn? Weil der Arzt und der Erzieher uns zu Freunden werden und uns nicht durch die Dienstleistung verpflichten, die sie verkaufen, sondern durch ihr gütiges Wohlwollen wie einem Familienmitglied gegenüber. Einem Arzt, der mich nur eben an der Hand berührt und mich zwischen alle diejenigen einreiht, die er in Eile besucht und denen er ohne die mindeste Teilnahme vorschreibt, was sie tun und lassen sollen – einem solchen Arzt schulde ich nichts weiter, denn er sieht in mir nicht den Freund, sondern den Kunden. (...) Warum also schulden wir diesen Menschen so viel? Nicht

[41] Vgl. das binnen kurzer Zeit zum Bestseller avancierte Buch von J. Blech: Die Krankheitserfinder (2003).

[42] Vor dieser Konsequenz warnt insbesondere auch der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe; vgl. J. Flintrop/T. Gerst: Individuelle Gesundheitsleistungen. Ausfransungen eines grauen Marktes. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005), A469-472.

deshalb, weil das, was sie uns verkauft haben, mehr wert wäre, als wir ihnen zahlen, sondern weil sie um unserer selbst willen etwas getan haben."[43]

Vergegenwärtigt man sich etwa das Verhältnis zwischen einem chronisch kranken Patienten und seinem Arzt, so kann man sich die Bedeutung dieses Leitbildes einer Freundschaft unter medizinischen Vorzeichen doch einigermaßen vorstellen. Arzt und Patient begegnen sich häufig. Der Arzt vermag den Lebenslauf seines Patienten ins Auge zu fassen und mit diesem gemeinsam den Umgang des Kranken mit seiner Krankheit zu gestalten. Ganz klar betont dieses auch gelegentlich als „deliberativ" bezeichnete Leitbild der „Freundschaft" gemeinsame Entscheidungsprozesse und eine offene, transparente, nachvollziehbare Erläuterung des medizinisch Möglichen und Sinnvollen. Von daher sind etwaige heimliche Rationierungen bzw. Priorisierungen in der Versorgung des Patienten auf der Basis einer solcherart personal gefassten Interaktion eigentlich undenkbar und absolut kontraproduktiv; führen sie doch letzten Endes nur zu Misstrauen und gegenseitiger Schuldzuweisung, sprich: zur empfindlichen Schädigung des notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Nun kann man freilich gegenüber diesem Bild der „Freundschaft" unter medizinischen Vorzeichen den Einwand erheben, dass es sich hierbei doch erkennbar um eine Idealisierung oder „Sozialromantik" handelt, die der konkreten Wirklichkeit einer Arzt-Patienten-Beziehung heute und zumal im modernen Krankenhausbetrieb kaum mehr gerecht wird. Allerdings stellt sich auch unter den Vorzeichen eines modernen Medizinbetriebs dieses Leitbild der Freundschaft, der Fürsorglichkeit und des Mitgefühls in der Arzt-Patienten-Beziehung nach wie vor als wichtig, angemessen und auch realitätsnah dar. Denn ist es nicht so, dass die Anamneseerhebung eine Art Instrument ist, mit der sich dem Arzt die Biografie seines Patienten quasi im Zeitraffer erschließt? Ist es nicht so, dass gerade bei der Anamnese oft weit mehr Sorgfalt und Zeitaufwand eingesetzt werden müsste, damit die Diagnosefindung auch tatsächlich in die richtigen Bahnen gelenkt wird? Manche kostenintensive apparative oder laborchemische Untersuchung ließe sich vermutlich ohne jeden Nachteil für den Patienten einsparen, wenn die sog. „sprechende Medizin" wieder mehr gefördert und auch honoriert werden würde. Was freilich dem in der christlichen wie auch in der profanen Tradition zu findenden Leitbild der Freundschaft und Fürsorge diametral entgegensteht, ist eine reine „Dienstleister-Kunden-Beziehung" zwischen Arzt und Patient, die im Kern geprägt

[43] Zit. n. P. Lain Entralgo: Arzt und Patient (1969), hier: S. 7.

ist von einer gewissen Wachsamkeit auf beiden Seiten, damit der eine vom anderen nicht übervorteilt wird und mit seinen Interessen zu kurz kommt.

Geht es nun aber unmittelbar um die Frage nach dem ärztlichen Auftrag unter den Vorzeichen des Kostendruckes im Gesundheitswesen, werden interessanterweise die klassischen Tugenden der Besonnenheit und des Maßhaltens wieder stärker in den Vordergrund gerückt. So betont etwa der Philosoph OTFRIED HÖFFE, dass die sich abzeichnende Ressourcenknappheit im modernen Gesundheitswesen und ihre Bewältigung einen weit tiefer gehenden und radikaleren Ansatz fordert, als er bei den üblichen Rationalisierungs- oder Rationierungsvorhaben zu finden ist. Allein – so HÖFFE – durch eine deutliche Mentalitätsveränderung bei Patienten und Ärzten in Richtung Besonnenheit und Maßhalten könne das Übel der Ressourcenknappheit an seinen eigentlichen Wurzeln bekämpft werden. Denn nur so werden sich auf Dauer überzogene Begehrlichkeiten der Patienten gegenüber dem modernen Medizinbetrieb und allzu willfähriges Entgegenkommen der sog. medizinischen Leistungsanbieter wirksam zurückschrauben lassen.[44]

Dabei muss diese sinnvolle Begrenzung durchaus nicht zulasten der Qualität in der medizinischen Versorgung gehen – eher ist das Gegenteil anzunehmen. Denn in der Medizin ist ja ein Mehr an Maßnahmen bekanntlich nicht gleichbedeutend mit besserer Versorgung. Ja es gibt nicht wenige Ärzte, die der Auffassung sind, dass ein vorsichtiger Umgang mit diagnostischen und therapeutischen Methoden oft sogar die bessere Medizin ist. Ein Mehr an Medikamenten, an Röntgenuntersuchungen, an Operationen oder anderen invasiven Eingriffen birgt auch unnötige und zusätzliche Risiken in sich.

Es mag eine etwas ketzerische und gewagte Behauptung sein: Aber verhält es sich vielleicht sogar so, dass die ökonomische Komponente im Bereich der modernen Medizin dazu geführt hat und noch führt, dass nicht zu wenig, sondern eher zu viel geröntgt, operiert oder mit hoch aufwendigen Methoden therapiert wird? Bezeichnend jedenfalls ist, dass der gute und erfahrene Arzt meist seltener und gezielter solche Methoden anwendet als der Anfänger – und zwar nicht, weil auf diese Weise Geld gespart werden kann, sondern weil dadurch eine wirklich angemessene und dem Patientenwohl förderliche medizinische Behandlung gewährleistet ist.

[44] Vgl. O. HÖFFE: Aus philosophischer Sicht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), A202-205.

4 Ausblick: Vom Wert der Gesundheit

Eine Schlüsselfrage – oder sogar die Gretchenfrage schlechthin – in dem ganzen Problemfeld Medizin und Kostendruck lässt sich so formulieren: „Wie hältst du es mit dem Wert Gesundheit? Welchen Stellenwert nimmt die Gesundheit in deinem Konzept vom guten Leben ein?" Das ist natürlich eine ebenso schwierige wie grundsätzliche Frage, die einer intensiven und breit angelegten Reflexion bedarf. An dieser Stelle kann als „Ausblick" am Ende dieses Beitrags lediglich die Richtung angedeutet werden, in die es sich weiter nachzudenken lohnt.

In unseren einleitenden Überlegungen war die Rede davon, dass in den hoch entwickelten Industrienationen der gesellschaftliche Trend zur Individualisierung und Säkularisierung dem Wert Gesundheit einen beachtlichen Bedeutungszuwachs beschert hat. Dabei bleibt es allerdings nach wie vor ein kaum lösbares Problem, überhaupt zu definieren, wie man „Gesundheit" zu verstehen hat. Viel und heftig kritisiert wurde bzw. wird die berühmte Definition des Begriffs Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1947, der zufolge Gesundheit einen „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche"[45] meint. Zweifelsohne artikuliert dieser Definitionsversuch ein so umfassendes Verständnis von Gesundheit, dass er im Grunde utopisch ist (Welcher Mensch kann sich in dieser Perspektive überhaupt als gesund betrachten?) und damit bestenfalls als asymptotisch realisierbare Zielbeschreibung taugt.

So berechtigt die Kritik am Gesundheitsbegriff der WHO auch sein mag – eines sollte man in diesem Zusammenhang jedoch nicht übersehen: Genau diese ausufernde Vorstellung von Gesundheit ist durchaus repräsentativ für die Lebenswirklichkeit der Menschen und das Erscheinungsbild unseres modernen Gesundheitswesens. Nicht allein, dass mittlerweile die Grenzen zwischen Gesundheitssorge, Fitnessbewegung, Körperästhetik und Wellness-Kultur fließend geworden sind und sich ein ausgesprochen facettenreiches Gesundheitsideal etabliert hat; in umgekehrter Logik ist ebenso eine Ausweitung der Krankheits-Diagnosen und entsprechender therapeutischer Angebote zu verzeichnen.

Der Journalist Jörg Blech hat in seinem oben bereits erwähnten, medizinisch-fachwissenschaftlich durchaus lege artis recherchierten Buch *Die*

[45] World Health Organization (WHO): Basic documents (1976), 1.

Krankheitserfinder auf die Medikalisierung als gesellschaftlichen Megatrend hingewiesen, im Zuge dessen an sich normale Prozesse des menschlichen Lebens sowie persönliche und soziale Probleme zunehmend als Krankheiten wahrgenommen werden.

> „Ob Bluthochdruck, soziale Phobie, Jetlag, Internetsucht, erhöhter Cholesterinspiegel, larvierte Depression, Übergewicht, Menopause, Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom oder erektile Dysfunktion – medizinische Fachgesellschaften, Patientenverbände und Pharmafirmen machen in nicht enden wollenden Medienkampagnen die Öffentlichkeit auf Störungen aufmerksam, die angeblich gravierend sind und viel zu selten behandelt werden."[46]

Die Folgen dieser Entwicklung sind in gewisser Weise paradox, um nicht zu sagen: grotesk. Vergleichende Studien dokumentieren beispielsweise, dass sich US-Amerikaner subjektiv im Durchschnitt weniger gesund fühlen als die Bewohner des indischen Bundesstaates Bihar – und das, obgleich in den Vereinigten Staaten der finanzielle Aufwand im Gesundheitsbereich natürlich ein Vielfaches dessen beträgt, was in Indien üblich ist, und die Menschen eine weit höhere Lebenserwartung haben. Der Hamburger Arzt und Psychologe Klaus Dörner führt dieses eigentümliche „Leiden an der Gesundheit" in den modernen Industriegesellschaften darauf zurück, dass das Wesen der Gesundheit eben darin bestehe, sich umso mehr zu entziehen, je konzentrierter und absichtsvoller sie zu erlangen versucht wird. Gesundheit sei im Grunde nicht machbar, nicht herstellbar; vielmehr stelle sie sich selbst her. Gesundheit gebe es lediglich als Zustand, in dem der Mensch vergisst, dass er gesund ist.[47]

Diese Auffassung Dörners bewegt sich ganz auf der Linie der philosophischen Reflexion Hans-Georg Gadamers, der das Phänomen der Krankheit als das „sich selbst Objektivierende, d. h. sich Entgegenwerfende, kurz: das Aufdringliche"[48] bezeichnet, wohingegen das Geheimnis der Gesundheit in ihrer Verborgenheit liege. Zwar könnte man eine ganze Reihe von physiologischen oder psychologischen Standardwerten auf der Basis von Durchschnittserfahrungen für die menschliche Gesundheit festlegen. Sobald man aber etwa einem gesunden Menschen unbedingt diese Standardwerte aufzwingen möchte, würde man das Wesen der Gesundheit verfehlen, weil diese als ein Zustand der inneren Angemessenheit und Übereinstimmung mit sich selbst in Wahrheit gar nicht zu messen ist.[49]

[46] J. Blech: Die Krankheitserfinder, S. 15.
[47] Vgl. K. Dörner: Der gute Arzt. In: S. Simon (Hg.): Der gute Arzt im Alltag (2005), S. 11–17.
[48] H.-G. Gadamer: Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: Ders.: Über die Verborgenheit der Gesundheit (1993), S. 133–148, hier: 137.
[49] Vgl. ebd., S. 138.

„Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur, dass die Bewusstheit sich von sich selbst zurückhält, sodass Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmensfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit. Sie besteht nicht darin, dass man sich in den eigenen schwankenden Befindlichkeiten immer mehr um sich sorgt oder gar Unlustpillen schluckt. (...) Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein.“ [50]

Von einem Zustand des selbstvergessenen Weggegebenseins an den anderen bzw. das andere der privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Lebensvollzüge, worin sich nach GADAMER das Gesund-Sein eines Menschen manifestiert, ist man freilich gerade dann besonders weit entfernt, wenn man die menschliche Gesundheit in quasi-religiöser Weise überhöht und zunehmend an die Stelle überkommener Vorstellungen vom höchsten Gut oder Heil des Menschen rückt. Das Motto „Hauptsache gesund“ bringt gerade dann, wenn sich die menschliche Suche nach Glück und Lebenssinn in rein innerweltlichen Kategorien bewegt, eine meist selbstverständliche und nicht mehr hinterfragte Prioritätensetzung zum Ausdruck, die zwar einerseits den hohen Wert der Gesundheit für jede weitere freiheitliche Wertverwirklichung richtig erfasst, sich aber andererseits in höchst bedenklicher Weise gegen eine Integration der Erfahrungen von Krankheit und Behinderung, Leiden und Tod in den Sinnentwurf eines gelingenden Lebens sperrt.

Wohin gerade dieses „Hauptsache gesund“ mit seinen oft überzogenen Erwartungen an Wohlbefinden und Lebensqualität, insbesondere aber auch mit seinem Scheiternmüssen in Anbetracht der letztlich doch unausweichlichen Hinfälligkeit und Endlichkeit menschlichen Lebens führt, hat der Kölner Mediziner und Theologe MANFRED LÜTZ in seinem zum Bestseller avancierten Buch mit dem Titel LEBENSLUST eindringlich beschrieben. Der von Witz, Satire und Übertreibung geprägte literarische Stil des Werkes kann dabei nicht über den Ernst seiner Botschaft hinwegtäuschen: Die utopischen Verstiegenheiten der profanen „Gesundheitsreligion“, die Hoffnungen ihrer Anhänger auf ewiges Leben durch herstellbare und planbare Gesundheit sowie die kultische Befriedigung dieser Sehnsüchte im modernen Gesundheitssystem hätten zu einer Pathologisierung der Gesellschaft geführt. Weil aber die tatsächlichen Hilfen, welche moderne Medizin und Fitnessbewegung in den existenziel-

[50] Ebd., S. 143f.

len Lebenslagen von Leiden, Sterben und Tod zur Verfügung stellen können, nicht annähernd den „religiös überkochenden" Sehnsüchten der Menschen entsprächen, bestehe das schließlich unvermeidliche Resultat in „vollständiger Frustration".[51]

Vor diesem Hintergrund – und hier zeichnet sich meines Erachtens eine große Übereinstimmung im Auftrag des Philosophen, des Theologen und des Arztes ab – müsste es darum gehen, ein zunehmend waches Bewusstsein für die schädlichen Nebenwirkungen des in weiten Teilen der Gesellschaft vorherrschenden Gesundheitsverständnisses zu entwickeln, ohne dabei natürlich die grundsätzliche Berechtigung, ja: Verpflichtung zum aufmerksamen und verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit als Mittel der Vitalität außer Acht zu lassen.

In erster Linie gilt es dabei wohl, den Gesundheitsbegriff selbst und die mit ihm verbundenen Erwartungen an die Medizin von Optimal- und Maximalzuschreibungen zu befreien und auf ein Konzept zurückzuführen, das der menschlichen Erfahrung von Endlichkeit, schicksalhaftem Leid und Versehrtsein besser entspricht. Richtungweisend könnte dafür eine Vorstellung von Gesundheit sein, wie sie prägnant in dem folgenden Aphorismus formuliert ist, der gemeinhin Friedrich Nietzsche zugeschrieben wird: „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen."

Anders gesagt: Die Möglichkeiten der Medizin und der Auftrag des Arztes konzentrieren sich in sehr vielen Fällen darauf, Patienten und ihren Angehörigen Wege zu eröffnen, wie sie trotz bzw. mit der Krankheit oder Behinderung ein Leben führen können, das in der Gesamtschau dennoch als ein gelungenes Leben bezeichnet werden kann. Eine solche Profilbeschreibung des ärztlichen Auftrags findet sicher weit mehr Bestätigung in der Praxis als die Illusion einer heilen Welt durch grenzenlosen medizinischen Fortschritt, der in der praktischen Umsetzung ohnehin nur für eine Minderheit bezahlbar wäre.

Zusammenfassung

Brantl, Johannes: **Wer soll das bezahlen ... ? Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen.** ETHICA 19 (2011) 3, 195–225

Vor dem Hintergrund einer Entwicklung, in der die Gesundheit zum zentralen Le-

Summary

Brantl, Johannes: **Who will pay the cost... ? Doctor's mission and cost pressure in the health care system.** ETHICA 19 (2011) 3, 195–225

Considering the developments which have made health a key matter in modern so-

[51] Vgl. M. Lütz: Lebenslust (2002), S. 85–88.

bensthema des modernen Menschen wurde, beleuchtet der vorliegende Beitrag die gesellschaftspolitische Diskussion, die sich aus dem Problem der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems ergibt. Aus ethischer Perspektive hinterfragt der Autor Überlegungen hinsichtlich einer Reform des Gesundheitswesens und diskutiert die Konsequenzen einer Priorisierung in der Gesundheitsversorgung.
In einem weiteren Schritt werden medizinische und ethische Kriterien zusammengebracht: Brantl verweist auf das im Jahr 2007 von der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer erarbeitete Stufenmodell sowie das dreigliedrige System der Abgrenzung von Makroebene, Mesoebene und Mikroebene.
Der Autor thematisiert den vermeintlichen Abschied vom traditionellen Fürsorgeethos des Arztes und beschließt seinen Beitrag mit kritischen Anmerkungen zum Lebensmotto „Hauptsache gesund".

Ärztlicher Auftrag
Eigenverantwortung
Entsolidarisierung
Gesundheitswesen
Menschenwürde
Priorisierung

cieties, the article on hand takes a deeper look at the socio-political discussion arising from financial limits within the health care system. From an ethical perspective the author gives thought to a reform of the German health care system and discusses consequences of prioritization.
In a further step medical and ethical criteria are brought together: B. refers to the stage model presented by the Central Ethics Committee of the German Medical Association in 2007 as well as to the three-tier system of differentiation between macro, micro and meso level.
The author also discusses the alleged loss of the doctor's traditional care ethos and concludes his essay with critical remarks on the value of health and life mottos focusing on nothing but that.

Doctor's mission
health care system
human dignity
individual responsibility
loss of solidarity
prioritization

Literatur

Blech, Jörg: Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt a. M.: S. Fischer, 2003.

Bohrmann, Thomas: Subsidiarität. In: Marianne Heimbach-Steins (Hg.): Christliche Sozialethik. Regensburg: Pustet, 2004, S. 293–301.

Brantl, Johannes: Entscheidung durch Unterscheidung. Existentialethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive. Münster: Lit, 2007.

Bundesärztekammer (Hg.): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier, Köln 2008.

Bundesärztekammer (Hg.): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zusammenfassung. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), A2750-2754.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 2010, Berlin 2010.
DABROCK, PETER: Es gibt viel zu verlieren. Für eine Revolution des Gesundheitssystems fehlen der Mut und die Mehrheit. In: zeitzeichen Heft 11, November 2010, 40–43.
DÖRNER, KLAUS: Der gute Arzt – aus der Sicht eines Psychiaters. In: Steffen Simon (Hg.): Der gute Arzt im Alltag. Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis. Köln: Dt. Ärzte-Verl., 2005, S. 11–17.
FLINTROP, JENS/THOMAS GERST: Individuelle Gesundheitsleistungen. Ausfransungen eines grauen Marktes. In: Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), A469-472.
FONK, PETER: Der Arzt als Geschäftsmann, der Patient als Kunde? Wie Forderungen der Gesundheitsökonomie das ärztliche Berufsbild und die Rolle des Patienten verändern. In: Otfried Seewald, Otfried/Hartmut Schoefer (Hg.): Zum Wert unserer Gesundheit. Der Arzt zwischen Rationierung und Rationalisierung. Baden-Baden: Nomos, 2008, S. 59–74.
GADAMER, HANS-GEORG: Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: Ders.: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1993, S. 133–148.
HABERMAS, JÜRGEN: Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1981, S. 522.
HILLMANN, KARL-HEINZ: Wertwandel. Ursachen – Tendenzen – Folgen. Würzburg: Carolus, 2003.
HÖFFE, OTFRIED: Aus philosophischer Sicht: Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie. In: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), A202-205.
HÖFFE, OTFRIED: Besonnenheit und Gerechtigkeit. Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. In: Wolfgang Schlicht/Hans Hermann Dickhuth (Hg.): Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität? Schondorf: Hofmann, 1999, S. 155–184.
HOPPE, JÖRG-DIETRICH: Identitätskrise des Arztberufes. In: Bistum Essen (Hg.): Wandel in der Berufsauffassung des Arztes im Kontext mit den Veränderungen in der Gesellschaft/ Gewissen in ärztlichen Konfliktsituationen (Referate des einunddreißigsten und zweiunddreißigsten Ärztetages im Bistum Essen), Nettetal 2001, S. 11–36.
JONITZ, GÜNTHER: Zur Situation der Krankenhausärzte in Deutschland. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 44 (1998), 221–226.
KETTNER, MATTHIAS (Hg.): Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung, Frankfurt a. M./New York: Campus, 2009.
KOLKMANN, FRIEDRICH-WILHELM/KARSTEN VILMAR/FRANZ STOBRAWA: Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausbildung. In: Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), A1409-1414.
KRÜGER-BRAND, HEIKE E./ FALK OSTERLOH: Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen Ärztetages: Abschied, Einstand und viel Applaus. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), A1199-1201.
LAIN ENTRALGO, PEDRO: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin. München: Kindler, 1969.
LOSINGER, ANTON/EBERHARD SCHOCKENHOFF: Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter. Allokation im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht. In: Stimmen der Zeit Heft 2, Februar 2010, 98.
LÜTZ, MANFRED: Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult. München: Pattloch, 2002, S. 85–88.
MARCKMANN, GEORG/PAUL LIENING / URBAN WIESING (Hg.): Gerechte Gesundheitsversor-

gung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart/ New York: Schattauer, 2003.
MARCKMANN, GEORG: Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen. In: Bundesgesundheitsblatt 2010, 867–873.
NASS, ELMAR: Rationierung im Gesundheitswesen: ökonomisch – ethisch – christlich. Eine Entscheidungshilfe im Dilemma. In: Lebendiges Zeugnis 64 (2009), 5–15.
ROSENBERGER, MICHAEL: Die beste Medizin für alle – um jeden Preis. Die ethische Gestaltung des Gesundheitssystems angesichts begrenzter Mittel. In: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), A764-767.
SCHNEIDER, UDO: Kostenfalle Gesundheitswesen? Ökonomische Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitssicherung. In: zur debatte 33 (2003).
SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hg.): Die Deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und Kommission für caritative Fragen. Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, Bonn 2003.
SIMON, MICHAEL: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Huber, ³2010.
SITTER-LIVER, BEAT: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: FZPhTh 50 (2003), 438–463.
WIEMEYER, JOACHIM: An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine umfassende Gesundheitsreform. In: HerKorr 56 (2002), 605–610.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Basic documents, Genf 1976.

Internetquellen

Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme vom 27.01.2011, dokumentiert unter: (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).
MLP Gesundheitsreport 2010, Präsentation, dokumentiert unter: http://www.mlp-ag.de (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).

Prof. Dr. Johannes Brantl, Lehrstuhl f. Moraltheologie, Theologische Fakultät Trier,
Universitätsring 19, D-54296 Trier
brantl@uni-trier.de

INFORMATIONSSPLITTER

Finethikon, 6./7. Oktober 2011, Eichstätt-Ingolstadt

Am 6. und 7. Oktober 2011 findet in Eichstätt-Ingolstadt unter dem Themenschwerpunkt „Institutionenethik" der 2. Finanzethikkongress statt. Im Zentrum der Diskussion steht die Wirtschafts- und Unternehmensethik im Finanzsystem.
Einzelne Themen: Implementierung von ethischem und nachhaltigem Handeln in Finanzinstitutionen – Verbesserung der Finanzmarktordnung – Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Regulierung – Neubewertung von Aufgaben und Zielen der Finanzintermediäre – Erfahrungen mit Ethikkodizes und Selbstverpflichtungen zum ethischen Handeln – Grundsätze einer ethischen Führungskräfteausbildung.

Kongress „Kindheit und Demokratie"

Von 20.–23. Oktober 2011 veranstaltet die *Österreichische Gesellschaft für Kinderphilosophie* in Graz den internationalen Kongress „Kindheit und Demokratie", der sich auf zwei Schwerpunkte konzentrieren wird: 1. Wann setzt man demokratische Prinzipien ein, um die autonome Entwicklung von Kindheit optimal zu fördern? Wie lernen Kinder und Jugendliche Demokratie zu leben? 2. Welche Modelle können ausdifferenziert werden, um die Freiheitsgrade der Kindheit durch das Zusammenführen von ethischen Systemen mit demokratischen Grundkategorien zu entwickeln?
Die Kongressthemen umfassen u. a. folgende Bereiche: Demokratieverständnis – Interkultureller Dialog – Neue Medien, neue Formen der Demokratie – Globales Bewusstsein – Community of Inquiry – Philosophie der Menschenrechte – Entwicklung demokratischen Lernens – Demokratie als Lebensform.

DNA-Tests bei Einwanderungsverfahren

Um sicherzustellen, dass im Rahmen des Familiennachzugs nur „echte" Familienmitglieder ins Land kommen, setzen zahlreiche europäische Staaten zunehmend DNA-Tests zum Verwandtschaftsnachweis ein, und zwar dann, wenn verwandtschaftliche Beziehungen nicht mit Dokumenten belegt werden können. Ein internationales Forschungsprojekt unter der Bezeichnung *Immigene – DNA und Einwanderung* beschäftigt sich mit der Frage, welche sozialen, politischen und ethischen Implikationen dabei eine Rolle spielen. Durch solche Tests kann anhand bestimmter genetischer Varianten bspw. festgestellt werden, ob jemand zu einer verfolgten Gruppe gehört und dadurch Anspruch auf Asyl hat. Gleichzeitig aber besteht die Gefahr, dass über lange Zeit funktionierende Familienbande zerstört werden, z. B. durch Aufdeckung nichtleiblicher Kinder.

ETHICA 19 (2011) 3, 227–240

WOLFGANG SCHLÖGL

DURCHBRUCH ODER DAMMBRUCH?

Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auf der Grundlage des am 1.09.2009 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetzes

Wolfgang Schlögl, geboren 1956 in Passau, Studium der Rechts- und Politikwissenschaften an der Universität Passau, niedergelassener Rechtsanwalt in Passau. Schwerpunkte seiner Arbeit: Allgemeines Zivilrecht, Sozialrecht, Strafrecht, Arzt- und Arzthaftungsrecht.
RA Schlögl ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein und kooperiert in Fragen medizinischer Ethik mit dem Lehrstuhl für Theologische Ethik, Prof. DDr. Fonk, am Department für katholische Theologie der Universität Passau.

A. Ausgangssituation

Am 1.09.2009 ist nach langer Diskussion das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009 (BGBl I S. 2286) in Kraft getreten. Wie vom Verfasser bereits in ETHICA 17 (2009) 2, 99–116, angedacht, hat sich ein überparteilicher Gesetzentwurf des Bundestagabgeordneten Stünker durchgesetzt, nach dem in das Familienrecht des BGB im dritten Abschnitt mit der Überschrift „Vormundschaft, rechtliche Betreuung, Pflegschaft" im zweiten Titel der § 1901 a BGB mit der Überschrift „Parientenverfügung" und der § 1901 b BGB mit der Überschrift „Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens" eingefügt wurde.

Der *Kern* der gesetzlichen Neuregelung ist nunmehr in § 1901 a Abs. 1 BGB enthalten, der das durch die Verfassung garantierte Recht auf Selbstbestimmung besonders betont.

Bei der folgenden Betrachtung steht im Focus der Wille des Patienten, des Betroffenen, des Kranken, des Sterbenden, der als Ausfluss des in Artikel 1 und 2 GG verankerten Rechts auf Selbstbestimmung seinen Willen in einer sog. Patientenverfügung niedergelegt hat.

In der Öffentlichkeit zeigt sich gegenwärtig ein zunehmend intensiver Meinungsaustausch über Zeitpunkt und Modalität des zum menschlichen Dasein gehörenden Sterbeprozesses. Unter den Bedingungen moderner Apparateme-

dizin, die auf den Fortschritten in den Bereichen der medizinischen Technologie und Pharmakologie aufbauen kann, besteht vielfach die Möglichkeit, verlöschendes Leben unheilbar kranker Menschen zu verlängern. Dieser Befund verbindet sich mit der Befürchtung, dass intensivmedizinische Intervention in eine dem Willen des Patienten nicht entsprechende bloße Verlängerung eines qualvollen Sterbeprozesses münden kann. Zwar hat der BGH festgestellt, dass den Arzt keine Rechtspflicht trifft, verlöschendes Leben um jeden Preis zu erhalten. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind also nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Klärungsbedürftig ist jedoch, wie die im Grundsatz weitgehend akzeptierte Straflosigkeit leidensreduzierender Maßnahmen zur Schmerzlinderung oder eines dem natürlichen Sterbeprozess freien Lauf lassenden Behandlungsabbruches begründet werden kann.

Im Kontext des Strafrechts betrifft das Thema Sterbehilfe unterschiedliche Fallgruppen:

Aktive Sterbehilfe – im Sinne einer direkten und gezielten Lebensverkürzung ist als vorsätzliches Tötungsdelikt grundsätzlich strafbar, selbst wenn die Tat auf einem ausdrücklichen und ernstlichen Verlangen des Getöteten beruht (§ 216 StGB) und vom Täter allein deswegen ausgeführt wird, weil er dem nicht mehr kontrollierbaren Leiden aus Barmherzigkeit ein Ende setzen will. Dabei darf die eingeschränkte Lebenserwartung des Opfers nicht als begünstigender Strafzumessungsumstand berücksichtigt werden, weil die Absolutheit des strafrechtlichen Lebensschutzes derartige Bewertungen nicht zulässt.

Zumindest im Ergebnis besteht Einigkeit über die Straflosigkeit der sog. *indirekten Sterbehilfe*, obwohl es sich bei dieser um einen Unterfall der aktiven Sterbehilfe handelt. Hierbei geht es um die mit (mutmaßlicher) Einwilligung eines unheilbar kranken und schwer leidenden Patienten erfolgende ärztlich gebotene Schmerzbehandlung, die als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.

Die sog. *passive Sterbehilfe* umfasst Fallgruppen des Verzichts auf die Vornahme lebensverlängernder Maßnahmen durch den Arzt oder Betreuer des unheilbar Kranken bzw. eines Dritten in Form des Absehens von einer lebensverlängernden Intervention bzw. des Einstellens lebenserhaltender Aktivitäten. Deren Straflosigkeit beruht auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der jede (weitere) ärztliche Behandlung ablehnen darf.

Nach Auffassung *des ersten* Strafsenats des BGH ist das Abschalten medizinischer Geräte durch den behandelnden Arzt wertungsmäßig als Unterlassen der weiteren lebenserhaltenden Behandlung des Patienten einzustufen.

Im Ausgangsfall musste der zweite Strafsenat des BGH über die bislang noch kaum geklärte Frage entscheiden, ob auch andere Personen als der Arzt einen Behandlungsabbruch (Durchtrennen der Magensonde) herbeiführen dürfen, wenn die Behandlung (künstliche Ernährung) gegen den Willen des Patienten erfolgt.

B. Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 25.06.2010, Az: 2 StR 454/09

Der Sachverhalt

Der Angeklagte ist ein für den Fachbereich des Medizinrechts, insbesondere auf Palliativmedizin spezialisierter Rechtsanwalt. Er beriet seit 2006 die beiden Kinder der 1931 geborenen Patientin, die seit Oktober 2002 nach einer Hirnblutung im Wachkoma lag. Sie war seither nicht ansprechbar und wurde in einem Altenheim gepflegt und über eine sogenannte PEG-Sonde künstlich ernährt. 2006 wurde ihr nach einer Fraktur der linke Arm amputiert, im Dezember 2007 war sie bei einer Größe von 1,59m auf ein Gewicht von 40kg abgemagert. Eine Besserung ihres Gesundheitszustandes war nicht mehr zu erwarten. Nachdem schon ihr Vater im Jahr 2002 eine Hirnblutung ohne schwerwiegende gesundheitliche Folgen erlitten hatte, hatte die Tochter der Patientin ihre Mutter (die Patientin) Ende September 2002 befragt, wie sie und ihr Bruder sich verhalten sollten, falls ihr etwas zustoßen sollte. Die Mutter hatte darauf u.a. erwidert, falls sie bewusstlos werde und sich nicht mehr äußern könne, wolle sie keine lebensverlängernden Maßnahmen in Form künstlicher Ernährung und Beatmung, sie wolle nicht an irgendwelche „Schläuche" angeschlossen werden. Zunächst war für die Patientin ihr Ehemann als Betreuer bestellt, später zu dessen Unterstützung eine Berufsbetreuung eingerichtet worden. Die Berufsbetreuerin nahm seit Ende 2005 die Betreuung allein wahr, nachdem der Ehemann der Patientin verstorben war. Die Tochter teilte der Berufsbetreuerin im März 2006 mit, dass sie und ihr Bruder den Wunsch hätten, dass die Magensonde entfernt würde, damit ihre Mutter in Würde sterben könne. Hierbei berichtete die Tochter auch von dem mit ihrer Mutter im September 2002 geführten Gespräch, dessen Inhalt diese trotz der Bitte der Tochter, die Angelegenheit mit ihrem Ehemann zu besprechen und sodann schriftlich zu fixieren, nicht schriftlich niedergelegt hatte. Die Berufsbetreuerin lehnte die Entfernung der Magensonde unter Hinweis auf den ihr nicht bekannten mutmaßlichen Willen der Betreuten ab und blieb auch auf mehrere Interventionen

bei ihrer Ablehnung. In der Folgezeit bemühte sich der Angeklagte zusammen mit den beiden Kindern der Patientin um die Einstellung der künstlichen Ernährung. Auf seinen Antrag wurden beide Kinder zu Betreuern ihrer Mutter bestellt. Die Bemühungen stießen auf Widerstand bei Heimleitung und Personal. Nachdem auch eine ausdrückliche Anordnung des Arztes zur Einstellung der künstlichen Ernährung vom Pflegepersonal nicht befolgt worden war, schlug die Heimleiterin schließlich einen Kompromiss vor. Um den moralischen Vorstellungen aller Beteiligten gerecht zu werden, sollte sich das Personal nur noch um die Pflegetätigkeiten im engeren Sinne kümmern, während die Kinder der Patientin selbst die Ernährung über die Sonde einstellen, die erforderliche Palliativversorgung durchführen und ihrer Mutter im Sterben beistehen sollten. Nach Rücksprache mit dem angeklagten Rechtsanwalt erklärten sich die Kinder der Patientin hiermit einverstanden. Demgemäß wurde am 20.12.2007 die Nahrungszufuhr über Sonde eingestellt und auch die Flüssigkeitszufuhr reduziert. Am nächsten Tag wies die Geschäftsleitung des Gesamtunternehmens jedoch die Heimleitung an, die künstliche Ernährung umgehend wieder aufzunehmen. Den Kindern der Patientin wurde ein Hausverbot für den Fall angedroht, dass sie sich hiermit nicht einverstanden erklären sollten. Daraufhin erteilte der angeklagte Rechtsanwalt ihnen am gleichen Tag telefonisch den Rat, den Schlauch der Sonde unmittelbar über der Bauchdecke zu durchtrennen, weil gegen die rechtswidrige Fortsetzung der Sondenernährung durch das Heim ein effektiver Rechtsschutz nicht kurzfristig zu erlangen sei. Die Tochter der Patientin folgte diesem Rat und schnitt Minuten später mit Unterstützung ihres Bruders den Schlauch durch. Nachdem das Pflegepersonal dies bereits nach einigen weiteren Minuten entdeckt und die Heimleitung die Polizei eingeschaltet hatte, wurde die Patientin auf Anordnung eines Staatsanwalts gegen den Willen ihrer Kinder in ein Krankenhaus gebracht, wo ihr eine neue PEG-Sonde gelegt und die künstliche Ernährung wieder aufgenommen wurde. Dort starb sie am 5.01.2008 eines natürlichen Todes aufgrund ihrer anderweitigen Erkrankungen.

Das LG Fulda hat den angeklagten Rechtsanwalt wegen versuchten Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von neun Monaten auf Bewährung verurteilt, woraufhin der BGH aufgrund der eingelegten Revision den Angeklagten freigesprochen hat. Dabei hat das Revisionsgericht zunächst darauf hingewiesen, dass bereits mit Urteil vom 13.09.1994 (BGHSt 40, 257ff. – Kempten-Fall, auch als sog. 2. Sterbehilfeurteil betitelt) über einen Fall des Abbruchs der künstlichen Ernährung bei einer irreversibel schwerst hirngeschädigten, entscheidungsun-

fähigen Patientin im Zusammenwirken von deren zum Pfleger bestellten Sohn und dem behandelnden Arzt entschieden wurde. Weil die Grunderkrankung – wie vorliegend – noch keinen unmittelbar zum Tod führenden Verlauf genommen hatte, lag wie der dort zuständige erste Strafsenat festgestellt bat, kein Fall der sog. „passiven Sterbehilfe" nach den Kriterien der damaligen „Richtlinien für die Sterbehilfe" der Deutschen Ärztekammer vor. Gleichwohl hat der BGH erkannt, dass aufgrund der besonderen Umstände des hier gegebenen Grenzfalls ausnahmsweise ein zulässiges Sterben-lassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme nicht von vornherein ausgeschlossen sei, sofern der Patient mit dem Abbruch mutmaßlich einverstanden ist. Denn auch in dieser Situation ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten, gegen dessen Willen eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden darf (so BGHSt 40, 257).

In seinem Beschluss vom 17.03.2003 (BGHZ 154, 205), der den Fall eines an einem apallischen Syndrom leidenden Patienten betraf, hat der *12. Zivilsenat* des BGH allerdings entschieden, das Unterlassen lebenserhaltender oder verlängernder Maßnahmen bei einem einwilligungsunfähigen Patienten setze voraus, dass dies dessen tatsächlich geäußerten oder mutmaßlichen Willen entspreche und dass die Grunderkrankung einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen habe. Hieraus ist in der Literatur die Auffassung entstanden, zwischen der zivilrechtlichen und der strafrechtlichen Rechtsprechung des BGH bestehe in der Frage der Zulässigkeit sog. Passiver Sterbehilfe eine Differenz (vgl. etwa Otto, NJW 2006, 2217 ff., Saliger, MedR 2004, 237 ff; Ingelfinger, JZ 2006, 821).

Durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009 (BGBl I, 2286) ist die hierdurch in der Öffentlichkeit entstandene Unsicherheit über Voraussetzungen und Reichweite der Erlaubnis, eine lebenserhaltende medizinische Behandlung aufgrund des Patientenwillens zu beenden, insoweit beseitigt worden, als es nach § 1901 a III BGB nicht mehr auf Art und Stadium der Erkrankung ankommt.

Im vorliegenden Fall war die Beendigung der künstlichen Ernährung durch Unterlassen bzw. Reduzierung der Zufuhr kalorienhaltiger Flüssigkeit schon auf der Grundlage des zur Tatzeit geltenden Rechts zulässig, denn – so der BGH – die anerkannten Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Behandlungsabbruch durch sog. „passive Sterbehilfe" seien vorgelegen.

Demgegenüber stellte die von der Heimleitung angekündigte Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung einen rechtswidrigen Angriff gegen die körperliche Integrität und das Selbstbestimmungsrecht der Patientin dar, wobei zu der zur Tatzeit herrschenden Rechtsauffassung weder der Heimvertrag noch

die Gewissenfreiheit der Heimleitung oder dem Pflegepersonal das Recht gaben, sich über das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hinwegzusetzen (vgl. BGHZ 163, 195 ff.; OLG München, NJW 2003, 1743 ff.).

Nachdem auch eine Rechtfertigung der Tötungshandlung aus dem Gesichtspunkt der Nothilfe/Notstand gem. §§ 32 Abs. 2, 34 StGB ausscheiden musste, konnte eine Rechtfertigung sich daher nur allein aus dem von den Kindern der Patientin als deren Betreuer geltend gemachten Willen der Betroffenen, also ihrer Einwilligung ergeben, die künstliche Ernährung abzubrechen und ihre Fortsetzung oder Wiederaufnahme zu unterlassen.

Im *Unterschied* zu den bislang vom BGH entschiedenen Fällen ist die Besonderheit des vorliegenden Falles darin zu sehen, dass die die Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung verhindernde, direkt auf die Lebensbeendigung abzielende Handlung der Tochter der Patientin, die dem Angeklagten als eigene Handlung gem. § 25 Abs. 2 StGB zugerechnet worden ist, nach den allgemeinen Regeln nicht als Unterlassen, sondern als *aktives Tun* anzusehen ist. Für diesen Fall ist eine Rechtfertigung direkt lebensbeendender Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt der „Sterbehilfe" von der Rechtsprechung bisher nicht anerkannt worden.

Im Hinblick auf die durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009 geänderte zivilrechtliche Rechtslage hält auch der erkennende Senat daran nicht mehr fest. Der Gesetzgeber hat den betreuungsrechtlichen Rahmen einer am Patientenwillen orientierten Behandlungsbegrenzung durch Gesetz vom 29.07.2009 – sog. Patientenverfügungsgesetz – festgelegt. Nach der Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages hat das am 1.09.2009 in Kraft getretene Gesetz auch das Ziel, Rechts- und Verhaltenssicherheit zu schaffen. Maßstäbe für die gesetzliche Neuordnung waren einerseits das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht der Person, welches das Recht zur Ablehnung medizinischer Behandlungen und ggf. lebensverlängernder Maßnahmen ohne Rücksicht auf ihre Erforderlichkeit einschließt, andererseits der ebenfalls von der Verfassung gebotene Schutz des menschlichen Lebens.

Bei Abwägung dieser Grundsätze hat der Gesetzgeber nach umfassenden Beratungen und Anhörungen von Experten entschieden, dass der tatsächliche oder mutmaßliche, etwa in konkreten Behandlungswünschen zum Ausdruck gekommene Wille eines aktuell *einwilligungsunfähigen Patienten* unabhängig von Art und Stadium seiner Erkrankung verbindlich sein und den Betreuer sowie den behandelnden Arzt binden soll (1901 a Abs. 3 BGB). Die betreuungs-

rechtliche Genehmigungsbedürftigkeit für Entscheidungen über die Vornahme, das Unterlassen oder den Abbruch medizinischer Maßnahmen ist auf Fälle von Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Betreuer oder Bevollmächtigtem über den Willen des nicht selbst äußerungsfähigen Patienten oder über die medizinische Indikation von Maßnahmen beschränkt (§ 1904 BGB). Diese Neuregelung entfaltet auch für das Strafrecht Wirkung, wobei die Regelungen der §§ 212, 216 StGB von den Vorschriften des Betreuungsrechts unberührt bleiben. Wo die Grenze einer rechtfertigenden Einwilligung verläuft und der Bereich strafbarer Tötung auf Verlangen beginnt, ist, ebenso wie die Frage nach der Reichweite einer eine Körperverletzung rechtfertigenden Einwilligung, eine strafrechts-spezifische Frage, über die aus dem Gesichtspunkt der Verfassungsordnung und mit Blick auf die Regelungen anderer Rechtsbereiche zu entscheiden ist.

Das LG Fulda hat eine Rechtfertigung des angeklagten Rechtsanwalt verneint, weil nach seiner Auffassung die Voraussetzungen einer nach bisherigem Recht zulässigen sog. passiven Sterbehilfe durch Unterlassen der weiteren künstlichen Ernährung nicht vorgelegen haben; das Durchtrennen des Schlauchs der PEG-Sonde wurde dabei als aktives Handeln gewertet und deshalb der Einwilligung der Patientin eine rechtfertigende Wirkung abgesprochen. Diese Ansicht entspricht der bisher in Rechtsprechung und Literatur ganz überwiegend vertretenen Auffassung, wonach zwischen erlaubter passiver und indirekter sowie stets verbotener aktiver Sterbehilfe zu unterscheiden ist (vgl. statt vieler: Eser, in: Schönke/Schröder, StGB, 27. Auflage Vorbem. §§ 211 ff. Randnr. 21 ff.).

Das bloße Einstellen künstlicher Ernährung ist dadurch schon wegen seines äußeren Erscheinungsbildes nicht als aktives Tun, sondern als Unterlassen und damit als passives Verhalten angesehen worden (BGHSt 40, 257 ff.). Eine zulässige passive Sterbehilfe setzte auf der Grundlage dieser Differenzierung nach bisher herrschender Meinung stets ein Unterlassen im Rechtssinn voraus, aktives Handeln im natürlichen Sinne sollte danach als rechtswidriges Tötungsdelikt im Sinne der §§ 212, 216 StGB stets strafbar sein.

An diesen an äußeren Erscheinungsformen von Tun und Unterlassen orientierten Kriterien für die Abgrenzung zwischen gerechtfertigter und rechtswidriger Herbeiführung des Todes mit Einwilligung oder mutmaßlicher Einwilligung des betroffenen Patienten hält der BGH nun nicht mehr fest. Dies wird damit begründet, dass sich in der Vergangenheit die Rechtsprechung des BGH auch nicht durchgängig hieran orientiert hatte, weil ein pflichtwidriges Unterlassen auch den Tatbestand des § 216 StGB erfüllen kann. Eine bloße naturalistische

Unterscheidung von aktivem und passivem Handeln kann die Grenze zwischen erlaubter Sterbehilfe und einer strafbaren Tötung nicht bestimmen, die Umdeutung der Lebenswirklichkeit in eine dieser widersprechenden normative Wertung mit dem Ziel, dieses Verhalten als passive Sterbehilfe rechtlich legitimieren zu können, ist deshalb in der Vergangenheit zurecht auf Kritik gestoßen und als dogmatisch unzulässiger „Kunstgriff" abgelehnt worden (vgl. Hirsch, in: Festschrift für Lackner, 1987, Seite 597 ff.).

Nach Auffassung des BGH wird eine solche wertende Umdeutung aktiven Tuns in ein normatives Unterlassen den auftretenden Problemen nicht gerecht. Ein Behandlungsabbruch erschöpft sich nämlich nach seinem natürlichen und sozialen Sinngehalt nicht in bloßer Untätigkeit, er kann und wird vielmehr fast regelmäßig eine Vielzahl von aktiven und passiven Handlungen umfassen, deren Einordnung nach Maßgabe der in der Dogmatik und von der Rechtsprechung zu den Unterlassungstaten entwickelten Kriterien problematisch ist und von bloßen Zufällen abhängig sein kann. Es ist deshalb sinnvoll und erforderlich, so der BGH a.a.O., alle Handlungen, die mit einer solchen Beendigung einer ärztlichen Behandlung in Zusammenhang stehen, in einem normativwertenden Oberbegriff des Behandlungsabbruchs zusammenzufassen.

Weil eine Differenzierung nach aktivem und passivem Handeln nach äußeren Kriterien nicht geeignet ist, sachgerecht und mit dem Anspruch auf Einzelfallgerechtigkeit die Grenzen zu bestimmen, innerhalb derer eine Rechtfertigung des Handelns durch den auf das Unterlassen oder den Abbruch der medizinischen Behandlung gerichteten Willen des Patienten anzuerkennen ist, müssen andere Kriterien gelten, anhand derer diese Entscheidung vorgenommen werden kann.

Der Begriff der Sterbehilfe durch Behandlungsunterlassung, -begrenzung oder -abbruch setzt voraus, dass die betroffene Person lebensbedrohlich erkrankt ist und die betreffende Maßnahme medizinisch zur Erhaltung oder Verlängerung des Lebens geeignet ist. Nur in diesem engen Zusammenhang hat der Begriff der Sterbehilfe einen systematischen und strafrechtlich legitimierenden Sinn.

Eine durch Einwilligung gerechtfertigte Handlung der Sterbehilfe setzt überdies voraus, dass sie objektiv und subjektiv unmittelbar auf eine medizinische Behandlung bezogen ist. Erfasst werden hiervon nur das Unterlassen einer lebenserhaltenden Behandlung oder ihr Abbruch sowie Handlungen in der Form der sog. indirekten Sterbehilfe.

Das aus Artikel 1.I und 2.I GG abzuleitende Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen legitimiert die Person zur Abwehr gegen nicht gewollte Eingriffe

in ihre körperliche Unversehrtheit und in den unbeeinflussten Fortgang ihres Lebens und Sterbens; es gewährt ihr aber kein Recht oder etwa einen Anspruch darauf, Dritte zu selbstständigen Eingriffen in das Leben ohne Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung zu veranlassen. Eine Rechtfertigung durch Einwilligung kommt daher nur in Betracht, wenn sich das Handeln darauf beschränkt, einen Zustand wieder herzustellen, der einem bereits begonnenen Krankheitsprozess seinen Lauf lässt, in dem zwar Leiden gelindert, die Krankheit aber nicht mehr behandelt wird, so dass der Patient letztlich dem Sterben überlassen wird. Nicht erfasst sind dagegen Fälle eines gezielten Eingriffs, der die Beendigung des Lebens vom Krankheitsprozess abkoppelt.

Nach Auffassung des BGH ist eine solche Unterscheidung nach den dem Begriff des Behandlungsabbruchs immanenten Kriterien der Behandlungsbezogenheit und der Verwirklichung des auf die Behandlung bezogenen Willens der betroffenen Person besser als die bisherige, dogmatisch fragwürdige und praktisch kaum durchführbare Unterscheidung zwischen aktivem und passivem Handeln geeignet, dem Gewicht der betroffenen Rechtsgüter in der Abwägung Geltung zu verschaffen und für alle Beteiligten eine klare Orientierung zu geben.

Die Grenzen des § 216 StGB bleiben hierdurch unberührt, was auch der Absicht des Gesetzgebers entspricht, wonach Handlungen, die der Ablehnung einer medizinischen Maßnahme oder der Untersagung ihrer Fortführung durch den betroffenen Patienten Rechnung tragen, von einer Tötung auf Verlangen strikt zu unterscheiden sind.

Schließlich kommt der BGH zu dem Ergebnis, dass bei Anwendung der dargelegten Grundsätze eine Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs nicht auf das Handeln der den Patienten behandelnden Ärzte sowie der Betreuer und Bevollmächtigten beschränkt ist, sondern auch das Handeln Dritter betreffen kann, soweit sie als von dem Arzt, dem Betreuer oder dem Bevollmächtigten für die Behandlung und Betreuung hinzugezogene Hilfspersonen tätig werden. Dies folgt daraus, dass sich ein Behandlungsabbruch in der Regel nicht in einzelnen Handlungen oder Unterlassungen erschöpft, sondern unter Umständen ein Bündel von meist palliativ-medizinischen Maßnahmen erfordert, die nicht notwendig vom behandelnden Arzt allein vorgenommen werden müssen. Nach Auffassung des BGH haben weder der angeklagte Rechtsanwalt noch die Kinder der Patientin rechtswidrig gehandelt, ebenso wenig der Betreuer. Deshalb war der Angeklagte letztlich freizusprechen.

Die Kernaussagen der richtungweisenden Entscheidung vom 25.06.2010

(1) Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsachlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901 a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

(2) Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.

(3) Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Fällen, in denen zukünftig ein rechtfertigender Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens nach den Grundsätzen der Senatsentscheidung vom 25.06.2010 in Rede steht, die Voraussetzungen der §§ 1901 a, 1901 b BGB – eingefügt durch Gesetz vom 29.07.2009 mit Wirkung vom 01.09.2009 und damit nach dem hier relevanten Tatgeschehen – zwingend zu beachten sind. Diese Vorschriften enthalten verfahrensrechtliche Absicherungen, die den Beteiligten bei der Ermittlung des Patientenwillens und der Entscheidung über einen Behandlungsabbruch Rechts- und Verhaltenssicherheit geben sollen (vgl. Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses BT-Dr 16/13314, Seite 3f. und 7f.) und bei der Bestimmung der Grenze einer möglichen Rechtfertigung von kausal lebensbeendenden Maßnahmen auch für das Strafrecht Wirkung entfalten. Sie dienen zum einen der Verwirklichung des verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechts von Patienten, die selbst zu einer Willensäußerung nicht mehr in der Lage sind, worin sich allerdings ihre Funktion nicht erschöpft. Vielmehr tragen sie zum anderen gleichgewichtig dem von der Verfassung wegen gebotenen Schutz des menschlichen Lebens Rechnung, indem sie die notwendigen strengen Beweisanforderungen an die Feststellung eines behandlungsbezogenen Patientenwillens verfahrensrechtlich absichern (BGH NJW 2010, 2963 ff.).

C. Resümee und Ausblick

Festzustellen ist zunächst, dass die Grenzen zwischen erlaubter und unerlaubter Sterbehilfe durch sich teilweise widersprechende Entscheidungen der Straf- und Zivilsenate des BGH unübersichtlich geworden sind (vgl. BGH NJW 1995,

204; NJW 2003, 1588). Dies führte für Patienten, Ärzte und Angehörige zu einer unerträglichen Rechtsunsicherheit. Die vorliegende Entscheidung des zweiten Strafsenats führt zu einer insoweit erhofften Klarheit, als die Beteiligten nunmehr wissen, dass ein Behandlungsabbruch nicht strafbar ist, wenn dies dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tod führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

Die zukunftsweisende Entscheidung des BGH wäre aber nicht möglich gewesen, wenn nicht zuvor der Gesetzgeber dieses Straferkenntnis durch das am 29.07.2009 verabschiedete Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts in gewisser Weise vorbereitet hätte. Damit aber der Gesetzgeber tätig wurde, war in den vergangenen Jahren wiederholt die Rechtsprechung gefordert, in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht Grenzen aufzuzeigen, welche die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe ermöglichten, immer aber bezogen auf den Patientenwillen.

Festzuhalten ist weiter, dass durch das strenge Verfahren der neu eingeführten §§ 1901 a BGB und 1901 b BGB als Grundlage für den rechtfertigenden Abbruch lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen eine **Entscheidungsfindung in vier Stufen** vorgesehen ist:

Zunächst ist gem. § 1901 a Abs. 1 Satz 1 und 2 BGB nur der Betreuer bzw. Bevollmächtigte befugt, die Übereinstimmung der Festlegungen in der Patientenverfügung mit der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu prüfen und auf dieser Grundlage dem Willen des Patienten gegebenenfalls Geltung zu verschaffen.

Als Zweites setzt die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch gemäß § 1901 b Abs. I BGB *zwingend* ein Zusammenwirken von Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und Arzt voraus.

Danach prüft als dritten Schritt der behandelnde Arzt in eigener Verantwortung, welche ärztliche Behandlung im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist und erörtert dies mit dem Betreuer unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die dann als vierten Schritt zu treffende Entscheidung.

Gleichwohl wird auch zukünftig eine kritische Begleitung der Judikatur erforderlich sein, um feststellen zu können, dass auch durch die Neuregelung sichergestellt ist, dass Patientenverfügungen nicht ihrem Inhalt zuwider als Vorwand benutzt werden, um aus unlauteren Motiven auf eine Lebensverkürzung schwer erkrankter Patienten hinzuwirken (vgl. BGH vom 10.11.2010 – 2 STR 320/10).

Auch wenn jetzt nach jahrelanger Diskussion der Gesetzgeber endlich tätig geworden ist und die Pflicht zur Beachtung von Patientenverfügungen gesetzlich festgelegt hat, so löst dies selbstverständlich nicht alle rechtlichen und ethischen Fragen zur Patientenverfügung und ärztlichen Behandlung von einwilligungsunfähigen Betroffenen. Es schafft aber und dies ist von enormer Bedeutung, Rechtsklarheit vor allem für die behandelnden Ärzte in Bezug auf die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen.

Was das erste nunmehr nach der Verabschiedung des am 1.09.2009 in Kraft getretenen Betreuungsrechtsänderungsgesetzes ergangene „Sterbehilfe-Urteil" angeht, so ist es durchaus positiv zu werten, dass der zweite Strafsenat von der bisherigen Dogmatik, die zwischen erlaubter passiver und indirekter Sterbehilfe sowie stets verbotener aktiver Sterbehilfe differenzierte, abweicht und ein neues Unterscheidungskriterium in Form des Oberbegriffes „Behandlungsabbruch" schafft, weil es in der Tat oftmals von Zufällen abhängt, ob zur Durchsetzung des Patientenwillens ein Unterlassen in Form der rechtzeitigen Verweigerung einer Genehmigung zur Anlage einer PEG-Sonde oder aktives Tun erforderlich ist, wie bei der Entfernung einer bereits gelegten Sonde; wenn beides dem Willen des Patienten entspricht, ist es nicht nachvollziehbar, wieso das eine straflos und das andere strafbar sein sollte.

Ob allerdings die neuen Kriterien zu mehr „Gerechtigkeit" im Einzelfall führen, mag bezweifelt werden, zumal in der vorliegenden Entscheidung ein einziges Vier-Augen-Gespräch zwischen der betroffenen Patientin und ihrer Tochter für die Feststellung des mutmaßlichen Willens ausgereicht hatte.

Um hier Unsicherheiten gar nicht erst aufkommen zu lassen, wäre es deshalb empfehlenswert, dass die Ärzteschaft, die ihre Richtlinien der neuen Gesetzeslage bereits angepasst hat, insgesamt wie auch die mit der Rechtspflege betrauten Personen im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit auf die Abfassung von Patientenverfügungen hinwirken.

Auch wenn mit der Entscheidung vom 25.06.2010 kein Dammbruch hin zu einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe vollzogen wurde, wird dennoch eine kritische Auseinandersetzung mit der Judikatur auch in Zukunft erforderlich sein.

Zusammenfassung

SCHLÖGL, WOLFGANG: **Durchbruch oder Dammbruch? Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auf der Grundlage des am 1.9.2009 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetzes.** ETHICA 19 (2011) 3, 227–240

Am 1.09.2009 ist nach langer Diskussion das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getreten. Der Kern der Neuregelung besteht darin, dass das durch die Verfassung garantierte Recht auf Selbstbestimmung besonders betont wird. Ausfluss des Rechts auf Selbstbestimmung ist der in einer sog. Patientenverfügung niedergelegte Wille des Betroffenen. Mit seiner Entscheidung vom 25.06.2010 hat der BGH erstmals auf der Grundlage der gesetzlichen Neuregelung zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen Stellung genommen und dabei seine bisherige Auffassung, wonach ein Behandlungsabbruch nur durch Unterlassen möglich und straffrei sei, aufgegeben mit der Folge, dass ein Abbruch der medizinischen Behandlung auch durch aktives Tun möglich ist, wenn es dem tatsächlichen und mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen. Demgegenüber sind gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, so der BGH, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich. Auch wenn mit dieser Entscheidung kein Dammbruch hin zu einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe vollzogen wurde, ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Judikatur auch in Zukunft von Nöten, zumal die grundlegende Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zu verschwimmen droht, diese Unterscheidung aber eine unentbehrliche ethische Entscheidungshilfe darstellt.

Summary

SCHLÖGL, WOLFGANG: **Breakthrough or dam break? The termination of life-preserving measures on the basis of the German Mental Capacity Act in force since Sept. 1, 2009.** ETHICA 19 (2011) 3, 227–240

After a broad discussion the Third Amendment to the Guardianship Law of July 29, 2009, has come into force in Germany on Sept. 1, 2009. The heart of the revision is that the right to self-determination guaranteed by the constitution is particularly emphasized. The core of the right of self-determination is a person's last will laid down in an advance directive. By the decision of June 25, 2010, the German Federal Supreme Court, for the first time, commented on the basis of the legal readjustment concerning the termination of life-preserving measures and revised its original opinion according to which a termination of treatment was possible and not subject to prosecution only by non-action. It, now, holds the opinion that the termination of medical treatment is also possible by action if it corresponds to the patient's actual and presumed will and serves to allow the disease process leading inevitably to death in case of non-treatment to take its own course. In contrast, selective interventions in a person's life which are not in the context with the termination of a medical treatment are impervious to a justification by consent. Even if this does not signify a dam break towards a legalization of active euthanasia, a critical discussion with jurisdiction will also be necessary in future to avoid the fundamental distinction between active and passive euthanasia becoming blurred, for this distinction means an indispensable aid to decision-making.

Advance directive
assistance, attendance, care
euthanasia / active, indirect, passive
life-preserving measures

Behandlungsabbruch
Betreuung
Maßnahmen, lebenserhaltende
Patientenverfügung
Patientenverfügungsgesetz /Deutschland
Patientenwille
Selbstbestimmungsrecht
Sterbehilfe /aktiv, indirekt, passiv
mental capacity act / Germany
patient's will
right to self-determination
termination of treatment

Literatur

ALBERTS, HERMANN: Rechtfertigung von Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch. Anmerkung zum BGH-Urteil vom 25.06.2010. In: *FamFR* 2010, 430 f.

BERGMANN, KARL-OTTO: Die Arzthaftung. Berlin/Heidelberg/NewYork: Springer, [2]2003.

DEUTSCH ERWIN/ANDREAS SPICKHOFF: Medizinrecht. Heidelberg/Berlin: Springer, [5]2003, Rd-Nr. 16,187.

GAEHDE, KARSTEN: Durchbruch ohne Dammbruch – Rechtssichere Neuvermessung der Grenzen strafloser Sterbehilfe. In: *NJW* 2010, 2925 ff.

HÄRLE, WILFRIED: Patienten „autonomic" aus ethischer Sicht – zur Aufhebung des Widerspruchs zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. In: *FÜR* 2007, 47 ff.

PALANDT, OTTO: Kommentar zum BGB. München: C. H. Beck, 2010.

RIEGER, HANS-JÜRGEN/F. J. DAHM /G. STEINHILPER: Heidelberger Kommentar. Arztrecht/Krankenhausrecht/Medizinrecht. Heidelberg: C. F. Müller, 2008.

SCHLÖGL, WOLFGANG: Patientenverfügung und Sterbehilfe. Ende des individuellen Selbstbestimmungsrechts? In: *ETHICA* 17 (2009) 2, 99–116.

SCHÖNKE, ADOLF/H. SCHRÖDER: Kommentar zum StGB. München: C. H. Beck, [28]2010.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer (BÄK) zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 21.01.2011. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (7): A-346/B-278/C-278.

RA Wolfgang Schlögl, Asperreutherweg 9a, D-94036 Passau
susi.globisch@lindinger-schloegl.de

ETHICA 19 (2011) 3, 241–254

TOBIAS TRAPPE

ÜBER DIE ANNAHME DER UNVERFÜGBARKEIT *

Ein vielleicht wenig beachteter Aspekt der Pränataldiagnostik

Prof. Dr. Tobias Trappe, geb. 1966, Studium der Philosophie und Theologie, seit 2010 Prof. für Ethik an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung.
Veröffentlichungen: *Transzendentale Erfahrung* (Basel 1996); *Allmacht und Selbstbeschränkung* (Zürich 1997); Hrsg. der Reihe „Ethik der öffentlichen Verwaltung" (Frankfurt 2010ff.); Bandhrsg.: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*; *K. Rahner: Sämtliche Werke*; Hrsg.: *Erfahrung – Geschichte – Identität* (Freiburg i. Br. 1997); *Sicherheit – Grundproblem moderner Gesellschaften* (Würzburg 2003); *Grundprobleme der Ethik* (Münster 2004); *Wahrheit und Erfahrung* (Würzburg 2004); *Liebe und Tod* (Basel 2005); *Menschenbild und Menschenbildung* (Frankfurt 2010); Aufsätze zur Anthropologie und Ethik sowie zur Ontologie; begriffsgeschichtliche Abhandlungen.

> „Plötzlich taucht hinter dem Rande des Mondes in langen zeitlupenartigen Momenten von grenzenloser Majestät ein funkelndes, blau-weißes Juwel auf, eine helle, zarte, himmelblaue Kugel, umkränzt von langsam wirbelnden, weißen Schleiern. Allmählich steigt sie wie eine kleine Perle wie aus einem tiefen Meer empor. Unergründlich und geheimnisvoll. Es braucht mehr als einen Augenblick, bis du tatsächlich begreifst, dass es die Erde ist, unsere Heimat."
>
> (Edgar Mitchell, Astronaut der Apollo-14-Mission)

De origine, über den Anfang soll gesprochen werden. Genauer: über den Anfang des Menschen. Nicht aus der Sicht der Evolutionsbiologie, auch nicht der Gynäkologie und Geburtshilfe, sondern aus der Sicht der Philosophie. Was diese hier allerdings zu suchen und zu sagen hat, ist alles andere als klar. Ihrer sokratisch-platonischen Herkunft zufolge ist die Philosophie zwar selbst eine Art „Hebammenkunst", allerdings nur für Gedanken, nicht aber für Kinder (Theait. 149aff.). Spricht sie vom „Anfang", dann meint die Philosophie daher auch in aller Regel etwas ganz anderes: Sie meint das „Prinzipielle", etwa den Ursprung der Welt oder den letzten Grund(satz) aller Theorie und Praxis, nicht aber den historischen Anfang, erst recht nicht den des Menschen. Was also kann die Philosophie beitragen zu einem dann doch ziemlich konkreten

* Dieser Beitrag ist meinem Freund Jens gewidmet.

Thema wie Schwangerschaft und Geburt sowie einer darauf bezogenen Diagnostik?

1. Vorbemerkungen zu einem philosophischen Beitrag im Rahmen der Schwangerschaftsberatung

Orientierung durch Werte?

Eine schnelle Reaktion assoziiert bei dieser Frage sofort eine „ethische" Kompetenz und Verantwortlichkeit der Philosophie. Diese soll in einer total „globalisierten", „individualisierten", religiös wie kulturell „pluralisierten" Gesellschaft möglichst universal verbindliche „Normen und Werte" formulieren. Im hier relevanten Kontext der Pränataldiagnostik (PND) heißt das: Bei den durch sie eröffneten neuen Handlungsmöglichkeiten und Entscheidungsnotwendigkeiten soll eine philosophische (weltanschaulich unverdächtige) Ethik „Werte" formulieren und begründen, an denen sich die am Beratungsprozess Beteiligten „orientieren" können. Tatsache ist nun allerdings, dass die Philosophie zu dieser Thematik auffällig schweigsam ist. Zwar hat erst Ende 2009 der von der Bundesregierung einberufene „Ethikrat" eine detaillierte Stellungnahme zur genetischen Diagnostik vor und während der Schwangerschaft veröffentlicht. Aber der Schwerpunkt dieser Ausführungen liegt hier – aus nachvollziehbaren Gründen – weniger auf der allgemeinen Mutterschaftsvorsorge als vielmehr auf der in Deutschland soeben (Juli 2011) unter engen Bedingungen erlaubten Präimplantationsdiagnostik (PID). Die ethische Reflexion dieser „Technologie" konzentriert sich dabei – natürlich ebenfalls aus nachvollziehbaren Gründen – auf den „moralischen" „Status" der Embryonen, also auf die Frage, ob Embryonen Träger des ethisch und verfassungsrechtlich begründeten Grundrechts auf Leben sind und ihre Schutzwürdigkeit bereits mit der Kernverschmelzung beginnt. Während in der PID das künftige Kind zum Gegenstand menschlicher Entscheidungen wird, die moralische Grundfrage – „Was soll ich tun?" – sich also direkt und unmittelbar aufdrängt, erscheint die PND als der vergleichsweise „harmlose" und ethisch unproblematische („neutrale"), vielleicht sogar uninteressante Teil der pränatalen Medizin. Ethisch relevant scheint die PND eigentlich „nur" an drei Stellen zu sein: Zum einen mit Blick auf eine durch sie ermöglichte („faktische"[1]) „Eugenik", zum ande-

[1] „Faktisch" kann eine solche Eugenik genannt werden, weil das Verschwinden von Kindern mit offensichtlichen Behinderungen aus dem öffentlichen Leben nicht das Ziel etwa einer staatlich verordneten Fortpflanzungs„hygiene" darstellt: „Faktisch" aber sind Kinder mit Down-

ren im Hinblick auf mögliche Risiken einer invasiven Diagnostik, vor allem aber dann (drittens), wenn sie Eltern und Ärzte mit Ergebnissen konfrontiert, in denen unterschiedliche „Interessen" reflektiert und u. U. gegeneinander abgewogen werden sollen, wenn also aus der Schwangerschaft ein „Schwangerschaftskonflikt" wird[2].

Einige Vorbehalte gegenüber der Ethik

Ob und inwieweit die Ethik in dieser Situation wirklich helfen kann, ist nun allerdings keineswegs klar.[3] Schon deswegen nicht, weil es gar nicht „die" Ethik als einheitlich und eindeutig verfasste Größe gibt. Was wir Ethik nennen, das ist zunächst einmal nur eines: ein mit wissenschaftlichen Mitteln (also friedlich, weil argumentativ) auszufechtender Streit, ein Streit, dessen allerdings leicht zu unterschätzender Ertrag vor allem in der *Klärung* der genauen Konfliktlinien zu suchen ist. Dass die Ethik diese lebensweltlich aufbrechenden Kontroversen und Gemengelagen darüber hinaus (auf)*lösen* kann, daran darf und muss vielleicht sogar gezweifelt werden. Schon deswegen, weil auch das dafür notwendige „Faktenwissen" vielfach gar nicht vorliegt, ein gemeinsam geteiltes Verständnis der Sachlage nicht Ausgangs-, sondern einen ersten, wenn auch vorläufigen, Zielpunkt der Diskussion darstellt („joint fact finding"). Es gehört ja zum Schicksal unserer Gegenwart, dass sie durch einen unhintergehbaren wissenschaftlichen Pluralismus gekennzeichnet ist, unmittelbar greifbar im permanenten „Streit der Experten". Diese Problema-

Syndrom"/„Trisomie 21" „vom Aussterben bedroht", weil sich immer mehr Eltern gegen ein solches Kind entscheiden und dabei mehr oder weniger bewusst unter dem Eindruck eines diffusen „sozialen Drucks" handeln. Insofern ist „Eugenik" ein „emergentes" Phänomen: die nicht-intendierte Folge von miteinander nicht koordinierten Entscheidungen.

[2] In diesem Sinne heißt es in den *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen* der Bundesärztekammer: „Das zentrale ethische Problem der pränatalen Diagnostik ist die Frage nach einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch bei Nachweis einer Erkrankung oder Behinderung des ungeborenen Kindes. Bei einer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch geraten alle Beteiligten – Schwangere und Ärzte – unvermeidlich in den Konflikt mit dem Tötungsverbot" (Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 50, 11. Dezember 1998). Tatsächlich scheint die Ethik der PND bisher eher unterbelichtet zu sein. „Ethische Aspekte der Perinatal-Diagnostik" können etwa bei R. Schlösser/A. Reitter: Perinatalmedizin in Fällen (2008), S. 261ff., auf gerade einmal fünf Seiten abgehandelt werden.

[3] Auch die Bundesärztekammer ist hier skeptisch; so fahren die soeben zitierten *Richtlinien* fort: „... Die Pluralität der Wertsetzungen ermöglicht für diesen Konflikt keine von allen Menschen gleichermaßen akzeptierte Lösung. Entscheidungen können nur im Einzelfall erarbeitet werden. Der Schwangerschaftsabbruch nach pränataler Diagnostik eines erkrankten oder behinderten Kindes stellt das unvollkommene Bemühen dar, eine im Kern nicht auflösbare Konfliktsituation zu beenden."

tik verschärft sich durch eine vergleichsweise „junge", im öffentlichen Bewusstsein sicher nicht hinlänglich reflektierte Entwicklung, im Zuge deren der wissenschaftliche Fortschritt, vor allem aber seine technologische Realisation unter den Einfluss vor allem massiver wirtschaftlicher Interessen geraten ist.[4] Die auf den ersten Blick „vertrauliche" Begegnung von Arzt und Patient bewegt sich also in Wirklichkeit zusehends in einem Spannungsfeld, bei dem neben wissenschaftlichen und rechtlichen auch ökonomische Kräfte ganz entscheidend mit im Spiel sind, und zwar auf eine Art und Weise, die von niemandem mehr wirklich überschaut wird – auch nicht vom Ethiker. Von daher ist der Mensch der Wissensgesellschaft immer auch Mitglied einer „Nicht-Wissensgesellschaft": Je mehr Kenntnis um Kenntnis in den unendlich vielen Disziplinen angehäuft wird, je mehr Informationen uns vorliegen, desto ratloser werden wir.[5] Das gilt, wie in einer demnächst erscheinenden Studie genauer dargelegt werden soll, in einem besonderen Maß für die PND. Denn das Wissen, das wir für eine begründete Entscheidung und einen „informed consent" brauchen, liegt gerade – und anders als dies gemeinhin vertreten wird – überhaupt nicht vor. „Anerkennung der Unwissenheit" – so hat dies ja bereits HANS JONAS einmal formuliert – wird in einer solchen Situation zur „Kehrseite der Pflicht des Wissens"[6].

Vom Verstummen der Ethik: Stillgeburten und Spätabbrüche

Aber selbst wenn wir dieses Wissen hätten: Die PND konfrontiert uns mit Entscheidungen, vor denen auch die Ethik zunächst einmal verstummen muss. Der Fetozid, also die Tötung eines ungeborenen, aber prinzipiell lebensfähigen Kindes kann in Ausnahmesituationen – etwa bei Mehrlingsschwangerschaften – die einzige Möglichkeit sein, um überhaupt Leben zu retten. Der sich verschiedentlich eingebürgerte Ausdruck „Stillgeburt" drückt etwas von der Sprachlosigkeit aus, mit der wir dieser Wirklichkeit gegenüberstehen. Was hier an Gefühlen und Bildern evoziert wird, reicht tief hinab in ein fast mythisches Dunkel, in welchem Leben, Liebe und Tod unentwirrbar ineinander ver-

[4] Unter Umständen kann „Nichtwissen" auch gezielt zur Umsetzung wirtschaftlicher Interessen „produziert" werden; vgl. die Beiträge in R. PROCTOR/L. SCHIEBINGER (Hg.): Agnotology (2008). – Was „wirtschaftlicher Einfluss" konkret bedeutet, wird fühlbar angesichts der Tatsache, dass sich die Behandlungspauschalen für Krankenhäuser erhöhen, je früher die Kinder zur Welt kommen; vgl. den Beitrag von CHARLOTTE FRANK: 127.000 Euro für 600 Gramm Mensch, in: *Süddeutsche Zeitung* vom 21.3.2009.

[5] Vgl. dazu E. BECK-GERNSHEIM: Was kommt nach der Familie? ([2]2000), bes. S. 72ff.

[6] H. JONAS: Das Prinzip Verantwortung (1979), S. 28.

schlungen zu sein scheinen. Auch wenn man sich scheut es auszusprechen: die Geburt zum Tod hat etwas Monströses, etwas, das alles Fassen-können übersteigt. Unsere Hilflosigkeit diesem „Phänomen" gegenüber vertieft sich noch einmal angesichts der Frage, wie man mit solchen Totgeburten umgehen soll. Jeder Tod ist antlitzlos, ungreifbar, anonym. Diese Gestaltlosigkeit, durch die der Tod allem menschlichen Begreifen eine unüberschreitbare Grenze setzt, ist beim Ungeborenen noch einmal potenziert, denn das Kind selbst hat ja noch gar keine eigentliche Gestalt für uns, hat kein echtes Gesicht, kein Profil: es ist ein „No-body". In diese ganze dunkle Namenlosigkeit also finden sich die Eltern hineingeworfen. Umso wichtiger kann für sie die direkte, leibliche Begegnung mit ihrem toten Kind sein. Das Ansehen und Halten des Kindes, die Mitnahme von Fotos oder eines Fußabdruckes, die Namensgebung, eine Segnung, eventuell die individuelle Bestattung sind Weisen, wie der Tod ein Stück Kontur gewinnen und damit auch einen echten Trauer- und Abschiedsprozess auslösen kann. An dieser Stelle offenbart die ganze Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch noch einmal, dass und wie wir es hier mit Fragen und Phänomenen zu tun haben, denen letztlich niemand mehr gewachsen ist. Das gilt erst recht für den Fall, in dem das Kind den Abbruch überlebt. Dann tritt eine „Situation" ein, die rechtlich ebenso unbewältigt ist wie sie „ethisch" an eine wirklich letzte Grenze führt. Hans Jonas hat das Neugeborene als das zeitlose Urbild aller Verantwortung bezeichnet: Denn hier richte ein „Sein" schon durch sein bloßes Atmen ein „Soll" an die Umwelt, nämlich: sich seiner anzunehmen. Unwidersprechlich, nicht: unwiderstehlich, nennt Jonas diese unmittelbare Evidenz: „Sieh hin und du weißt." Vor dieser Evidenz stehen Eltern, Ärzte und Schwestern. Sie lässt sich, glaube ich, nicht wegargumentieren. Sie ist da. Schreiend-atmend-schweigend-stumm.

Wer soll ich sein?

Nun gehört zur Ethik keineswegs nur die Frage: „Was soll ich *tun*?" Älter noch, bedenkenswert darum, ist die Frage: „Wer soll ich *sein*?" Hier nun, wo der Blick sich von der Beurteilung einer einzelnen Handlung und Entscheidung mit ihren oft undurchsichtigen Motiven und vielschichtigen Zielen abwendet hin zu einer Betrachtung des Menschen und seiner Lebensführung insgesamt, hier nun lichtet sich der Schleier der Unwissenheit ein wenig und es kann vielleicht plausibel werden, inwiefern die Philosophie für den Prozess der Schwangerschaftsberatung wenigstens einen kleinen Beitrag erbringen kann. Zunächst einmal – und ganz schlicht – ruft sie in Erinnerung, dass wir

mit jeder Tat nie nur „etwas" tun, sondern in erster Linie „uns selbst", dass alle Verantwortlichkeit also zunächst einmal *Selbst*verantwortlichkeit meint. Diesen Punkt hat Albus Dumbledore dem um seine genetische Ausstattung besorgten Harry Potter einmal sehr schön und sehr schlicht in Erinnerung gerufen: „Nicht unsere Fähigkeiten bestimmen, wer wir sind, sondern unsere Entscheidungen".

Noch in anderer Weise ermutigt die Philosophie hier wie generell dazu, das Partikuläre unseres Daseins – eine einzelne Entscheidung, ein Erlebnis, eine Aufgabe, ... – in Beziehung zu setzen zum „Kontext" unseres Lebens insgesamt. Wie das einzelne Wort nur im Satz, der Satz nur in einem Text und der Text nur im Rahmen lebendiger Sprache verständlich wird, so erschließt sich auch der „Sinn" dessen, womit wir es jeweils zu tun haben, nur aus dem Horizont unserer Lebensgeschichte. Insofern lockert die Philosophie – wenn man so will – „Bedeutungsverspannungen" und entkrampft unsere Einstellung zu den Dingen: Womit wir es je und je zu tun haben, das ist keine fix und fertige, unumstößliche Tatsache, das muss sich vielmehr allererst noch herausstellen. Positiv formuliert heißt das: Indem sie unsere alltägliche Fixierung auf das Einzelne löst und unseren Blick auf das Ganze unseres Lebens hin öffnet, lässt die Philosophie die partikulären Dinge, Menschen, Situationen und Entscheidungen unseres Lebens in einem neuen Licht erscheinen.[7] Vielleicht ist sie bei dem „zentralen ethischen Problem" der PND letztlich genauso überfordert wie die Eltern oder die behandelnden Ärzte auch; vielleicht ist die Philosophie nur die dokumentierte, ehrlich eingestandene (immerhin!) Hilflosigkeit in diesen und vergleichbaren *Über*-Lebens-Fragen. Aber sie kann doch dazu ermutigen (immerhin!), nach jenem Gesamtkontext zu fragen, aus dem heraus unsere einzelnen Entscheidungen ihren Sinn erhalten können.

[7] Was damit gemeint ist bzw. sein kann, das spiegelt sich sehr schön wider in der ganz zu Beginn dieser Überlegungen zitierten Aufzeichnung des amerikanischen Astronauten Edgar Mitchell über seine Erfahrungen bei der Apollo 14-Mission. Der Anblick, den Mitchell hier schildert, war zwar keine Erkenntnis der Philosophie, durchaus aber ein philosophisch relevantes „Ereignis", ein Augenblick, in dem der Mensch ein völlig verändertes Verständnis seiner selbst gewann. Es ist dies das Bild einer Schicksalsgemeinschaft, die aus einer kosmischen (um nicht zu sagen: universalen) Perspektive heraus erkennt, dass und wie ihr Sein total einzigartig und vor allem: extrem verletzlich ist. Dieses Bild der sich vor der unendlichen kosmischen Nacht abhebenden Erde mit ihrer hauchdünnen „Schutzschicht", genannt Atmosphäre, ist bis heute als Symbol der Umweltbewegung ein fester Bestandteil im Selbstverständnis des Menschen geblieben.

2. Großer Mensch ganz klein

Das philosophisch Interessante, um nicht zu sagen: Bewegende an der PND ist nun, dass sie sich als eine Selbstbegegnung des Menschen verstehen lässt: als eine ganz einmalige und einzigartige Weise, in der der Mensch ein *Bild von sich selbst* gewinnt. Es ist vielleicht gut, für einen Moment dieses sehr „leibhaftige" Bild unser selbst auf uns wirken zu lassen, auch deswegen, weil es im konkreten Beratungsprozess in der Regel nie thematisiert wird, aber vielleicht doch hintergründig präsent und latent wirksam ist. Wie also sieht dieses Bild aus?

Das „Menschenbild" der PND

Der Mensch, der in Selbstbewusstsein und Freiheit über sich selbst bestimmt und entscheidet, der sich selbst verantwortet, der seine Existenz, so gut es eben geht, plant und steuert, dieser Mensch als das Wesen der offenen, der von ihm selbst zu gestaltenden Zukunft, er also blickt – vielleicht bewundernd, vielleicht nur „interessiert", vielleicht in vermeintlicher oder wirklicher Gleichgültigkeit – in und durch die PND hindurch in das namen- und antlitzlose Dunkel seiner naturwüchsigen Herkunft. In und durch die PND wird der Mensch seiner selbst ansichtig als einer, dessen Sein im „Kern" ein Gewordensein ist, dessen Existenz zurück reicht in einen völlig unscheinbaren, gestaltlosen und irgendwie „unmenschlichen" Ursprung. Alle unsere Selbständigkeit stammt aus dieser Unselbständigkeit, ist das Resultat eines hochsensiblen, von uns selbst nie sicherzustellenden Prozesses, in welchem wir aus einem unendlichen Komplex von Abhängigkeiten zu so etwas wie Freiheit erwacht und „erwachsen" sind. „Theoretisch" wissen wir das (vielleicht) alle. Aber in der PND bekommen wir ein echtes „Gefühl" dafür: für die totale Riskiertheit unserer individuellen Existenz, für das Unwahrscheinliche, das unser Leben schweigend begleitet, für das Geheimnis einer Wirklichkeit, die sich aus ihren naturhaften Anfängen zu etwas entfaltet, das doch mehr und anders ist als Natur. Mit der PND schaut der Mensch auf sich als das Wesen der *endlichen* Freiheit, als das Wesen, das sich nicht selbst gewählt hat, das ins Dasein „geworfen" wurde, in ein Dasein, das darum für ihn stets das Fremde, ihm Zugeschickte und irgendwie Äußerliche bleibt, sieht sich – möglicherweise nur ärgerlich-widerstrebend[8] – als das *Wesen, das in allem Verfügen*

[8] Etwas im Menschen – sein „Eigendünkel" (?) – „sträubt sich gegen diesen Ursprung aus dem Grunde" (F. W. J. SCHELLING: Über die Freiheit (1809) SW VII 359f.).

doch realisieren muss, dass und wie über ihn immer schon verfügt, entschieden, bestimmt worden ist.

Das „Menschenbild" der PND als Angebot an uns

Neben und jenseits aller ethischen Problematik und Problematisierung gehört die PND also zunächst einmal mit in jenen grenzenlosen, sich immer weiter differenzierenden Prozess der Selbsterkenntnis, durch den sich der Mensch *als Mensch* auszeichnet. Natürlich wird dieses Bild des Menschen von sich in der und durch die PND in den allerseltensten Fällen als solches reflektiert; natürlich ist die PND kein philosophisches Seminar über die Grundfragen des Menschseins; natürlich konzentriert sich der Arzt bei seiner diagnostischen Arbeit primär auf mögliche Veränderungen, die mit Sicherheit oder sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu schweren körperlichen oder mentalen Störungen nach der Geburt führen werden. Aber: Das alles ändert jedoch nichts daran, dass in und hinter aller „Routine" des Arztes, aber auch in und hinter aller sicher im Vordergrund stehenden Sorge der Eltern um die Gesundheit ihres Kindes *die PND ein Bewusstsein davon schafft oder zumindest schaffen kann, wer wir „im Innersten" sind.* Die PND ist dabei (wie letztlich alles in unserem Leben) ein *Angebot* an unsere Freiheit: sie ist nicht mehr, aber eben auch nicht weniger als eine Chance, uns besser, hier also durchaus wörtlich: uns „tiefer" zu verstehen als dies in der Oberflächlichkeit unseres Alltags mit seiner rastlosen Betriebsamkeit möglich ist.

Das „Menschenbild" der PND als Aufgabe für uns

Weil die PND ein solches Angebot ist, richtet sie zugleich auch eine Frage an uns, fordert uns auf, zu diesem Angebot Stellung zu nehmen. Der Mensch ist nicht nur das Wesen, das sich selbst immer wieder neu suchen muss, das nur „bei" sich „ist", indem es „zu" sich „kommt". Er ist auch das Wesen, das sich zu sich selbst verhält, ja verhalten muss, ist nicht nur die Frage nach sich selbst, sondern auch ein Auftrag für sich selbst. „Feststellungen" über uns verwandeln sich daher immer in Fragen an uns, aus Resultaten werden Rätsel, aus Antworten Aufgaben.[9] Wir Menschen können zu jedem „Bild" von uns

[9] Das illustriert sehr schön eine kleine Bildergeschichte des Genfer Schriftstellers und Zeichners Rodolphe Töpffer aus dem Jahre 1837 (den Hinweis verdanke ich N. Becker: Von der Schädelkunde zu den modernen Neurowissenschaften. In: Jahrbuch für historische Bildungsforschung (2004), 134–160; die Bildergeschichte selbst findet sich in R. Töpffer: *Die Geschichte des Herrn Crépin* (1975), S. 7–94). In ihr wendet sich Madame Crépin an Monsieur

selbst Stellung beziehen, können, ja müssen uns zu ihm verhalten. Auch wenn diese – meist verdeckte, meist hintergründige – Anfrage an uns selbst achselzuckend belächelt, mit Unverständnis ignoriert oder ärgerlich beiseitegeschoben wird: In der PND nimmt sie greifbare Gestalt an, tritt sie uns entgegen in der zunächst winzigen Wirklichkeit neu aufkeimenden Lebens. Denn hier realisieren wir (bzw. können wir zumindest realisieren), dass Unverfügbarkeit keine punktuelle Erscheinung, kein isoliertes Ereignis in unserem Leben darstellt, sondern dessen bleibende Mitgift, eingestiftet schon unserem Beginn. Empfinden wir diese Unverfügbarkeit in unserem Leben als widerspenstigen Rest bei unserer (individuellen wie kollektiven) „Emanzipation" von allen äußeren oder inneren „Zwängen"? Ist sie nur die immer noch nicht ausreichend geplante Größe unserer Lebensplanung, ein reines Problem für die Optimierung unser selbst, der unkalkulierte Posten in unserer Daseinsrechnung? Oder lässt sich mit dieser elementaren und grundlegenden Unverfügbarkeit auch etwas „anfangen"? Ist sie (nur) das, was wir innerlich ablehnen, das wir neurotisch fliehen und gegen das wir in einem verzweifelten Protest anrennen (müssen), oder auch etwas, das uns vielleicht bereichert? Ist sie nur Aufgabe oder auch „Gabe"? Ich möchte abschließend diese sehr grundsätzliche Frage aus drei – im Letzten wohl zusammenhängenden – Richtungen behandeln.

3. Über die Annahme der Unverfügbarkeit

Unverfügbarkeit und Vertrauen

Unverfügbarkeit ist zunächst einmal das Resultat, das Los menschlicher, endlicher Freiheit überhaupt. Indem wir sie gebrauchen, verbrauchen wir sie. Was wir tun, versinkt als irreversible Tat in Vergangenheit, was wir unterlassen, ist unwiederbringlich vertan, verpasst, versäumt. Wer das Vergangene nicht ein-

Cranier, um auf der Grundlage neuster wissenschaftlicher Erkenntnisse der Schädelkunde die Erziehung ihrer Söhne zu optimieren. Ihr Gatte ist von dieser Idee zwar wenig begeistert, doch Madame Crépin setzt sich im Interesse der Kinder durch und so wird Monsieur Cranier in das Haus der Crépins einbestellt. Der Reihe nach nehmen die Söhne auf einem Stuhl Platz, wo deren Schädel von Monsieur Cranier – zu Deutsch „Hirnkenner"– nach Erhebungen, Buckeln und Vertiefungen fachkundig abgetastet werden. Am Ende der Konsultation gibt es auch tatsächlich die erhofften pädagogischen Empfehlungen. Diese lösen jedoch eine Reihe ganz und gar unverhoffter Folgen aus: Sohn Samuel, dem ein ausgeprägtes Sprachorgan attestiert wird, bricht darüber in Tränen aus, weil er Latein verabscheut; Sohn Nikolaus besitzt den Buckel des Universal-Genies, woraufhin dieser glaubt, nichts mehr lernen zu müssen; Gustav, bei dem das Organ des boshaften Taugenichts besonders entwickelt ist, zerstört daraufhin allerlei Gegenstände, und auch den anderen Söhnen ergeht es nicht besser.

fach als das Verweste empfindet, wer sein Geschwätz von gestern nicht als das für ihn selbst wie für andere Unverbindliche abtut, bekommt ein Bewusstsein davon, dass wir immer mehr unsere „Herkunft" als unsere „Zukunft" sind, dass wir – je älter je mehr – nur das *sind*, was wir *waren*. Jeder, der etwa die Erfahrung von Schuld wirklich in ihrer ganzen Wucht vor sich zu bringen vermag, spürt etwas von der geradezu „unheimlichen" Ewigkeit dessen, was wir getan haben.

Unverfügbarkeit liegt aber nicht nur hinter, sondern gewissermaßen auch *vor* uns: Wir können überhaupt nicht voraussetzungslos handeln. Wir sind immer schon involviert in einen Gesamtzusammenhang, beginnen nie bei null, handeln immer schon unter gegebenen, von uns weder verantworteten noch auch nur überschaubaren Bedingungen. Wollen wir uns engagieren, müssen wir diesen Rahmen akzeptieren. Vor allem aber müssen wir uns und unser Tun in eine Zukunft loslassen, die wir nicht und nie kennen können: Was aus unserer Handlung wird, welche Kreise sie zieht und welche Konsequenzen sie „zeitigt" – alles das haben wir nicht in der Hand. „Indem wir tun, lassen wir" (NIETZSCHE[10]). Wer nicht fanatisch alles in den Griff kriegen oder fatalistisch gegenüber allem resignieren will, der muss sich in ein positives Verhältnis zu dem setzen, was er nicht ändern kann: er muss die Komplexität der Wirklichkeit für sich „reduzieren", muss ihr also in einem ganz allgemeinen Sinne *vertrauen*.[11] Indem die PND in einer ganz einmaligen Weise hervortreten lässt, dass und wie Unverfügbarkeit schon an der Basis unseres Lebens wirksam ist, stellt sie uns – bewusst oder unbewusst, reflektiert oder unreflektiert – die Frage, ob wir dieses grundsätzliche Vertrauen zur Wirklichkeit haben oder eben nicht.

Unverfügbarkeit und Freiheit

Annahme, Bejahung von Unverfügbarkeit aber ist nicht nur eine Bedingung unseres Lebens und Handelns, ist nicht nur eine Haltung gegenüber der Wirklichkeit insgesamt, sondern auch (zweitens) eine zentrale „Kompetenz" im Umgang miteinander. Denn unverfügbar ist in erster Linie gar nicht „etwas", sondern „jemand": der andere Mensch und zwar in seiner Freiheit. Sie, Freiheit, ist das, was den anderen Menschen unserem Zugriff entzieht, was ihn

[10] F. NIETZSCHE: Die fröhliche Wissenschaft Aph. 304.

[11] Vgl. zu diesem Aspekt R. SPAEMANN: Moralische Grundbegriffe ([5]1994), S. 98ff.; ich selbst habe diesen Gedanken etwas weiter ausgebaut in: Kleines Fragment über das Vertrauen. In: Th. M. SCHMIDT/S. WIEDENHOFER (Hg.): Religiöse Erfahrung (2010), S. 161–177.

„unantastbar" und letztlich auch zu einem Geheimnis werden lässt, zu einem Geheimnis, dessen Unergründlichkeit in dem Maße wächst, in dem wir ihm nahe kommen.

Unverfügbare Freiheit erfahren wir aber hier keineswegs nur als das Bedrohliche, sondern auch als etwas, woran wir ein elementares Interesse haben. Alle Liebe nämlich ist im Kern gar nichts anderes als das Wollen anderer Freiheit, als dieses vitale Interesse am Anderen gerade in seiner Unverfügbarkeit. Ist dieses Interesse nicht mehr da, degeneriert unsere Beziehung zum anderen Menschen unweigerlich, wird fade, droht schließlich pathologisch zu werden oder löst sich auf. Dieses immer wieder neu zu übende, zu lernende Wollen anderer Freiheit, die Freude an ihr, ihre Bejahung ist aber nicht nur die Basis unser affektiv-emotionalen Beziehungen, sondern hat auch eine politische Seite: Denn sie ist der eigentliche „Spirit" der Demokratie, deren „Witz". Demokratie ist ja gerade das wechselseitige Anerkennen gleicher Freiheit, ist jene Form von Gemeinschaft, in der wir *als Individuen* gerade *nicht* untergehen müssen.[12] Wer also die Unverfügbarkeit aus seinem Leben streichen will, verneint eine zentrale Bedingung unseres – privaten wie politischen – Zusammenlebens.

Unverfügbarkeit und Glück

Annahme, Bejahung von Unverfügbarkeit ist jedoch (erstens) nicht nur eine Bedingung unseres Lebens und Handelns, ist nicht nur (zweitens) Grundlage einer Beziehung, in der Vergemeinschaftung nicht durch Selbstaufgabe bezahlt wird, sie ist schließlich, und *drittens*, auch ein Baustein für unsere *Fähigkeit zum Glück.*[13] Denn Glück ist nicht nur eine innere Haltung und Seelenverfassung (*beatitudo*), sondern immer auch etwas, was uns „zufällt" (*fortuna*), Gabe, Geschenk, etwas Unerzwingbares und darum auch Unvorhersehbares. Das gilt selbst für jenes „Glücken", das wir brauchen, damit uns etwas gelingt: Denn alles Wirken vollendet sich im Werk, d.h. in etwas, was uns gegenüber eine eigene Selbstständigkeit besitzt und Bestand gewinnt. Wer an seinem Werk endlos weiterfeilt, der kann nie die Erfahrung des Gelingens machen. Was für das schlichte Werk gilt, trifft auch auf anderen Ebenen unseres Daseins zu: Nur wer loslässt, hat die Chance (nicht die Garantie), dass ihm etwas begegnet, was ihn als Geschenk wirklich beglückt.

[12] Das hat jetzt noch einmal auf eine sehr ansprechende Weise Chr. Möllers gezeigt: Demokratie – Zumutungen und Versprechen (2008).

[13] Vgl. dazu die gleichnamige Meditation von R. Schaeffler (1977). In eine ähnliche Richtung geht die von M. Sandel angedeutete „Ethik der Gabe" (Plädoyer gegen die Perfektion, 2008).

4. Von der Tugend der Dankbarkeit

Die Annahme der Unverfügbarkeit ist augenscheinlich eine echte Kunst, besser: eine Haltung, eine *Tugend*. Denn sie bezieht sich auf nichts Partikuläres, auf nichts, was in unserem Leben punktuell vorkommt, sondern diesem (und zwar ganz wörtlich) von Anfang an mitgegeben ist. Sosehr wir Schwierigkeiten haben, ja vielleicht sogar innerlich protestieren gegen das Unverfügbare unserer Existenz und in unserer Existenz, sosehr scheint uns daher auch jeder „Sinn" für die besondere Tugend seiner bewussten Annahme zu fehlen. Gemeint ist die Dankbarkeit.[14]

Dankbarkeit ist nicht dasselbe wie Dank. Dieser bezieht sich in aller Regel auf eine konkrete Wohltat und bringt – ganz im Sinne dessen, was man heute „soziale Reziprozität" nennt – die (sittliche) Verpflichtung zum Ausdruck, das Empfangene in irgendeiner Form zu erwidern, zu vergelten. Dankbarkeit kann sich von dieser Beziehung auf ein kategorial Einzelnes lösen, kann sich ins Grenzenlose erweitern und gewissermaßen zur „gegenstandslosen Dankbarkeit" werden (O. F. Bollnow): In ihr anerkennen wir die fundamentale (wenn man so will: transzendentale) Gutheit des anderen Menschen – jenseits der Frage, wie viel dieses Leben schon oder womöglich nicht mehr wert ist. Von solcher Dankbarkeit gilt, was Augustinus von der Liebe gesagt hat: *Ubi amor, ibi oculus*. Denn wie Liebe, so *öffnet* auch die Dankbarkeit unsere Augen, lässt uns im anderen Menschen mehr und anderes sehen als nur den Dienstleister für unsere Glücksansprüche. Sie offenbart den anderen als Geschenk, das wir Menschen uns nicht gegenseitig *machen*, sondern das wir für einander *sind*. Wer dieser Haltung, dieser Tugend etwas abgewinnen kann, der wird sich „augenscheinlich" schwertun, im Kind jemals einen „Schaden" oder im behinderten Kind nur die Beeinträchtigung, besser: die Behinderung seiner persönlichen Selbstentfaltung oder seiner individuellen Lebensplanungen zu sehen.

Zusammenfassung

Trappe, Tobias: **Über die Annahme der Unverfügbarkeit.** ETHICA 19 (2011) 3, 241–254

Der Beitrag sucht hinter den Phänomenen von Schwangerschaft und Geburt, so wie

Summary

Trappe, Tobias: **On the acceptance of non-disposability.** ETHICA 19 (2011) 3, 241–254

In this article it is tried to raise the general question of the role of non-disposability

[14] Einer der wenigen, die sich zu dieser Haltung geäußert haben, ist O. F. Bollnow: Über die Dankbarkeit. *Die Sammlung* 9 (1954), 169–177.

sie durch die pränatale Diagnostik (PND) (auch) sichtbar werden, die übergreifende Frage nach der Rolle des Unverfügbaren in unserem Leben aufzuwerfen. (1) Gegen die geläufige Diskussion der PND unter der Perspektive ethischer Orientierung sprechen einige Vorbehalte, die gleichzeitig die Chance bieten, die PND als Beitrag zu einem besseren Selbstverständnis des Menschen zu würdigen. (2) Denn in der PND wird sich der Mensch leibhaftig gewahr als das Wesen, über das immer schon verfügt, entschieden, bestimmt worden ist und zwar nicht punktuell, sondern im „Kern". Weil dieses von der PND gezeichnete „Bild" des Menschen kein Urteil über, sondern immer nur eine Anfrage an ihn sein kann, macht der Beitrag in einem weiteren Schritt (3) auf drei Aspekte aufmerksam, durch die Unverfügbarkeit von uns nicht nur als Bedrohung, sondern auch als Geschenk erfahren wird: Ihre Annahme ermöglicht Handeln unter den Bedingungen endlicher Freiheit („Vertrauen"), ist ein wesentlicher Bestandteil gelingenden Zusammenlebens („Freiheit") und eine elementare Voraussetzung für unsere Fähigkeit zum „Glück". Unverfügbarkeit anzunehmen, anstatt sie abzulehnen, aber heißt – das wird abschließend (4) noch angedeutet – der „Tugend" der Dankbarkeit einen neuen Stellenwert für das Gelingen unseres Lebens zu geben.

Dankbarkeit
Ethik
(endliche) Freiheit
Glück
Menschenbild
Pränataldiagnostik
Vertrauen

in our life behind the phenomena of pregnancy and birth as they become apparent by prenatal diagnosis (PND). (1) There are some reservations from the perspective of ethical orientation speaking against the actual discussion of PND which, however, at the same time offer the chance of appreciating PND as a contribution to a better self-understanding of man, for (2) in PND man becomes aware of himself as the one being who has always been disposed of and determined – not in a selective way, but in the "core". Since this "picture" designed by PND is not to be considered a judgement on man but may just signify a question to him, the author – in a further step (3) – points to three aspects by which non-disposability is not just experienced as a threat but also as a gift. Its acceptance allows action under the condition of finite liberty ("confidence"), it forms an integral part of a successful coexistence ("liberty") as well as a strong precondition for our being able to achieve "happyness". However, as indicated in conclusion (4), accepting non-disposability instead of rejecting it means to attach a new kind of importance to the "virtue" of gratitude so as to make life succeed.

Confidence
ethics
(finite) liberty
gratitude
happiness
image of man
prenatal diagnosis

Literatur

Beck-Gernsheim, E.: Was kommt nach der Familie? München: Beck, ³2000.

Becker, N.: Von der Schädelkunde zu den modernen Neurowissenschaften. In: Jahrbuch für historische Bildungsforschung. Hg. Sektion Historische Bildungsforschung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft, 2004, S. 134–160.

BOLLNOW, O. FR.: Über die Dankbarkeit. *Die Sammlung* 9 (1954), 169–177.
JONAS, H.: Das Prinzip Verantwortung. Frankfurt: Insel-Verlag, 1979.
MÖLLERS, CHR.: Demokratie – Zumutungen und Versprechen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 2008.
PROCTOR, R./L. SCHIEBINGER (Hg.): Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance. Stanford: Stanford University Press, 2008.
SANDEL, M.: Plädoyer gegen die Perfektion. Berlin: Berlin University Press, 2008.
SCHAEFFLER, R.: Fähigkeit zum Glück. Zürich/Einsiedeln/Köln: Benziger, 1977.
SCHELLING, F. W. J.: Über die Freiheit (1809), SW VII, S. 359f.
SCHLÖSSER, R./A. REITER: Ethische Aspekte der Perinatal-Diagnostik. In: Perinatalmedizin in Fällen. Stuttgart/New York: Thieme, 2008, S. 261ff.
SPAEMANN, R.: Moralische Grundbegriffe. München: Beck, [5]1994.
TÖPFFER, R.: Die Geschichte des Herrn Crépin. In: K. Riha (Hg.): Rodolphe Töpffer. Komische Bilderromane. Bd. 1. Frankfurt a. M.: Insel-Verlag, 1975, S. 7–94.
TRAPPE, T.: Kleines Fragment über das Vertrauen. In: Th. M. Schmidt/S. Wiedenhofer (Hg.): Religiöse Erfahrung. München: Alber, 2010, S. 161–177.

Prof. Dr. Tobias Trappe, Fachhochschule f. öff. Verwaltung NRW,
Thürmchenswall 48–54, D-50668 Köln
tobias.trappe@fhoev.nrw.de

ETHICA 19 (2011) 3, 255–260

DISKUSSIONSFORUM

UTA BITTNER – OLIVER MÜLLER

DAS SCHAFFEN VON FERTILITÄTSRESERVEN BEI GESUNDEN ALS HERAUSFORDERUNG FÜR DAS ÄRZTLICHE SELBSTVERSTÄNDNIS

Einleitung

Die moderne Medizin erlebt durch den enormen Zuwachs an verfeinerten, leistungsfähigeren technischen Verfahren eine Dynamik, die zu immer neuen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten führt. Das heute zur Verfügung stehende Wissen über den Menschen ist in keinster Weise mehr vergleichbar mit dem Wissensstand zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Dieses Wissen und die damit zusammenhängenden Techniken können Teil eines medizinischen Dienstleistungsangebots werden, das sich nicht mehr allein nur auf Schwerstkranke und Kranke konzentriert, sondern sich zunehmend auch an Gesunde richtet. Wie sich dadurch das Selbstverständnis des Arztes womöglich ändert, wird im Folgenden anhand der reproduktionsmedizinischen Technik der Schaffung von Keimzellreserven diskutiert. Denn bei diesem Verfahren tritt der potentielle Wandel des ärztlichen Selbstverständnisses besonders signifikant hervor, da hier verstärkt auf die Erfüllung der Wünsche von *gesunden Menschen* hingewirkt wird.

Die Reproduktionsmedizin im Wandel

Die moderne Reproduktionsmedizin verfolgt zwei Ziele: zum einen will sie Paaren oder Einzelpersonen helfen, deren Kinderwunsch zu erfüllen („to give children to those who can't have them"[1]) und dient damit dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Fertilität. Zum anderen zählt sie es aber auch zu ihren Aufgaben, bei Nicht-Vorliegen eines Kinderwunsches den Betroffenen zu helfen, das Einnisten einer befruchteten Eizelle bzw. das Austragen eines Kindes zu verhindern („to remove children from those who don't want them"[2]). Die WHO fasst die reproduktionsmedizinischen Techniken und Verfahren wie folgt zusammen: „Assisted reproductive technologies (ARTs) include in vitro fertilization (IVF) and embryo transfer (ET), intracytoplasmic sperm injection (ICSI), ovarian stimulation with exogenous gonadotropins, surgical laparoscopy, and surrogate motherhood."[3] Ergänzend heißt es: „Such procedures are often invasive and not without risk."[4] Diese Techniken sind staatenvariant gesetzlich geregelt. So sind Leihmutterschaft und Eizellspende in Deutschland verboten; Samenspende und das Anlegen und Nutzen eigener Eizellreserven hingegen erlaubt.

Die erste erfolgreiche Auslagerung des Befruchtungsvorgangs in die extrakorporale Petrischale im Jahre 1978 war gemeinsam mit der in den 1960er Jahren beginnenden, flächendeckenden Einführung oraler Ovulationshemmer („Anti-

Baby-Pille") gleichzeitig der Beginn einer Forcierung der Modularisierung des Fortpflanzungsprozesses: die einzelnen Phasen der Fortpflanzung wie etwa Sexualität, Auswahl der Keimzellen, Zeitpunkt der Konzeption, Zeitpunkt der Gravidität oder auch Art und Weise der Geburt sind voneinander mehr oder weniger abkoppelbar – und damit gleichzeitig steuer-, mess- und hinsichtlich ihrer Qualität überprüfbar geworden.[5]

Keimzellen werden durch diese Modularität zu einem frei disponierbaren Gut: Die Techniken der Vitrifikation und Kryokonservierung machen es möglich, Samenzellen sowie fertilisierte als auch unfertilisierte Oozyten viele Jahre schadensfrei aufzubewahren (sog. ‚egg freezing').[6] Damit wird der Fortpflanzungsprozess vom Alterungsprozess abgekoppelt, denn die Alterung der Keimzellen kann so gestoppt werden. Diese Entwicklungen ebnen den Weg für neue medizinische Angebote, die zunehmend von jungen, gesunden Männern und Frauen genutzt werden. Wer heute beispielsweise die Strapazen einer Schwangerschaft scheut, kann in verschiedenen Ländern eine Leihmutter beauftragen, und wer sich in jungen Jahren unsicher ist über die eigene Familienplanung in ferner Zukunft, sich aber die Chance auf ein genetisch eigenes Kind nicht nehmen lassen will, kann Keimzellen entnehmen und kryokonservieren lassen.[7] Eine eindeutige Trennung zwischen auf Prävention ausgerichtetem medizinischen Handeln und dem Offerieren individueller Dienstleistung wird hier zunehmend schwieriger. Der medizinische Direktor der weltgrößten Samenbank *California Cryobank*, Cappy Rothman, plädiert etwa in der TV-Dokumentation *Frozen Angels* (von Frauke Sandig und Eric Black, D/USA 2005) dafür, dass Soldaten, bevor sie in den Kriegseinsatz ziehen, vorher eine Samenspende kryokonservieren lassen sollten, um bei etwaigen Verletzungen noch eine Chance auf eigene Kinder zu wahren. Selbst im Todesfall sollen dann, so Rothman, noch post mortem vom Samenspender Kinder gezeugt werden können. Die Frage ist dann, ob ein solches Vorgehen noch medizinisch-indizierten Präventionsmaßnahmen zuzurechnen ist.

Damit deutet sich bereits an, dass sich der Fokus ärztlichen Handelns in einzelnen Bereichen der Reproduktionsmedizin von der Linderung von Leid zu einer Optimierung von eigentlich als gesund bewerteten Zuständen verschiebt. Die hochprofessionellen Werbeaktionen von Fertilitätszentren beispielsweise in den USA, wie jene des Unternehmens *Extend Fertility Inc.*, das mit dem einprägsamen Slogan „Fertility. Freedom. Finally" gerade junge, gesunde Frauen als „clients" animieren will, eine Fertilitätsreserve anzulegen, zeigen die Tendenz an: Immer mehr reproduktionsmedizinische Verfahren werden Gesunden als eine Art ‚Lifestyle-Medizin' angeboten.[8] In vieler Hinsicht scheinen sich hier Transformationen von einer kurativen zu einer „wunscherfüllenden Medizin" abzuzeichnen. Dies kann von weitreichender Bedeutung sein, denn ein leitendes Paradigma der Wunscherfüllung wiederum hat Konsequenzen für das ärztliche Selbstverständnis.

„Wunscherfüllende Medizin" als Herausforderung für das ärztliche Selbstverständnis?

Eine wunscherfüllende Medizin in Reinkultur dient nicht mehr primär der

Heilung von Krankheitszuständen, sondern offeriert Verfahren und Techniken zur (Über-)Steigerung von physischen und psychischen Körperfunktionen und -fähigkeiten (sog. *Enhancement*). Im Bereich der Reproduktionsmedizin können etwa postmenopausale Schwangerschaften als Zeichen einer solchen Enhancement-Maßnahme interpretiert werden. Ein erstes Merkmal der wunscherfüllenden Medizin ist daher die *Lösung vom Therapiebegriff*. Trotz der notorischen Schwierigkeiten, begrifflich klar zwischen Therapie und Enhancement zu unterscheiden, kann man sagen, die wunscherfüllende Medizin zeichne sich dadurch aus, in ihrer Zielsetzung nicht mehr (nur) die Therapie, sondern vor allem die individuelle Wunscherfüllung aufgenommen zu haben. Dadurch ist nicht mehr der kranke, leidende Mensch das leitende Bild ihrer Praxis, sondern der aus einem medizinischen Angebot nach individuellen Präferenzen wählende Kunde.[9] Dies wird technisch durch die Modularisierung des Fortpflanzungsprozesses unterstützt, denn damit wird eine Fragmentierung des medizinischen Leistungsspektrums möglich, die „holistische" Aspekte einer Behandlung möglicherweise marginalisiert.

Der *Wandel vom Patienten zum Kunden* ist auch Indiz für ein weiteres Merkmal der wunscherfüllenden Medizin, nämlich die *Kommerzialisierung*.[10] Ein Effekt davon ist, dass oftmals nur finanziell gut gestellte Personen die (reproduktionsmedizinischen) Angebote bezahlen können, da die einzelnen Maßnahmen hohe Kosten bergen. So sind in den USA etwa für eine Eizellspende ca. 2.500 US-Dollar zu bezahlen. Der Preis kann aber sogar, je nach „Qualität" der Spenderin, bis zu 150.000 US-Dollar betragen.[11] Für die ebenfalls in den USA und auch anderen Ländern erlaubte ‚Dienstleistung' der Leihmutterschaft werden 15.000 bis 20.000 US-Dollar in Rechnung gestellt. Diese Kommerzialisierungstendenz hat Konsequenzen für das ärztliche Handeln, denn unter einem wunscherfüllenden Handlungsparadigma leistet der Arzt womöglich keine gesundheitliche Hilfe im altruistischen Sinne mehr, sondern handelt „marktgemäß zum vorrangigen Zweck der Einkommenserzielung"[12].

Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass als ein weiteres Merkmal der wunscherfüllenden Medizin die *fundamentale Änderung des Menschenbildes* beschrieben werden kann.[13] Die anthropologische Grundkategorie ist nicht mehr der durch Krankheit bedürftige Mensch. Der wunscherfüllenden Medizin liegen vielmehr Menschenbilder zugrunde, die sich am Ideal von Effizienz und Kontrolle orientieren: Mit Mitteln der Medizin sollen Unzulänglichkeiten des Einzelnen beseitigt werden, so dass der Leistungswillige in keinster Weise Beeinträchtigungen hinnehmen muss. Derlei Vorstellungen stehen im Mittelpunkt eines von einer wunscherfüllenden Medizin geprägten Menschenbildes.

Wegen dieser Verschiebung des ärztlichen Selbstverständnisses vom Heiler und Helfer zum ‚Kundenbetreuer' wird gleichzeitig der Seriositätsstatus des ärztlichen Handelns auf einen nichtärztlichen Handlungskontext übertragen. Zwar wende der wunscherfüllende Arzt, wie W. H. Eberbach schreibt, seine „für den Arztberuf erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und seine erlernte Technik"[14] an. Doch tut er dies nicht mehr in einem eindeutigen Heilungskontext und damit möglicherweise auch nicht mehr mit Rückbindung an traditionelle ärztliche

Tugenden, wie sie etwa E. D. PELLEGRINO artikulierte, wonach Wohlwollen, Selbstlosigkeit, intellektuelle Redlichkeit, Empathie, Mut und Demut zur Grundausstattung des ärztlichen Ethos gehören .[15] Selbstverständlich ist nicht nur in der Reproduktionsmedizin eine Transformationstendenz hin zu einer wunscherfüllenden Medizin zu beobachten. Auch andere medizinische Bereiche wie etwa die kosmetische (ästhetische) Schönheitschirurgie, die Anti-Aging-Medizin oder auch die Sportmedizin (Doping) weisen (partielle) Entwicklungen hin zu einer Präferenzorientierung auf.[16]

Konsequenzen für den Praxisalltag

Mit der Etablierung wunscherfüllender Strukturen in der (Reproduktions-)Medizin kann auch verstärkt ein Statuswechsel des Patienten einhergehen: So wandelt sich der kranke, behandlungsbedürftige Patient zum selbstbestimmten, sich an seinen Wünschen orientierenden Kunden und Auftraggeber. Sein traditionell den Arztbesuch motivierendes Bedürfnis nach Leidlinderung und (Wieder-)Herstellung von Gesundheit ist nicht mehr allein handlungsleitend. So werden Menschen in Zukunft womöglich deshalb verstärkt Ärzte aufsuchen, weil sie Hilfe bei der Bewältigung ihres Lebens *insgesamt* bzw. zur bestmöglichen Erreichung ihrer (Lebens- und Leistungs-)Ziele suchen: Frauen, die die Option einer Familiengründung mit genetisch eigenen Kindern auch in ihren weniger fruchtbaren Jahren oder gar in ihrer Postmenopause aufrechterhalten wollen, könnten auf das ‚egg freezing' als Lebensführungsoption zurückgreifen, indem sie die ärztliche Dienstleistung als Art ‚Garantieschein' für das Bekommen eigener Kinder erwerben.[17] Es sei angemerkt, dass damit nicht gesagt werden soll, dass derartige Handhabungen nicht auch ethisch gerechtfertigt sein können. Aber das Augenmerk ist vielmehr auf einen anderen Zusammenhang zu richten: die vormals monolithische Bedürfnisstruktur der Patienten diffundiert. Es geht den Arztbesuchern nicht mehr allein um die Genesung und die Befreiung von Schmerz und Leid, sondern sie suchen nach Lösungen, um ihre Präferenzen und Wünsche mit Hilfe medizintechnischer Angebote umsetzen zu können. Diese Tendenz findet sich auch unter dem Stichwort der Medikalisierung bzw. Technisierung der Lebensführung.[18] In der Praxis stellt sich für Reproduktionsmediziner die Frage nach dem adäquaten Umgang mit Situationen, in denen gesunde Patienten (Frauen, Männer, Paare) zu ihnen kommen und eine Fertilitätsreserve als Absicherung für die Zukunft anlegen wollen. Auch wenn sich die deutschen Reproduktionsmediziner für ein maximales Alter von 55 Jahren als Limit für den Embryo-Transfer ausgesprochen haben,[19] so ist doch zu fragen, ob sie nicht in ein Dilemma geraten, wenn eine Frau, die mit 30 Jahren (als ihre Patientin) ihre eigenen, unbefruchteten Eizellen hat kryokonservieren lassen, mit 56 oder 57 Jahren nun wieder in die Praxis kommt und eine Befruchtung der Eizelle mit dem Sperma ihres (möglicherweise neuen) Lebenspartners wünscht, mit anschließenden Embryo-Transfer.[20] Denn nach welchen Maßstäben sollte sich der Arzt an die Festlegung auf eine Jahreszahl binden, wenn das Selbstverständnis des Arztes sich schon bereits unter den Vorzeichen einer „wunscherfüllenden Medizin" gewandelt hat? Der Arzt, der seinen Beruf primär als „Kundendienst"[21] und nicht mehr als „Dienst am Menschen"[22]

begreift, wird womöglich nach anderen ethischen Grundsätzen und Tugenden handeln als ein Kollege mit einem anderen ärztlichen Selbstverständnis. Die Bedingungen, unter denen sich ein derartiger Umbruch vollziehen könnte, sollten von der Medizinethik intensiv diskutiert werden. Auch wenn Leihmutterschaft und Eizellspende in Deutschland verboten sind, heißt das keineswegs, dass nicht über das rechtlich erlaubte Anlegen eigener Keimzellreserven brisante ethische Entscheidungssituationen der geschilderten Art für den Arzt und seine Patienten entstehen können.

Wenn immer mehr Bereiche der Medizin einen wunscherfüllenden Charakter erhalten und sich das ärztliche Handeln dadurch womöglich immer weiter von der originären Heilungssituation wegbewegt, dann bedarf es offenbar nicht nur einer Re-Definition des ärztlichen Selbstverständnisses, sondern auch einer Differenzierung von einerseits ‚ärztlichem Handeln' in einem umfassenden Sinne und andererseits fachlich kompetentem Anbieten von medizinischen Dienstleistungen, das gegebenfalls in anderer Weise rechtlich zu regeln wäre. Derartige Entwicklungen werden in gravierendem Ausmaß Rückwirkungen auf die ärztliche Tätigkeit im Praxis- und Klinikbereich haben. Eine der Fragen, die mit diesem Wandel zusammenhängen, lautet daher: Welche Tugenden erwarten wir in Zukunft von unseren Ärzten – und unter welchen Bedingungen innerhalb einer spezialisierten und unter Kostendruck stehenden Medizin lassen sich diese bestmöglich sicherstellen?

Fazit

Drei Problemkreise der vorangegangenen Überlegungen sind festzuhalten:

1. Der sich andeutende und in einigen Ländern bereits vollziehende Wandel in Teilen der Reproduktionsmedizin ist ein Exempel für den Trend, dass sich einzelne medizinische Bereiche zu einer „wunscherfüllenden Medizin" transformieren.
2. Das Selbstverständnis des Arztes wird durch diese partielle Neuausrichtung der Medizin zu einer wunscherfüllenden Disziplin herausgefordert. Dabei ist zu prüfen, ob mit der Etablierung von Strukturen einer präferenzorientierten Medizin sich nicht auch das Ethos des Arztes, welches sein Handeln leitet, fundamental ändern wird.
3. Für den Patienten stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien er eigentlich noch feststellen kann, ob er einem wunscherfüllenden Dienstleister oder einem Arzt im traditionellen Sinne gegenübersitzt. Nicht nur Risikoabwägungen und die Aufklärung des Patienten im Sinne des ‚informed consent' sollten Gegenstand des medizinethischen Diskurses zum Schaffen von Fertilitätsreserven sein. Aufgabe der Medizinethik ist es auch, die potentiellen Probleme eines möglichen Verschwindens von etablierten Orientierungspunkten zu reflektieren.

[1] Solter, D.: Making babies: The next 30 Years. *Nature* 454 (2008) 7202, 260.

[2] Ebd.

[3] WHO Internetseite: http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html (Zugriff: 4.03.2010). Assistierte Reproduktionstechniken (ART) beinhalten die In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer, intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation der Ovarien, laparoskopische Eingriffe sowie Leihmutterschaft.

[4] WHO Internetseite: http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html (Zugriff: 04.03.2010). Bei diesen Verfahren handelt es sich häufig um invasive und risikobehaftete Eingriffe.

[5] Vgl. Woopen, C.: Fortpflanzung zwischen Na-

türlichkeit und Künstlichkeit. *Reproduktionsmedizin* (2003) 18, 233–240.

[6] Vgl. von Wolff, M./M. Ludwig: Neue reproduktionsmedizinische Techniken. *Der Gynäkologe* (2008) 9, 701–713.

[7] http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/0,1518,703502,00.html (Zugriff: Dez. 2010).

[8] Vgl. Savulescu, J./I. Goold: Freezing Eggs for Lifestyle Reasons. *American Journal of Bioethics* 8 (2008) 6, 47–58.

[9] Vgl. Maio, G.: Die Reproduktionsmedizin zwischen Heilkunst und wunscherfüllender Dienstleistung. *Geburtsh Frauenheilk* (2010) 70, 24–29.

[10] Vgl. Eberbach, W. H.: Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte wunscherfüllender Medizin. In: N. Knoepffler/J. Savulescu (Hg.): Der neue Mensch? Enhancement und Genetik. Freiburg: Alber, 2009, S. 213–250.

[11] Ebd.

[12] Ebd.

[13] Vgl. Kettner, M.: Wunscherfüllende Medizin. Die Beiträge im Kontext. In: Ders. (Hg.): Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Frankfurt: Campus, 2009, S. 9–22

[14] Eberbach, W. H.: Die Verbesserung des Menschen, S. 213–250.

[15] Vgl. Pellegrino, E. D.: Bekenntnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt. (Eine tugendorientierte Moralphilosophie des Berufs). In: H. Thomas (Hg.): Ärztliche Freiheit und Berufsethos. Köln: J. H. Röll, 2005, S. 17–58, 41f.

[16] Vgl. Maio, G.: Die Präferenzorientierung der modernen Medizin als ethisches Problem. Ein Aufriss am Beispiel der Anti-Aging-Medizin. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* (2006), 339–354.

[17] Vgl. Harwood, K.: Egg Freezing. A Breakthrough for Reproductive Autonomy? *Bioethics* 23 (2009) 1, 39–46, 39.

[18] Vgl. Bittner, U./O. Müller: Technisierung der Lebensführung. Zur ethischen Legitimität des Einfrierens von Eizellen bei gesunden Frauen als Instrument der Familienplanung. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2009, S. 23–45.

[19] Vgl. Bittner, U.: Großmütter nicht zu Müttern machen. Frankfurter Allgemeine Zeitung 17.11.2008, Nr. 269, S. 9.

[20] Vgl. Bittner, U./O. Müller: Technisierung der Lebensführung, S. 23–45.

[21] Vgl. Maio, G.: Dienst am Menschen oder Kunden-Dienst? Ethische Grundreflexionen zur sich wandelnden ärztlichen Identität. In: C. Katzenmeier/K. Bergdolt (Hg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin: Springer, 2009, S. 21–36.

[22] Ebd.

Uta Bittner, Ulm/Oliver Müller, Freiburg

ETHICA 19 (2011) 3, 261–268

AUS WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

ERNST LUTHER

ALBERT SCHWEITZER*
Ethik und Politik

(Rezension von Prof. Dr. Siegfried Scharrer, Nürnberg)

Im Chor der jüngsten Veröffentlichungen zu Albert Schweitzer nimmt dieses Buch des renommierten Hallenser Philosophen und Medizinethikers Prof. Dr. Ernst Luther eine Sonderstellung ein: Der Autor schildert nicht nur Schweitzers Auffassungen und deren Entwicklung im zeitgeschichtlichen Kontext. Er verknüpft damit die Diskussion aktueller Fragen aus Gesellschaftspolitik und Medizinethik. Dies geschieht zudem in Aufnahme von und Auseinandersetzung mit zahlreichen aktuellen Positionen. So entsteht ein intensiver aussagekräftiger Dialog.

Dabei geht der Autor sensibel und fair mit Schweitzer um, kritisiert ihn an vielen Stellen, fragt aber zugleich nach den zeitgeschichtlichen Bedingungen und dem Kontext, aus dem heraus bestimmte Haltungen oder Äußerungen nachzuvollziehen sind. Er schält aus diesem Rahmen die ethische Position Schweitzers heraus, die er präzisiert und aus der gewohnten Selbstverständlichkeit herausholt. Er entfaltet deren oft nicht erkannte Implikationen für die Ethik und Gesellschaftspolitik. Das Buch ist spannend zu lesen.

Zum Aufbau des Werkes

Nach dem Inhaltsverzeichnis und einem kurzen Vorwort teilt Ernst Luther seine Überlegungen in acht Kapitel ein:

1. Albert Schweitzer – der friedlichen Menschheit zugehörig (S. 9–43),
2. Das Bergwerk der Ethik (S. 44–80)
3. Das Menschenbild aus Schweitzers philosophischer und religiöser Sicht (S. 81–131)
4. Albert Schweitzer und Karl Marx (S. 132–163)
5. Albert Schweitzers Gedanken zu Kultur und Ethik in den Weltreligionen (S. 164–188)
6. Albert Schweitzer und die Ethik in der Medizin (S. 189–234)
7. Ethik und Völkerfrieden (S. 235–254)
8. Sozialethik gegen Kolonialpolitik und Rassenhass (S. 255–66).

Die einzelnen Kapitel sind mit zahlreichen thematischen Untergliederungen (ausgenommen Kap. 7 und 8) weiter differenziert. Ein Literaturverzeichnis (S. 267–270) rundet das Werk ab.

Einzelheiten

Im *ersten Kapitel* setzt Ernst Luther mit der Streitfrage ein, wo die ‚rechtmäßigen' Vertreter des Lebenswerkes von Albert Schweitzer waren oder zu finden sind, eher im ‚Westen' oder im ‚Osten': War

Schweitzer „das Vorbild für die absolute Neutralität in politischen und weltanschaulichen Fragen" oder hat er „diese durch falsche Einmischung in politische Debatten aufgegeben"? (S. 9) Und: „Wer wollte ihn gern für sich gewinnen und zu wem fühlte er sich hingezogen? Oder das Gegenteil: Wer versuchte sich von ihm abzugrenzen, wer lehnte ihn ab und wie reagierte er darauf?" (S. 9) Auf diese Fragen wird Luther in seinem Buch auch näher eingehen, aber in sehr sorgfältiger und sachlicher Weise. Er möchte sich mit Albert Schweitzer auf die Suche nach „Wahrheit und Gerechtigkeit" begeben (S. 10). Hilfreich für das Verstehen der folgenden Teile des Buches, schafft Luther zunächst eine biografische und zugleich sachliche Grundlage in diesem Kapitel:

Er schildert Schweitzers Kindheit und Jugend, seine Studienzeit in Straßburg, Paris und Berlin, seine Beziehung zu Helene Bresslau (Schweitzers späteren Frau), die vielseitige Belastung als Privatdozent, Vikar, Musiker und Medizinstudent, die Ausreise nach Lambarene, den Kriegsbeginn und das zeitweilige Arbeitsverbot, die Zeit der Internierung Schweitzers, schließlich Lambarene – für Schweitzer „‚für mehr als vierzig Jahre unser hauptsächliches Zuhause'" (S. 25) und seine Tätigkeit als ‚Urwaldschulmeister'. Luther geht auf die Zeit des Nazireichs ein unter dem Satz „Wer Deutschland liebt, kann nur noch trauern" – Helene Schweitzer-Bresslau, Tochter jüdischer Eltern, schrieb ihn an eine Freundin. Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg streift der Autor unter dem Titel des „Life Magazins", „‚Der größte Mann der Welt'" (S. 31). Zentral für die Konzeption des Buches sind dann die beiden letzten Teile des ersten Kapitels: das Engagement des Friedensnobelpreisträgers Albert Schweitzer und seine Warnung vor den Gefahren der atomaren Kriegsführung aus der Zeit des Kalten Krieges. Im Kontext der Zeitgeschichte führte dies für Schweitzer fast notwendigerweise auch (!) zu einem vertieften Kontakt zur DDR – obwohl „Schweitzer nur wenig von der DDR wusste, wurde er durch die Herausgabe seiner Schriften durch Rudolf Grabs DDR-Bürgern zugänglich" (S. 35).

Im *zweiten Kapitel* („Im ‚Bergwerk der Ethik'") schildert der Autor Schweitzers Entwicklung und intensives Ringen um seine Ethik. Luther stellt die Frage: „Kann die Ethik Albert Schweitzers uns eine Richtung weisen?" (S. 66). Er konfrontiert die Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben mit der Biologie (S. 73ff.) und führt dies zur aktuellen Auseinandersetzung um die „Vision von der Heilung durch Vernichtung embryonalen menschlichen Lebens" (S. 75). Er erörtert dabei den Streit um Stammzellenforschung, um reproduktives und therapeutisches Klonen. Dabei diskutiert er die aktuellen Kontroversen und stellt seine Position nüchtern und klar dar: „Die entscheidende Tatsache bei der Gewinnung von [embryonalen; S. Sch.] Stammzellen ist die notwendige Zerstörung des Embryos" (S. 76). In einem weiteren Exkurs entfaltet er den aktuellen Streit um Selbstbestimmung und Menschenwürde am Ende des Lebens (S. 77ff.).

Im *dritten Kapitel* schildert Ernst Luther Schweitzers Suche nach einem Menschenbild aus philosophischer und religiöser Sicht. Zunächst zeigt er Gemeinsames zwischen J. S. Bach und A. Schweitzer auf. Er gibt einen Einblick in die Übertragung säkularer Musikstücke in geistliche Werke. Dies ist für Luther zugleich auch ein Hinweis auf Schweit-

zers Anliegen, selbst nichtreligiöse Positionen in seine Überlegungen miteinzubauen, um eine gemeinsame Basis zur Veränderung der Welt zu schaffen. Sodann zeigt der Autor besonders die Bedeutung I. Kants für Schweitzer auf: „der Mensch als Zweck an sich selbst" (S. 93). Für Ernst Luther ist hier mit Schweitzer wichtig, dass die Menschenwürde kein Zuteilungsbegriff ist oder an die Leistungen von Menschen geknüpft wird – wie es in der gegenwärtigen Diskussion in vielen Positionen geschieht. Schweitzer kritisiert Kant allerdings auch, der den Menschen als Vernunftwesen von der Natur trennen würde. Der Autor weist hier auf die These von Marx hin, dessen Anliegen es gewesen sei, den Widerstreit des Menschen mit der Natur und zwischen Individuum und Gesellschaft aufzuheben. Hier wird allerdings von beiden nicht auf die wichtige Passage von Kant in *Kritik der Urteilskraft* gegen das mechanistische Denken eingegangen (Kant: „schlechterdings kann keine menschliche Vernunft ... die Erzeugung auch nur eines Gräschens aus bloß mechanischen Ursachen zu verstehen hoffen", Kritik der Urteilskraft §77). Dennoch ist es wichtig, die reine Vernunftbestimmung zu vermeiden, um angesichts der historischen und gegenwärtigen Unrechtserfahrungen nicht in der neuen Diskussion Menschen mit geistigen Behinderungen auszugrenzen. Der Autor entfaltet Schweitzers Kritik an der bisherigen Tradition. „‚Die Schwäche aller bisherigen Ethik, der religiösen wie der philosophischen liegt darin, dass sie sich in dem Einzelnen nicht in unmittelbarer und natürlicher Weise mit der Wirklichkeit auseinandersetzt. In vielem redet sie an den Tatsachen vorbei'" (S. 102). Der Autor geht ausführlich auf Goethes Erbe ein, besonders in Überlegungen zum *Faust*, wiederum in Aktualisierung, und führt auf das unausweichliche Problem der Schuld im Fortschritt der Wissenschaften hin. Der Autor erörtert schließlich, welches Menschenbild die Wissenschaft heute prägt. Er zitiert Schweitzers eindrucksvolle Sätze aus dem Jahre 1932: „‚Überhaupt, was ist das, was in dieser grausigen Zeit vor sich geht, anderes als eine gigantische Wiederholung des Faustdramas auf der Bühne der Welt? In tausenden Flammen brennt die Hütte von Philemon und Baucis! In tausendfacher Gewalttätigkeit und tausendfachem Morden treibt entmenschte Gesinnung ihr frevelhaftes Spiel! In tausend Fratzen grinst uns Mepistopheles an! In tausendfacher Weise hat sich die Menschheit dazu bringen lassen, das natürliche Verhältnis zur Wirklichkeit aufzugeben und ihr Heil in den Zauberformeln irgendwelcher Wirtschafts- und Sozialmagie zu suchen, die die Möglichkeit, aus dem wirtschaftlichen und sozialen Elend herauszukommen, nur immer in weitere Ferne rückt!'" (S. 111f.) Auch dies ist wiederum ein Hinweis nicht nur auf den wichtigen zeitgeschichtlichen Kontext; sondern vor allem auf die gesellschaftspolitische Verwobenheit von Schweitzers Ethikansatz. Der Autor vergleicht auch so unterschiedliche Denker wie Ernst Cassierer und Albert Schweitzer und schildert deren Begegnung. Er zitiert abschließend in diesem Kapitel die kaum bekannten Sätze Albert Schweitzers, mit denen er Rosa Luxemburg lobt und deren sensible Tierliebe. Ernst Luther kritisiert jedoch Schweitzers Unkenntnis ihrer anderen Positionen. Rosa Luxemburgs Kriegsfeindschaft hätte eine gemeinsame Basis geben können.

Gewiss eine Überraschung für die Schweitzer-Forschung ist das *vierte Ka-*

pitel über A. Schweitzer und Karl Marx. In drei Unterkapiteln vergleicht Luther „Lebensziele und Partnerschaft" (S. 135) beider, untersucht Kulturgeschichte, Wissenschaft und Fortschritt in ihren Auffassungen (missverständlich die Formulierung: „Schweitzer blieb in seinen Schriften innerhalb der religiösen Debatte um die Existenz [?; S. Sch.] Jesu"; S. 140). Luther weist auf die Gemeinsamkeiten der Auffassungen von Albert Schweitzer und Karl Marx hinsichtlich des Doppelgesichts des Fortschritts hin, zwischen ethischen Idealen und technischem Fortschritt. Die Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben muss als die „Triebkraft der Taten für den möglichen Fortschritt angesehen" werden (S. 143). Zentral ist die Auseinandersetzung mit Schweitzers vehementer Kritik an Marx. Der Autor bringt dazu eine differenzierte argumentative Widerlegung der offensichtlichen Missverständnisse von A. Schweitzer aufgrund dessen wohl mangelnder Kenntnisse der Texte von Karl Marx. Der Vorwurf Schweitzers, dass der Weg zum Kommunismus gleichsam naturgesetzlich vor sich ginge, trifft jedoch Marx selbst nicht. Ernst Luther: „Wenn in den letzten Jahrzehnten vom ‚gesetzmäßigen Sieg des Sozialismus' die Rede war, dann bestätigte sich das, was Schweitzer kritisierte, nur ist daran Marx weniger schuld als alle nachfolgenden Marxisten" (S. 158). Der Autor gibt Schweitzer zugleich Recht in der Kritik, dass – so Luther – „es im Fortschrittsbegriff von Marx keine Ethik gäbe", dies „ist sicher die treffendste und in der Debatte um den Marxismus bis in die Gegenwart aktuell gebliebene" Kritik (S. 158). Dies erörtert der Autor dann ausführlich. Angesichts dessen ist es nach Ernst Luther das Vermächtnis, das wir Schweitzer schuldig sind, den Inhalt von Freiheit und Verantwortung in den Mittelpunkt des Gesellschaftsentwurfes zu stellen. Dies fordert das Gewissen heraus, lässt nicht müde werden und sollte in die sittliche Tat münden.

Zentral für das Denken Schweitzers ist auch das folgende *fünfte Kapitel*: „Albert Schweitzers Gedanken zu Kultur und Ethik in den Weltreligionen" (S. 164). Ernst Luther geht gleichsam mit Schweitzer dessen Weg durch die Geschichte der Weltanschauungen. Von der kritischen Analyse der optimistischen-ethischen Weltanschauungen der chinesischen und des lebensverneinenden indischen Denkens über Schweitzers Denken zu Kultur und Ethik der jüdischen Religion, zum Entwicklungsprozess der christlichen Ethik, zu Bemerkungen zu Zarathustra und dem Islam und zu mittelalterlichen Positionen. Schweitzer beschäftigt das Problem „wie der Mensch sein Selbstbehauptungsrecht – von Tieren zu leben – mit der Forderung in Einklang bringt, die Geschöpfe als wesensverwandt anzusehen" (S. 168). Er weist sehr realistisch und überraschend auf die Grausamkeiten in der Natur hin, ferner dass man nicht mit allem in der Welt mitleiden kann und verzweifelt ist, über alles, was geschieht, ohne dass man helfen kann.

In diesem Kontext nimmt Schweitzer eine oft nicht beachtete Rangordnung vor, stellt eine Vorzugsordnung auf, weil der Mensch „‚es nicht vermeiden kann, anderes Leben zu schädigen und zu vernichten, und ... seine Existenz auf Kosten oder zum Nachteil anderer zu erhalten'" (S. 168). Wie kann dann aber im Sinne der universellen Liebe gehandelt werden? Die chinesische Ethik sucht keine Entscheidung in diesem Dilemma. Und die indische erhofft nichts für „‚die Gesamtheit'" (S. 170), sondern nur für

die Vollendung des Einzelnen. In der jüdischen Religion wird dagegen die konkrete Verantwortung für die Armen, Witwen und Waisen und für die Tiere betont. „Das jüdische Denken hat – wie Schweitzer zu Recht schreibt – zum Reichtum von Kultur und Ethik beigetragen" (S. 173). Allerdings ist hier im Unterschied zu Ernst Luther – man „erschrickt ... über die Wiedergabe der Rache, mit der gedroht wird" (S. 172), in Prophetenworten bei Amos – anzumerken, dass ‚Rache' eine zwar verbreitete, aber keineswegs sachgemäße Übersetzung ist. Es müsste vielmehr vom ‚Tat-Ergehen-Zusammenhang' (der „schicksalwirkende(n) Tatsfäre, die der Mensch sich selbst bereitet" (Klaus Koch) im Lichte moderner Erforschung des Alten Testaments gesprochen werden. Mit Recht kritisiert Luther aber in Aufnahme der Überlegungen des jüdischen Religionswissenschaftlers Pinchas Lapide, dass Albert Schweitzer sich in seiner Hochschätzung des Christentums von der jüdischen Religion absetzen möchte (vgl. S. 175). Dies führt dann auch zu einem Missverständnis (so der Rezensent) der Jesus-Tradition durch Albert Schweitzer, indem er Apokalyptik nicht von Eschatologie unterscheidet: „‚Mit dem Zusammenbruch der Erwartung des Weltendes und der Hoffnung auf ein in übernatürlicher Weise kommendes Reich Gottes'" verliert die Ethik Jesu „‚die Logik'" (S. 178). Dies ist eine fast platonische Missachtung des ‚Schon jetzt' des bereits hereingebrochenen Reiches Gottes, (vgl. dazu nur die inzwischen übliche Übersetzung von Lk 17,21: das Reich Gottes ist nicht ‚in euch' sondern ‚mitten unter euch', vgl. Mt 12,28).

Nach diesen grundlegenden religiösen, kulturgeschichtlichen und philosophischen Gedankengängen behandelt Ernst Luther im *sechsten* und umfangreichsten *Kapitel* „Albert Schweitzer und die Ethik der Medizin" (S. 189). Dies ist eine sehr geglückte intensive Durchdringung von Schweitzers Position und Motivation und deren Fortführung in der aktuellen medizinethischen und bioethischen Diskussion. Man kann dieses Kapitel gleichsam als Einführung in die aktuelle Medizinethik und ihrer vielfältigen Positionen lesen. Luther zeigt Kontinuität und Wandel in der Ethik der Medizin auf, geht ausführlich auf Schweitzers Motivation zur medizinischen Arbeit ein, schildert dessen Erfahrungen mit seinen Kranken in Lambarene und berichtet auch von Schweitzers Umgang mit ‚Geisteskranken' (vgl. S. 211) 1913 in Lambarene. Luther diskutiert anschließend ‚Wahrheit und Lüge' in der medizinischen und sozialen Betreuung, geht auf die Diskussion ‚Sterben und Trauer' ein, erörtert zentrale Thesen des Neurochirurgen Rudolf Kautzky mit der Unterscheidung von ‚Sterbenlassen' und ‚aktiv Töten'. In einem ausführlichen Unterkapitel dieses sechsten Kapitels zeigt Luther in fortwährender Aufnahme der Gedanken Schweitzers die Auseinandersetzung mit dem hippokratischen Eid bis heute. Er diskutiert, ob sich aus dem Widerspruch zwischen Ethos und Praxis nicht die Überflüssigkeit von Eiden in der Medizin überhaupt ergäbe und untersucht das Verhältnis von Macht und Ohnmacht in der aktuellen Auseinandersetzung um eine neue Bioethik. Er schließt mit der zentralen Kernfrage, ob ‚Menschenwürde' am Anfang und am Ende des Lebens eines Menschen ein entscheidendes Handlungskriterium oder ein ‚Totschlag-Argument' sei.

Im *siebten Kapitel* schildert Ernst Luther Schweitzers Anliegen für den Frieden zwischen Völkern und den Zusammen-

hang mit dessen Ethik. Der Autor zeigt Schweitzers frühzeitiges Ringen um den Frieden, besonders in seinen Predigten, in denen er 1911 angesichts der zweiten Marokko-Krise davon redet, dass „‚alles auf nackte und brutale Macht gestellt wird'" (S. 235). „Er nennt die ökonomischen Ziele der Gebrüder Mannesmann, ‚noch viele Bergwerke und Land zu kaufen'" (S. 236). Nach dem Ersten Weltkrieg weist er in Predigten darauf hin: „‚Zu leicht dachte man in allen Völkern vom Wohl und Wehe des einzelnen Menschen. Zu gering beurteilte man das Menschenleben, diesen geheimnisvollen unersetzlichen Wert. Zu leichtsinnig sprach man von Krieg und dem Elend, das er bringt. ... Ehrfurcht vor Menschenleid und Menschenleben, vor dem kleinsten und unscheinbarsten, sei das eherne Gesetz, das hinfort die Welt regiere'" (S. 239). Dieses nationenübergreifende Anliegen, dass es – so Schweitzer – „‚für dich keine Fremden, sondern nur Menschen'" gebe, weitet er aus zur „‚Aufhebung des Fremdseins zwischen uns und den andern Wesen'" (S. 240). Von hieraus ist es nur konsequent, wenn Albert Schweitzer nach dem Zweiten Weltkrieg gemeinsam mit anderen Forschern und Wissenschaftlern vor den Gefahren der Atomrüstung warnte. Denn die Vergangenheit sollte „‚uns dazu aufrütteln, alles zu wollen und zu erhoffen, was eine Zeit heraufführen kann, in der Kriege nicht mehr sein werden'" (S. 244). Luther schildert die anfangs erwähnte ‚Ost-West-Problematik': DDR-Repräsentanten unterstützten Schweitzers Haltung. Doch dessen Freund Theodor Heuss kritisierte ihn gerade wegen dieser Ost-Unterstützung. Dies konnte Albert Schweitzer jedoch nicht beirren. Im Westen sind diese Passagen aus den Briefen Schweitzers so kaum bekannt. Der Autor wendet dieses Erbe – wie in den anderen Kapiteln – auch auf die aktuelle Diskussion um den „lebensbedrohenden strahlenden Müll" (S. 254) an, den heute kaum jemand noch in seinem Land deponieren lassen möchte.

Im *achten Kapitel* weist er nach, wie Schweitzer trotz anderslautender Meinungen aus seiner Haltung heraus einen Ansatz zur Sozialethik entwickelte und gegen Kolonialpolitik und Rassenhass kämpfte. Seine Kritik in Reden bei Missionsfesten an den pseudochristlichen Kaufleuten zeigt dies frühzeitig: „‚Wenn nur unsere Kaufleute draußen etwas christlicher wären und nicht manchmal der Abschaum der christlichen Gesellschaft auf die heidnischen Stämme losgelassen würde und das Christentum für ganze Generationen dort verworfen und unmöglich machten! Kongo! Was für namenloses Elend und namenlose Schande steckt doch in diesem einen Wort! Kongo, das Land des Kautschuks! Wenn die Gummiräder der Automobile, die über unser Pflaster gleiten, erzählen könnten! Es wären Geschichten lautlosen Elends und stummer Qual derjenigen, die den Rohstoff zu diesen Rädern an der Station im Urwald abliefern mussten. Darum gleiten diese Räder so lautlos über das Pflaster dahin, weil sie nichts verraten dürfen von jenem erstickten Elend im dunklen Afrika'" (S. 255).

Diese Sätze erinnern geradezu an Karl Marx. Trotz solcher Aussagen wird Schweitzer immer wieder seine Haltung zu Afrikanern kritisch angekreidet. Ernst Luther stellt diese verschiedenen Äußerungen in den historischen Kontext und vielfacher Bezüge. „So mischt sich bei ihm die Affinität zur Monarchie, die Skepsis gegenüber der Demokratie mit

dem Ergebnis, dass er jede revolutionäre Veränderung mit großem Misstrauen verfolgte" (S. 265). Der Rezensent sieht darin gleichsam das Erbe des deutschen Luthertums. Ernst Luther erörtert diese Haltung Albert Schweitzers fair und weist darauf hin, wie sehr dessen Skepsis sich geschichtlich bewahrheitete. „Die Geschichte gab ihm in vielen Dingen recht: Er warnte vor der Ausbeutung der Bodenschätze durch ausländische Mächte, er warnte vor der Bestechlichkeit vieler Stammesfürsten und vor dem Zustand der Arbeitenden als Parias, als Besitzlose, die im Elend leben" (S. 262). Doch inmitten dieser vielfältigen Randbedingungen bleibt Schweitzer seinen menschenrechtlichen Grundprinzipien treu. Die Hemmnisse sollen eben überwunden werden, der intensive ethische Wille zur Tat ist unaufgebbar, Albert Schweitzer: „‚und wenn Sie wollen, nennen Sie es: Glauben an das Reich Gottes' ": (S. 256). Ein umfangreiches *Literaturverzeichnis* mit Quellen und Sekundärliteratur rundet das inhaltsreiche Buch ab.

Abschließende Bemerkungen

Durch den Sauerteig der Reflexionen auch von Karl Marx her gewinnt Schweitzer. Seine Ethik wird dadurch aus der leicht mythisch-mystischen Sphäre des Emotionalen und der ‚bloßen Tierliebe' herausgehoben und ihr gesellschaftspolitisches Potential erkennbar. Und zugleich können die vielen ‚subversiven' Vergleiche Schweitzers mit Marx auch die Brücke bauen, um Marx für die ökologische Diskussion fruchtbar zu machen. Ein mutiger Brückenschlag.

Der Autor nennt sein Buch in seinem Vorwort ein Angebot „zum Dialog" (S. 8). Selbst wenn Leser an manchen Punkten anderer Meinung als der Autor sein werden, so ist es doch ein äußerst gelungenes Angebot zum Weiterdenken.

Der Rezensent nimmt in einigen wenigen Hinweisen den Dialog auf: Ein Grundproblem der – auch in der von Ernst Luther weitergeführten Position Schweitzers – besteht seiner Meinung nach darin, dass trotz der Differenzierungen und herausgearbeiteten gesellschaftspolitischen Folgewirkungen die entscheidende Quellkraft der Ethik Schweitzers immer noch unklar bleibt: Es bleibt so bei einem „heroische(n) Moralismus" (so der Neutestamentler Jürgen Roloff). Schweitzer hat nicht klar genug die theologische Prämisse in seinen Aussagen entfaltet. Die Verbindung mit dem Willen Gottes in Jesus, die uns mobilisiert, die Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse anzustreben – *aus* der Quellkraft Gottes heraus. Philosophisch stellt sich hier die Frage, wer denn dieser autonome Mensch sei, der diese enorme gesellschaftliche Verantwortung entfalten soll/kann? Woher nimmt er die ‚Könnenskraft'? Der heroische Impuls könnte doch beim Scheitern zur Resignation führen. Theologisch sei darauf hingewiesen, dass die Quellkraft das im Glauben erfahrbare Geschenk der Zuwendung Gottes zum Menschen ist, die von Menschen an Menschen und von Menschen an andere Geschöpfe weiterzugebene ‚Liebe' in grenzenloser Verantwortung. Diese ist nur gebrochen umzusetzen. Wir müssen das ‚geringere Übel' wählen. So wird die Schulderfahrung unausweichlich. Deshalb kann – mit Schweitzer – nicht von einem ruhigen Gewissen, sondern – in lutherischer Weise – nur von einem ‚getrösteten' Gewissen gesprochen werden, jedoch auf keinen Fall in Sinne einer

‚billigen Gnade', gegen die mit Recht Dietrich Bonhoeffer polemisierte.
Nicht Flucht in eine jenseitige Welt, aber auch nicht das Scheitern der Ethik Jesu (oder Schweitzers), sondern im Sinn der neueren neutestamentlichen Forschung ist die Eschatologie des ‚Schon jetzt, aber noch nicht' fruchtbar zu entfalten: diese dynamische Spannung sucht konkrete Verwirklichung in aller Gebrochenheit, eben das geringere Übel zu wählen.

Zum Formalen

Erfreulich ist es, dass der Autor auch besonders die neuesten Ausgaben der erst vor kurzem erschienenen Nachlassbände Albert Schweitzers verarbeitet.
Für eine wünschenswerte zweite Auflage wäre es hilfreich, die vielen aussagekräftigen Zitate aus den Quellen und der vielfach herangezogenen Sekundärliteratur doch auch in Fußnoten genau anzugeben. Ebenso sollte eine nummerierte Gliederung der Hauptüberschriften und eine entsprechende Untergliederung der vielen Untertitel erfolgen. In diese sollten auch die längeren nicht überschriebenen Einleitungspassagen einbezogen werden.
Das Buch kann die Schweitzer-Forschung immens befruchten und die Ethik Schweitzers methodisch weiterführen. Für die Wissenschaft, für die Erwachsenenbildung und – wie ich selbst an eigenen Beispielen merkte – gerade auch für Jugendliche ist dieses Buch ein großer Gewinn in einer Zeit präziser Methoden und Techniken, aber verworrener Ziele.

Siegfried Scharrer, Nürnberg

* Luther, Ernst: **Albert Schweitzer. Ethik und Politik.** Berlin: Karl Dietz, 2010, 270 S., ISBN 978-3-320-02215-0, Brosch., EUR 19.90

ETHICA 19 (2011) 3, 269–288

BÜCHER UND SCHRIFTEN

ALLGEMEINES

SCHEULE, RUPERT M. (Hrsg.): **Ethik der Entscheidung. Entscheidungshilfen im interdisziplinären Diskurs.** Regensburg: Friedrich Pustet, 2009, 206 S., ISBN 978-3-7917-2215-3, EUR 29.90

Immer diese Entscheidungen! Alltag und Beruf sind eine einzige Kette notwendiger Entscheidungen: Ich kaufe dieses oder jenes Brot, ich gehe auf der einen oder anderen Straßenseite, ich grüße diesen oder jenen Menschen mehr oder weniger freundlich oder gar nicht, ich bewerbe mich um einen anderen Job, ich reise in den Urlaub – oder nicht. Auch wenn ich etwas nicht tue oder sogar dann, wenn ich überhaupt nichts tue, treffe ich damit fortlaufend Entscheidungen. Weil ich in jedem Augenblick meines Lebens nahezu unendlich viele Dinge nicht tue, die ich vielleicht tun könnte oder sollte, treffe ich sogar sehr viel mehr Entscheidungen, als mir bewusst sind. Alle meine Entscheidungen haben mehr oder weniger große Konsequenzen. In einigen Fällen kann ich sie gut vorhersehen und deshalb eine gut begründete Antwort auf die Frage geben, weshalb ich mich so und nicht anders entschieden habe. Ich kaufe dieses Brot, weil ich es gern esse und ich fahre in jenen Urlaubsort, weil ich mich dort letztes Jahr sehr gut erholt habe. Bisweilen habe ich aber nur den Eindruck, meine Entscheidungen gut begründen und damit verantworten zu können, weil ich sie nicht in allen Konsequenzen bedacht habe oder weil sie so vielfältige und für mich nicht überschaubare Konsequenzen haben, dass ich weder bereit noch in der Lage bin, ihre Auswirkungen vollständig vorherzusehen und abzuwägen. Schon beim Urlaub wird dies ein wenig sichtbar: Welche Folgen für das Klima wird meine Flugreise haben? Gibt es wirtschaftliche Auswirkungen auf die vielen vom Tourismus wirtschaftlich abhängigen Regionen dieser Welt, die ich in diesem Jahr nicht besuchen werde?

Wesentlich schwerer fallen zu verantwortende Entscheidungen, wenn sie nicht von einzelnen Personen für sich allein (wenngleich mit Konsequenzen für andere Menschen) getroffen werden, sondern von Gruppen von Menschen oder Organisationen wie einer Firma oder einer Regierung. Gerade bei den wichtigsten Entscheidungen, von denen viele Menschen stark betroffen sind, können die Konsequenzen oft bei größter Anstrengung und bestem Willen nicht überblickt werden. Soll deswegen auf die Anstrengung zur Begründung und zur Verantwortung verzichtet werden? Soll nur „aus dem Bauch heraus" entschieden werden? Oder werden Entscheidungsgründe einfach in oder hinter irgendwelchen abstrakten Entwicklungen oder Trends wie der technischen Entwicklung, dem Sachzwang, dem Fortschritt, dem Markt, der EU etc. versteckt?

Immer dann, wenn es um Entscheidungen und die Verantwortung dafür geht, kommt ganz selbstverständlich die Ethik als zuständige Theorie ins Spiel. Die Frage nach einer guten Begründung führt direkt zur Frage danach, was denn überhaupt „gut" ist – und damit sofort weiter nach einer Vielzahl von Fragen, die in der „Ethik der Entscheidung" erörtert werden. R. Scheule leitet sein Buch gleich doppelt ein, zunächst mit dem Hinweis, dass Entscheidungen im interdisziplinären Diskurs erörtert werden müssen und dann mit einer „werterwartungstheoretischen Antwort" (S. 13ff.) auf die Frage, was denn überhaupt eine Entscheidung ist. Schon in dieser Einleitung finden sich wohlsortiert viele der Stichworte und Herausforderungen, die in

den weiteren Aufsätzen behandelt werden, von der ökonomischen Sichtweise und den Hoffnungen oder Illusionen „rationaler" Entscheidungen etwa als Konsument bis hin zu Komplexitätsproblemen, die Auswirkungen von Entscheidungen unüberschaubar machen.

Thomas Hausmanninger schaut in einer christlichen Perspektive auf die „Rational Choice Theory" (S. 25ff.) und erblickt ethische Defizite: „Wie der Vorrang der ethischen Rationalität in das Kalkül der Rational Choice einzubauen ist, aber ist noch ungeklärt" (S. 46).

Markus Voigt beschäftigt sich in seinem Beitrag (S. 47ff.) mit der Komplexitätsproblematik: „Was wird aus meiner Entscheidung? Folgenabschätzungen unter komplexen Bedingungen." Dabei geht es ihm nicht um eine neue „komplexe Theorie zur prognostischen Folgenabschätzung als analytischer Basis rationaler Entscheidungen ... oder eine ‚Entschuldigungstheorie'... Im Mittelpunkt der Argumentation steht vielmehr die Frage, welcher Stellenwert der Folgenabschätzung für ethische Urteilsbildung und Entscheidung in komplexen Zusammenhängen zukommt und was methodisch aus dem ‚systematischen Unwissen' hinsichtlich der Handlungsfolgen in komplexen Zusammenhängen für eine sozialethische Entscheidungstheorie folgt" (S. 48). Er fasst seine Antwort in acht Regeln (S. 67f.) zusammen, die zur Vorsicht mahnen, kurz: „Das postmoderne Bewusstsein der Grenzen der eigenen Vernunft sollte deshalb auch das Bewusstsein der Grenzen unserer Folgenabschätzungen und Nützlichkeitskalküle einschließen" (S. 75). Damit ist das erste Kapitel „Sozialwissenschaftliche Zugänge" abgeschlossen.

Im zweiten Kapitel (S. 79ff.) werden zwei „philosophische Zugänge" präsentiert. Jörg Lauster führt unter Bezug auf Schriften von Wilhelm Schmied mit seinen „Bemerkungen zum Verhältnis der Philosophie der Lebenskunst" in „die Kunst der Wahl" (S. 79ff.) ein. Peter Roth erinnert an „Entscheidungsregeln aus der antiken Ethik. Ciceros Schrift De officiis" (S. 91ff.).

Fünf „aszetische und theologische Zugänge" sind im abschließenden dritten Kapitel (S. 109ff.) zu finden. Johannes Schaber hilft uns aus der Kirchen-Geschichte zu lernen: „Unter welchen Bedingungen ist das ‚Fundament' der ignatianischen Exerzitien ein selektionsstarkes und hochintegratives Oberziel der Entscheidung?" (S. 109ff.) Wer aus dieser Geschichte etwas lernen will, kann erleben, dass es auch heute für Entscheidungen durchaus hilfreich sein kann, eine feste Basis, eine Grundeinstellung zu haben und „Alles zur größeren Ehre Gottes" tun zu wollen.

Klaus Arntz sieht „Moral unter Geltungsrisiko" und fragt ebenfalls auch historisch betrachtend „Entscheidungshilfe durch Moralsysteme?" (S. 129ff.). „Die ursprünglich als Gewissensphänomen wahrgenommene und im theologisch-ethischen Gewissensverständnis profilierte Überzeugung von der spontanen Urteilskompetenz des Gewissens wird angesichts der praktischen Unsicherheiten des moralischen Handelns im Alltag mehr und mehr in Frage gestellt. Die Konfrontation mit rechtlichen und moralischen Dilemmasituationen provoziert ein methodisch gesichertes Management des persönlichen Glaubenszweifels durch die Entwicklung der Moralsysteme" (S. 131). Arntz beschreibt und analysiert tutioristische und propabilistische Systeme.

„Eine Entscheidung ist eine Entscheidung", meint Wolfgang Palaver und untersucht „Chancen und Grenzen dezisionistischer Entscheidungskultur" (S. 157ff.), indem er sich kritisch mit Carl Schmitts Politischer Theologie (erschienen 1922) auseinandersetzt. „Schmitts Sehnsucht nach der Welt heidnischer Politik führte zu einem Dezisionismus der Gewalt. Das Vertrauen in den christlichen Gott der Liebe und Gewaltfreiheit kann in uns dagegen den Mut zur Entscheidung stärken, der die Liebe vermehrt und sich der Versuchung zur Gewalt entgegenstellt" (S. 169).

Johann Ev. Hafner schließt dieses Buch mit seinem Beitrag über „Entschiedenheit. Gebet als Beitrag der Religion zur Frustrationsabsorption" (S. 171ff.). „Unter Entschiedenheit versteht man die Fähigkeit des Entscheiders, an einer einmal getroffenen Entscheidung auch später noch festzuhalten" (S. 171). Willensschwäche und Entschiedenheit stehen sich entgegen; das Gebet kann helfen. „Als Vorzugsregel formuliert: Ziehe diejenige Alternative vor, deren Folgen sich leichter als Ausdruck von Gottes Willen darstellen lassen."

Jürgen Maaß, Linz

TARKIAN, TATJANA: **Moral, Normativität und Wahrheit. Zur neueren Debatte um Grundlagenfragen der Ethik.** Paderborn: mentis, 2009 (Perspektiven der analytischen Philosophie: Neue Folge), 234 S., ISBN 078-3-89785-218-1, Brosch., EUR 32.00

Was tun wir aus philosophischer Sicht, wenn wir moralisch urteilen und argumentieren? „Bei der Suche nach einer überzeugenden Antwort ... kommen viele einzelne Fragen in den Blick. Allen voran sind dies semantische, metaphysische, epistemologische, psychologische und handlungstheoretische Fragen. Was bedeutet es, von einer Handlung zu sagen, dass sie aus moralischer Sicht geboten ist? Kann ein solches Urteil wahr oder falsch sein, und wenn ja, unter welchen Bedingungen wäre es wahr, unter welchen falsch?" (S. 11f.) Die Frage nach der Wahrheitsfähigkeit einer Aussage oder eines Urteils und den Bedingungen dafür führt offensichtlich ins Zentrum der Philosophie. Wer über solche Fragen nachdenkt, philosophiert. Dazu gehört, wie es Tarkian in der hier publizierten überarbeiteten Version ihrer Dissertation aus dem Jahre 2002 vorbildlich macht, ein systematischer Blick in die Literatur: Was haben andere PhilosophInnen dazu geschrieben? „In der Debatte um Grundlagenfragen der Ethik lassen sich zunächst zwei große oppositionelle Lager ausmachen. Auf der einen Seite stehen moralische Realisten naturalistischer und nonnaturalistischer Ausrichtung, auf der anderen Seite stehen Nonkognitivisten (oder, wie sie in letzter Zeit häufig genannt werden: Expressivisten)" (S. 12). Gibt es „nur" diese beiden Lager? Nein. Auf der Suche nach einem dritten Weg findet Tarkian z. B. Habermas, kantische Konstruktivisten, sowie Scanlon, Putnam und Nida-Rümelin. Auch das Buch der Autorin ist „von der Suche nach einer alternativen Antwort auf die metaethische Frage getragen" (S. 13) und wird „aus der Diagnose von Defiziten der beiden großen theoretischen Alternativen heraus motiviert" (S. 13).

Wohin führt ihre Argumentation? „Nach der hier favorisierten Lösung ist moralische Wahrheit eine diskursinterne Eigenschaft – die Eigenschaft der stabilen Erfüllung von Normen der moralischen Begründung, welche sich unabhängig von moralischen Überlegungen nicht angemessen spezifizieren lassen. Die Konzeption lässt Raum für die Idee des moralischen Fortschritts im Sinne einer Verbesserung moralischer Sichtweisen; sie sieht die Messlatte für moralischen Fortschritt aber nicht in einer moralischen Realität, die unseren Rechtfertigungsprozeduren vorgeordnet wäre." (S. 17)

Das Buch von Tarkian ist ein Bestandteil einer typischen philosophischen Erörterung, ein Beitrag zu einer Debatte von SpezialistInnen. Je nach Vorkenntnis der Theorien und Positionen, die in den ausführlichen Kapiteln über die vorhandene Theorielandschaft referiert und kritisiert werden, ist es mehr oder weniger verständlich geschrieben. Je nach der eigenen Position in dieser Landschaft ist es „richtig" – wer sich oder seine Position kritisiert sieht, wird vermutlich mit ihrer Darstellung und Kritik nicht ganz einverstanden sein. Ebenso wird es bei der Einschätzung zur vorgeschlagenen Lösung gehen.

Unabhängig von der jeweiligen Kenntnis und Position in der Debatte halte ich das Buch für lesenswert, weil es exemplarisch

vorführt, wie gut und gründlich philosophiert wird. *Jürgen Maaß, Linz*

ROTHSCHILD, THOMAS: **O Gerechtigkeit. Ein Essay über Verteilungsgerechtigkeit, Neid, Rache, Terror, Kompromiss und die Sozialdemokratie.** Wien: pro media Verlag, 2010, 175 S., ISBN 978-3-85371-305-1, Kart., EUR 14.90

Mit bestimmten (ethischen) Kategorien agieren wir ständig, ohne uns die genaue Bedeutung stets bewusst zu machen, bzw. haben ein (wie wir meinen, ausreichendes) „Bauchgefühl" dazu, was gerecht und ungerecht ist, richtig oder falsch, korrekt dargestellt oder umgangssprachlich verwaschen. Thomas Rothschild dagegen analysiert diese Begriffe und den jeweiligen Umgang mit ihnen in den aktuellen Medien genauer. Dazu greift er sowohl auf das historische Begriffsverständnis als auch auf literarische Texte und filmische Szenen zurück, die diese geschichtlich gewachsene Fassung der genannten Begriffe illustrieren. Das heißt, er liefert uns nicht eine erneute Darstellung der vielfach schon vorhandenen theoretischen Begriffsgeschichten, sondern veranschaulicht diese an Hand von Literatur und Film. Er geht sowohl auf literaturgeschichtlich so bekannte Texte zurück wie: Der Kaufmann von Venedig, Michael Kohlhaas, Der kaukasische Kreidekreis etc. als auch auf neuere Literatur: Der Scherz von Milan Kundra; Bronsteins Kinder von Jurek Becker u.a.m. Da den meisten von uns viele Texte aus der Schule und der damaligen Interpretation bekannt sind, zeigt er damit gleichsam auf, wie unser Begriffsverständnis von Gerechtigkeit, Rache, Kompromiss durch diese Texte geprägt wurde. Der Autor verknüpft diese bekannten Lesarten durchgängig mit Anwendungen auf aktuelle gesellschaftliche Gerechtigkeitsfragen – sowohl mit den „großen" Menschheitsfragen wie Verteilungsgerechtigkeit als auch mit scheinbar „nebenbei" gestellten Fragen. Zum Beispiel: „Warum ... interessiert Sport fast nur, wenn es Sieger und Verlierer gibt? Warum bemüht sich fast jedes Filmfestival, wenn es eine gewisse Größe erreicht, um einen Wettbewerb?" In seiner Antwort verweist Rothschild darauf, dass diese Konventionen ... „das elementare Dogma der kapitalistischen Gesellschaft" spiegeln, der Wettbewerb habe auf allen Gebieten „sowohl das christliche Prinzip der Nächstenliebe und der Hilfsbereitschaft als auch das sozialistische Prinzip der Solidarität ersetzt. Konkurrenz ... darf Gleichheit nicht dulden ... Der vermeintlich Bessere, Schnellere, Stärkere wird belohnt, der Unterlegene ausgeschieden" (S. 21). Folgende Zeilen haben mir (auf Grund zahlreicher Diskussionen mit betroffenen Eltern) aus dem Herzen gesprochen: „Aber was trägt es zur Gerechtigkeit bei, wenn eine Frau, die nach Meinung irgendwelcher Juroren schöner ist als andere Frauen und es daher in der Welt, wie sie nun einmal eingerichtet ist, ohnedies leichter hat als ihre Konkurrentinnen, ausgezeichnet und mit einem ordentlichen Geldbetrag versehen wird? Was trägt es zur Gerechtigkeit bei, wenn ein Fußballer Millionenbeträge erhält, weil er mehr Tore schießt als ein anderer? Wird die Welt dadurch besser? Gibt es ein allgemeines Interesse an Toren?"

Das Hinterfragen solcher Alltagsklischees macht den Reiz des vorliegenden Buches aus – und natürlich das Wiedertreffen vieler „alter Bekannter" aus Literatur und Film wie Bonny and Clyde, Wyatt Earp und – seien Sie neugierig und lesen Sie selbst!

Viola Schubert-Lehnhardt, Halle (Saale)

PHILOSOPHIE

THOMAS, HANS / JOHANNES HATTLER (Hrsg.): **Der Appell des Humanen. Zum Streit um Naturrecht.** Frankfurt u.a.: Ontos-Verlag, 2010, 242 S., ISBN 13: 978-3-86838-086-6, Kart., EUR 24.90

Der vorliegende Band wurde erarbeitet auf Grundlage des gleichnamigen Interdisziplinären Colloquiums des Lindenthal-Instituts

in Köln am 13. Juni, 19. September und 21. November 2009. Insgesamt acht Autoren thematisieren einen ethisch alten Streit um das sog. Naturrecht, mit dessen Hilfe Moral- und Rechtsnormen universell begründbar sein sollen. Doch kann man sich auf die Natur des Menschen im Kontext einer universellen Fundierung von Moral berufen? Einerseits wird einer Generalisierung von Theorien im Zeitalter des Post-Nihilismus und der Dekonstruktion metaphysischer Systeme vorgeworfen, dass sie die Reichweite menschlicher Erkenntnis von Wahrheit und somit den Horizont des Denkens illegitim überschreite, was in einer universalen Metaphysikkritik resp. anti-metaphysischen Grundhaltung gipfelt. Worüber angeblich nicht geschrieben werden kann, darüber soll man bekanntlich mit Wittgenstein schweigen. Andererseits tauchen auch Applikationsprobleme beim Naturbegriff auf: ist er nicht zu allgemein, als dass aus ihm konkrete und kasuistische, also für die „hic et nunc" andrängende Situation relevante Argumente abgeleitet werden könnten? Bleibt eine Begründung ethischer Normen und Rechte aus der menschlichen Natur nicht im Abstrakten und Allgemeinen stecken, so dass wir hier prinzipiell vor einer vieldeutigen und multi-valenten Lösungsmenge zu stehen kommen?

Doch geht es im vorliegenden Sammelband weder um kasuistische Moral noch um die Ausbuchstabierung spezifischer Moralsysteme, sondern um den schlichten Hinweis auf die notwendige Voraussetzung eines letzten apriorischen Fundaments für Moral und Ethik. Ohne eine solche universelle Basis hängt Ethik in der Luft und verliert damit zugleich ihre Überzeugungskraft bzw. ihre performative Virulenz. Ethik verblasst dann zu einem entbehrlichen intellektuell stimulierten Zeitvertreib ohne praktische Bedeutung, zu einem nominalistischen Spiel mit Worten ohne Fundierung in der Wirklichkeit. Um der o.g. Metaphysik-Kritik entgegenzuhalten: ist es nicht gerade spannend, nach Sicherung einer universellen Basis der Ethik nach Einzelapplikationen zu suchen bzw. die Frage nach der Ableitung konkreter Lösungen anzugehen? Auch unter Voraussetzung einer metaphysischen Begründung in Form des Naturrechts bleibt ein enormer Spielraum für ethische Diskussionen mit dem entscheidenden Unterschied, dass sie in diesem Fall verantwortlich geführt werden müssen.

So verweist etwa der Herausgeber *Johannes Hattler* in seinem Beitrag „Menschenwürde und Menschennatur" (13–36) zu Recht mit Rawls auf den Selbstwiderspruch eines vermeintlich liberalen Metaphysik-Kritikers, dass jede Kritik an Metaphysik wiederum selbst Metaphysik impliziert (31f.). Dennoch versucht er eine konsensualisierbare metaphysikneutrale Version des Naturrechtsbegriffs, indem er auf nicht-metaphysische vorpositive, also apriorische Voraussetzungen der menschlichen Würde verweist, wie sie im Grundgesetz genannt ist. Dazu gehören „Vernunft und Freiheit", „Leiblichkeit" und „basale Interessen" (34). Unter letzte wiederum werden die „(Selbst-)Erhaltung", „Entwicklung" und ein „Grundinteresse an personaler Anerkennung" (34–36) gerechnet. Letzteres wird als die Negativfolie für die neuzeitlich konfliktorientierte Begründung von Recht und Staat gesehen: ohne positive Sozialnatur des Menschen kann es auch negativ keinen Konflikt geben, so dass Sozialnatur ursprünglicher ist. „Naturrechtliches Denken rekurriert immer auf eine universelle Menschennatur, als vorpositivem und kritischem Korrektiv des Rechts. Es verweist auf minimale, aber grundlegende moralische Wahrheiten, sofern das Recht die existentiell-moralische Dimension des Menschseins berührt." (36)

Um einen Einblick in das Feld der Diskussionsteilnehmer zu gewähren, sollen die weiteren Beiträge kurz genannt werden: der prominente CDU-Politker *Christoph Böhr* schreibt über „Das Recht schützt uns! Wer aber schützt das Recht? Zum Begriff der Würde: Letztbegründung als Selbstbe-

zeugung" (39–62); der Rektor der Theologischen Fakultät Paderborn, *Berthold Wald*, reflektiert über „Naturalismus und Naturrechtskritik. In welchem Sinn ist das Naturgemäße Kriterium der Gerechtigkeit?" (63–78). *Manfred Spieker*, renommierter Professor für Christliche Sozialwissenschaften an der Universität Osnabrück, spricht über „Folgerungen aus der Natur des Menschen für die Weitergabe des Lebens und die Demokratie. Zur Instruktion Dignitas Personae" (79–92). Besonders instruktiv sind die sog. *Aussprachen* – die erste Aussprache folgt nach diesem ersten thematischen Block unter der Leitung von Johannes Hattler (93–102).

Martin Rhonheimer, Professor für Ethik und Politische Philosophie an der Päpstlichen Universität Santa Croce in Rom, eröffnet den nächsten thematischen Block mit „Unverzichtbarkeit und Ungenügen des Naturrechts. Über Politische Philosophie in der Tradition des Naturrechts" (103–124). Dann schreibt *Thilman Repgen*, Professor für Deutsche Rechtsgeschichte, Privatrechtsgeschichte der Neuzeit und Bürgerliches Recht an der Universität Hamburg, über „Unfreiheit ist wider die Menschenwürde – eine rechtshistorische Miniatur" (125–154); *Stefan Mückl*, Professor für Rechtswissenschaft an der Universität Freiburg, über „Vor- und außerpositive Grundlagen des Verfassungsstaates" (155–174), worauf die zweite informative *Aussprache* unter der Leitung von Hans Thomas folgt (175–190). Der letzte thematische Block wird mit nur einem Beitrag abgehandelt: *Josef Isensee*, Professor am Institut für Öffentliches Recht an der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Rheinischen Friedr.-Wilhelms-Universität Bonn, schreibt hier über „Der Grund des Naturrechts: das Bedürfnis nach materialer Gerechtigkeit" (191–220) – die dritte und letzte *Aussprache* unter der Leitung von Johannes Hattler beschließt dieses Thema (221–232).

Bei den Aussprachen kommen stets verschiedenste Personen zu Wort; unterschiedliche Argumente werden leichter nachvollziehbar gemacht, insofern das gesprochene Wort leichter verständlich ist als das geschriebene. Biografische Notizen (233–236) sowie eine Kurzinformation zum Lindenthal-Institut beschließen den Band. Paradigmatisch mögen die letzten Worte von Isensee am Ende der letzten Aussprache sein: „Naturrecht birgt einen breiten Fächer von Denkmöglichkeiten eines Leitbilds für das richtige positive Recht kraft menschlicher Vernunfteinsicht und menschlicher Erfahrung. Das aber ist eine unabgeschlossene und unabschließbare Aufgabe, die jede Generation neu zu bewältigen hat" (231). Dem kann sich der Rezensent nur anschließen und hofft auf eine breite Leserschaft zwecks weiterführender Diskussion und gemeinschaftlicher Reflexion! *Imre Koncsik, Würzburg*

RELIGION

SCHLENSOG, STEPHAN: **Der Hinduismus. Glaube, Geschichte, Ethos.** Mit einem Vorwort von Hans Küng. München; Zürich: Piper, 2006, 540 S., ISBN 3-492-04850-1, Ln, EUR 24.90

Der Tübinger Theologe Stephan Schlensog, Mitarbeiter von Hans Küngs „Projekt Weltethos", will im vorliegenden Buch „beschreiben und analysieren, wie der Hinduismus entstanden ist und wie er sich in den verschiedenen Paradigmen seiner Religionsgeschichte entwickelt und entfaltet hat" (17). Damit rezipiert der Autor im Anschluss an seinen Lehrer Küng die Paradigmenanalyse, wie Thomas S. Kuhn sie für die Wissenschaften fruchtbar gemacht hat, im Bereich der Religion, hier des Hinduismus. Danach versteht man unter einem Paradigma „eine ganze Konstellation von Überzeugungen, Werten, Verfahrensweisen usw., die von den Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft geteilt werden" (Kuhn;

dazu: 18f.). – Küng hat dieses Verstehensmodell in seiner Trilogie zu den abrahamischen Religionen: „Das Judentum" (1991), „Das Christentum" (1994) sowie „Der Islam" (2004) in differenzierter Weise auf die Religionen übertragen und klarer, als es ohne diesen Begriff möglich wäre, die Zusammenhänge und Brüche der einzelnen Religion im Wandel der Zeit analysiert.

Schlensog nun wendet die Paradigmenanalyse auf den Hinduismus an, indem er nach Glauben, Geschichte und Ethos dieser Religion fragt und insgesamt sechs Paradigmen unterscheidet: die vedische Periode, die Zeit der asketischen Reformer, den klassischen Hinduismus, die Zeit des Übergangs, den modernen Hinduismus und schließlich das postmoderne Paradigma (vgl. 18).

Dabei geht er davon aus, dass Religion nicht nur Erlösungswege weisen, sondern auch Sinn und Orientierung geben will. Hier steht die Frage der Moral im Zentrum, die bereits in frühvedischer Zeit relevant war. So werden vom Einzelnen gewisse Tugenden und Pflichten gefordert. Warum sollte man wahrhaftig, enthaltsam und großzügig sein? Weil die Erfüllung des Ethos gute zwischenmenschliche Beziehungen zur Folge hatte, „die für die Gesellschaft und für ein gutes Zusammenleben unverzichtbar gewesen zu sein scheinen" (57).

Ebenso in den Upanishaden – einer Sammlung philosophischer Schriften des Hinduismus, die Bestandteil des Veda, der heiligen Schriften, sind – spielt das Ethos eine entscheidende Rolle: zum einen in Form sozialer Tugenden, die sich auf die Mitmenschen und die Gemeinschaft beziehen: Mildtätigkeit, Rechtschaffenheit, Nichtverletzen, Wahrhaftigkeit; zum anderen im Blick auf individuelle Tugenden, in denen sich der Einzelne zu seiner Selbstvervollkommnung übt: Askese, Durchführen der Opfer, Vedastudium (vgl. 137).

In diesem Zusammenhang ist der Dharma-Begriff wesentlich, der nicht die kosmische Ordnung meint, sondern „Gesetz", „rituelle Ordnung". Freilich erfährt der Begriff eine Ausweitung im Sinne einer „Totalität verbindlicher Satzungen" (Wilhelm Halbfass): nicht nur bezogen auf den rituellen Bereich, sondern auch auf das Ethisch-Religiöse (vgl. 138).

Doch darf man den Dharma nicht als statisches Gesetz missverstehen. Nein, alles, was ist, „hat *seinen* Dharma, hat nach *seinen* Gesetzmäßigkeiten zu leben, wenn man die gesamte kosmische Ordnung nicht gefährden will" (139; Hervorhebungen in Zitaten stets von Schlensog). So ist es der Dharma des Wassers, zu fließen und den Durst zu stillen.

Was die asketische Zeit betrifft, sind vor allem Buddha (143–154) und Mahavira, der Begründer des Jainismus (154–158), zu erwähnen. Zutreffend stellt Schlensog heraus, dass buddhistische Philosophie „nicht dem bloßen spekulativen Erkenntnisgewinn" dient, sondern sich immer schon auf spirituelle Praxis bezieht: nämlich auf die Frage, wie wahres Menschsein und Streben nach Erlösung möglich sind. Die Voraussetzung dafür ist ein moralisches Leben (vgl. 148). Nach Vorstellung des Jainismus kann der Einzelne Befreiung aus dem Wesenskreislauf erfahren, wenn er sich einem *„radikal sittlichen, asketischen Lebenswandel"* unterwirft, was „strengste Kontrolle der Gedanken und Sinne zur Abwehr jeglicher verderblicher Eindrücke" bedeutet (vgl. 156).

Auch in der klassischen Zeit hat die Lehre vom Karman eine entscheidende Bedeutung: Zum einen bietet sie einen „Leitfaden für die sittliche und religiöse Orientierung", zum anderen hilft sie, die Gegenwart aus den Tatfolgen zu rechtfertigen, und schließlich entwirft sie eine Perspektive, die auf eine „absolute Befreiung" gerichtet ist, wie Schlensog im Anschluss an Halbfass schreibt (vgl. 278).

Schlensogs Fazit: Man habe „offenbar sehr früh ein Bewusstsein entwickelt (...) für die Notwendigkeit elementarer ethischer Standards, ein *Wissen um gemeinsame menschliche Grundwerte*, die für ein Funktionieren

der Gesellschaft, ja sogar zur Erlangung der Erlösung unabdingbar scheinen" (286). Am Ende laufen die verzweigten Elemente der moralischen Regeln auf „die berühmte *Goldene Regel* als elementare ethische Richtschnur gegenseitigen Verhaltens" hinaus: „Tue nicht einem anderen, was dir selbst nicht gefallen würde (wenn man es dir täte), das ist die Summe von Dharma, jedes andere Dharma gilt nach Belieben" (Mahabharata; 286).

Besonders lesenswert und zentral für die ethische Fragestellung ist das letzte Kapitel des Buches: „Der Hinduismus als ethisch-religiöse Herausforderung" (395–422). Zunächst macht Schlensog deutlich, dass der Begriff „Hinduismus" durchaus eine „relativ *junge Bezeichnung*" ist, die nicht die Inder selbst erfunden haben, die aber „spätestens seit dem 19. Jahrhundert auch von indischer Seite zur Selbstbehauptung gegenüber dem Westen mit vorbereitet wurde" (395); abgeleitet wird sie von „Hindu", der persischen Form von Sindhu, dem Sanskritnamen des Flusses Indus (vgl. 395). Wer jemals in Indien war und in Kontakt mit religiösen Indern stand, wird dies bestätigen: Für Hindus ist der Hinduismus „mehr als ‚nur' Religion". Warum? Weil der Hinduismus Ordnung und Orientierung bieten will: „Dem Einzelnen wird sein individueller Ort zugewiesen in Familie, Gesellschaft und Kosmos, sein Denken und Handeln im Hier und Jetzt und über dieses Leben hinaus wird rückgebunden an eine allumfassende moralische Ordnung, an das große Ganze" (400). – Ohne die oben erwähnten „beiden großen Säulen hinduistischen ethischen Denkens" – die Karman-Lehre einerseits und den Dharma-Begriff andererseits – wird man den Hinduismus in seinem Innersten kaum verstehen können (vgl. 400).

Konkret wird der Dharma, wenn es um die Hindu-Familie geht. Sie ist „*Lernort für richtiges ethisches Verhalten*", indem sie den Familienmitgliedern klare Rollen zuordnet, die bereits in den alten Dharma-Texten festgeschrieben sind: Als Sohn hat der Einzelne andere Pflichten als in der Rolle von Tochter, Bruder oder Schwester (vgl. 411).

Hier gilt es, einige wesentliche Aspekte zu erläutern, die westlichen Beobachtern anachronistisch anmuten, aber durchaus die Ordnung des Familiensystems ermöglichen sollen: Die indische Familie ist streng patriarchalisch gegliedert; das heißt: Für den Erhalt und die Vermehrung des gemeinsamen Familienvermögens sind Vater und Sohn zuständig (vgl. 411).

Sodann gibt es rigide Heiratsregeln: Man soll unter seinesgleichen heiraten, wobei Isogamie und Endogamie besonders relevant sind: Man soll innerhalb des eigenen Standes und seiner Subkaste heiraten. Noch heute werden Ehen häufig von den Eltern arrangiert (vgl. 411f.).

Das traditionelle Frauenbild ist stark von den Dharma-Texten geprägt: Der Daseinszweck der Frau besteht darin, „dass sie ihrem Mann männliche Nachkommen schenkt, da, so die (...) traditionelle Vorstellung, nur über Söhne der Fortbestand seines Geschlechts gewährleistet ist" (412). – Freilich wird dieses „Ideal" heute von jungen Frauen, die gebildet sind, zunehmend in Frage gestellt (vgl. 412).

Am Ende seiner reichhaltigen Studie geht Schlensog auf die Idee des Weltethos ein, die seit ihrem Beginn mit dem Erscheinen von Hans Küngs Buch über das „Projekt Weltethos" (1990) eine stetige Wirksamkeit entfaltet, allerdings neben einer bemerkenswerten Rezeption auch Kritik erfahren hat. So macht Robert Spaemann in einem polemischen Aufsatz geltend, das Projekt Weltethos stehe „ganz in der Tradition neuzeitlicher Instrumentalisierung der Religion im Dienst der Moral und der Moral im Dienst der Staatserhaltung". Demgegenüber fällt auf, dass der damalige Kardinal Joseph Ratzinger der Idee offen gegenübersteht, als er sie in seinem Gespräch mit Jürgen Habermas erwähnt, das beide im Jahr 2004 geführt haben; obgleich

er Spaemanns Kritik akzeptieren will. Auch der spanisch-indische Religionsphilosoph Raimon Panikkar schätzt Küngs Idee als „pragmatisch nützlich", weist aber darauf hin, „ein Weltethos, das nur auf der westlichen Weltanschauung begründet ist", sei „ein neues Beispiel des Monokulturalismus" und bewirke eine „Uniformierung".
Was also ist das Ziel der Idee, das letztlich auch Schlensogs Buch inspiriert hat? Es ist die „Besinnung auf gemeinsame elementarische ethische Standards", die als Grundlage dienen soll „für interkulturellen Dialog und Verständigung und als Basis für ein friedliches, ethisch verantwortliches Miteinander" (419).
Als so verstandenes Programm ist die Idee politisch und praktisch zugleich, insofern es darum geht, „Menschen verschiedener Kulturen und Religionen in ihren je verschiedenen Lebenskontexten" anzusprechen. Zu Recht hebt Schlensog hervor, dass es bei der Weltethos-Idee keineswegs um eine Einheitsreligion geht: nicht um den „kleinste(n) gemeinsame(n) ethische(n) Nenner der Weltreligionen"; das nämlich würde bedeuten, Religion durch Ethos zu ersetzen oder sogar eine „neue universale Ersatzreligion" zu schaffen, die die anderen Religionen dominieren könnte. Schlensog macht deutlich: Die Weltethos-Idee fragt nach dem „spezifischen Beitrag" der einzelnen Religionen mit ihren ganz verschiedenen Begründungen: Wie kann im ethischen Bereich voneinander gelernt werden? (vgl. 419). Wie kann das Trennende nicht überspielt, wohl aber überbrückt werden, indem man den Anderen in seinem Anders-Sein belässt, zugleich aber nach einem Gemeinsamen – beispielsweise der Goldenen Regel – Ausschau hält?
Und was können wir, abschließend gefragt, vom Hinduismus für ein solches Menschheitsethos lernen? Antwort: die spezifisch indischen Grundhaltungen: das Wohlwollen gegenüber allen Wesen, Mitleid, Mitfreude und – nicht zuletzt – Gelassenheit, wie der Tübinger Indologe Heinrich von Stietencron schreibt (vgl. 421).
In der Tat fügt sich das Buch gut an die von Küng verfassten Werke zu den abrahamischen Religionen an, worauf dieser selbst in seinem Geleitwort hinweist (vgl. 15). Es gelingt Schlensog zu zeigen, dass das Verstehensmodell der Paradigmenanalyse – wie Küng sie erstmals in seinem Buch „Theologie im Aufbruch. Eine ökumenische Grundlegung" (1987) auf die Religion übertragen hat (dort: 253–273: „Zum Paradigmenwechsel in den Weltreligionen") – auch bei der Applikation auf „das indische religiöse Stromsystem" (Küng; 13) zu überzeugen vermag.
In summa: Die vorliegende Studie ist mehr als eine bloße Darstellung; sie erzählt eine spannende Geschichte voller dramatischer Entwicklungen (vgl. 18): die Geschichte des Hinduismus. Das Buch zeichnet sich vor allem durch eine überaus klare Struktur aus. Besonders hervorzuheben ist Stephan Schlensogs Fähigkeit, das unübersichtliche Material in eine Ordnung zu bringen und dem Leser mit großer Verständlichkeit zu präsentieren. So ist ein Buch entstanden, das jedem zu empfehlen ist, der sich mit dem Hinduismus und seinem Ethos befassen will. *Klaus Thomalla, Bochum*

MARSCHÜTZ, GERHARD: **Theologisch ethisch nachdenken. Band 1: Grundlagen.** Würzburg: Echter, 2009, 268 S., ISBN: 978-3-429-03049-0, Kart., EUR 16,80

Gerhard Marschütz legt nach einer Arbeit über die Haltung der Ehrfurcht (Würzburg 1992) und einer humanökologisch orientierten Familienethik (Münster u.a. 2000) nun ein Grundlagenwerk der Theologischen Ethik vor. Ziel des Faches sei es, „die Bedeutung des christlichen Glaubens für das Leben und Handeln der Menschen in der Welt von Heute" (5) zu erschließen. Dazu soll dieses Buch dienen, wobei sich Marschütz insbesondere an Studierende der Theologie bzw. des Lehramtes Katholische

Religion wendet. In einem zweiten Band (Würzburg 2011) hat er sich zum Ziel gesetzt, auf dieser Basis konkrete Handlungsfelder theologisch-ethisch abzuhandeln.

Das Werk hat zweifellos die Chance, die anvisierte Zielgruppe zu erreichen: Der Sprachstil ist eingängig, die Argumentationen sind klar aufgebaut und mit treffenden Beispielen versehen, gedankliche Übergänge gestalten sich durch Zusammenfassungen und Ausblicke nachvollziehbar und sichern die dargelegten Erkenntnisse. Unterstützend wirken zusätzliche optische Hilfen wie Aufzählungen und Schlüsselbegriffe, die in einer Spalte am Seitenrand platziert sind. Übersichtliche Gliederung, fachliche Belege, Abkürzungsverzeichnis, umfangreiche Literaturangaben und ein Anhang mit Skizzen und Bezugstexten komplettieren den Eindruck eines leserfreundlich angelegten wissenschaftlichen Lehrbuches.

Inhaltlich folgt der Aufbau des Stoffes jener gewohnten Ordnung, in der die Moraltheologie im Anschluss an ihre nachkonziliare Erneuerung etwa ab den 1970er Jahren gelehrt wurde: Zunächst wird das Phänomen der Moral bzw. der moralischen Erfahrung und damit der Gegenstand der Ethik beschrieben (9–34). Dann folgt eine Klärung ethischer Fachbegriffe und eine systematische Einordnung der Ethik als theologischer Disziplin (35–72), wobei das neuscholastische Vorgehen dem rational-autonomen Ansatz gegenübergestellt und schließlich eine theologische Denkform autonomer Moral favorisiert wird. Die folgenden Kapitel widmen sich dem Gewissen bzw. seiner Erfahrung und Funktionen (73–96), dem Handeln unter der Bedingung von Freiheit, Schuld und Sünde (97–144), dem Phänomen der Tugend bzw. personalen Haltung des Guten (145–174) und wichtigen Ansätzen der Normbegründung (175–240): einigen autoritativen Wegen (Bibel, Tradition), dem naturrechtlichen und diskursethischen Denken sowie der deontologischen und teleologischen Methode. Den Abschluss bildet ein Kapitel über Bedeutung und argumentativen Stellenwert der Menschenwürde (241–253).

Deutlich wird der systematische Duktus, der das theologisch-ethische Denken Marschützs bewegt: In allen Teilen des Werkes erscheint das Wesen der Moral als eine Dialektik von sozial geltendem Ethos (objektive Sitte, Normen, Unterscheidung richtig-falsch) und personaler Moralität (Gewissen, Tugend, Unterscheidung gut-schlecht). Wichtig sind zudem die im beschriebenen Verlauf eingebundenen aktuellen Bezüge, sei es, dass sie den wissenschaftlichen Status des Faches als solches betreffen, seine Argumentationsformen und anthropologischen Grundbegriffe berühren oder brisante Themen, um deren angemessene Erörterung in Kirche und Gesellschaft gerungen wird. So kommt es etwa zu Hinweisen auf den über die Hirnforschung neu aufgeflammten Freiheitsdiskurs (108, 111), auf die nicht einfache Situierung von sittlicher Vernunft und Menschenrechten angesichts der nicht abweisbaren Relativität bzw. Relationalität von Ethik (57ff., 164–170, 210ff., 224–232), auf die Dominanz utilitaristischer Ethiken (232ff.) oder auf die transpersonale Anlage von Schuld und Sünde (137ff.). Als Beispiel für aktuelle Streitfragen werden u.a. In-vitro-Fertilisation (176ff.), Lebensschutz (184, 226) und Normen der Sexualitätsgestaltung (92ff., 207, 211f., 228) angeführt.

Allerdings fehlen in diesem Durchgang bestimmte Themenaspekte und Hintergründe, die m.E. in einem Grundlagenwerk unverzichtbar sind: Die kulturelle Ausgangslage der Pluralisierung und Ausdifferenzierung moralischen Wissens wird zwar konstatiert (z.B. 164), es kommt aber zu keiner soziologischen Analyse dieser allenthalben prägenden Situation, so dass auch die hermeneutische Vorstellung einer lebensweltlichen Etablierung von Normen keinen adäquaten Bezug hat. Auch Wertphänomene finden an einigen Stellen Erwähnung (16ff., 31–34, 243), man vermisst aber eine Theorie der Werterfahrung, die den Zusammen-

hang zwischen menschlicher Ausgangslage, Sinn- bzw. Werthaftigkeit, explizit sittlichen Werten und situativen Normen herzustellen vermag. Das fällt umso mehr ins Gewicht, weil Marschütz mit Recht die Bedeutung und Kommunikabilität subjektiv erfahrbarer Wertgrößen für den sittlichen Diskurs erkennt und anmahnt (z.B. 218ff., 236). Weitere Bedenken zielen auf die vom Autor vorgelegte Schuld- bzw. Sündentheorie: Zu ausladend erscheint mir die Erörterung des Bemühens, Sünden ihrer objektiven Schwere nach zu klassifizieren, wobei es zutrifft, dass diese traditionelle „Entleerung" eines zentralen Existentials kirchlich längst nicht überwunden ist. Vor allem vermisse ich eine genuin theologische Interpretation der Schulderfahrung, die christlich mit dem Sündenbegriff angezielt wird: Letztlich geht es damit nicht um die zusätzliche – nun „vor Gott" erfolgende – Verstärkung von Schuld, sondern um ihre im Glauben wachsende existentielle Vertiefung, die innere Einsicht und personale Umkehr erst ermöglicht.

Damit verbinden sich abschließend zwei systematische Anfragen: Welches Konzept philosophischer Anthropologie liegt der bei Marschütz geleisteten Erörterung human ausschlaggebender Phänomene wie Gewissen, Freiheit, Schuld und Versöhnung zugrunde und verbindet sie? Denkbar ist eine existentialphilosophische Einbindung, mittels der deutlich würde, dass die genannten Erfahrungen Ausfaltungen jener personalen Grundsituation sind, in der ein Mensch sich dem Guten nicht gegenübersieht, sondern darin vor sich selbst gebracht ist, um sein Menschsein schöpferisch zu entwerfen und zugleich zu verantworten (vgl. 83ff., 104f., 162f., 171, 213).

Schließlich zur vorfindlichen Theologie: Marschütz zielt auf den Topos der in Jesus Christus offenbar gewordenen unbedingten Liebe Gottes und führt ihn binnentheologisch versiert aus (z.B. 49–61, 116–121, 158ff.). Das wirkt im Laufe der Erörterung bisweilen anthropologisch unvermittelt, wobei dieses Desiderat das Fach insgesamt betrifft: Die Theologische Ethik darf nicht nur behaupten, sondern muss existentiell wie strukturell plausibel machen, inwiefern der Glaube im sittlichen Streben greift, ohne sogleich die „normative Last" zu verstärken oder lediglich schöner Zierrat zu sein. Marschütz verfolgt mit seinen Arbeiten diese ethisch und christlich befreiende Zielvorstellung. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass er bereit ist, auch lehramtliche Aussagen zu hinterfragen, wenn sie in puncto Moral sachliche Einsicht, sittliche Vernunft und kommunikative Erfordernisse konterkarrieren (36–41, 68f., 94f., 179ff., 227ff.). *Hanspeter Schmitt, Chur*

SOZIALWISSENSCHAFTEN

JACOBI, GERT (Hrsg.): **Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen.** Bern: Hans Huber, 2008, 528 S., ISBN 978-3-456-84543-2, Geb., EUR 59.95

Prof. Dr. Gert Jacobi, emeritierter Leiter der Abteilung für Pädiatrische Neurologie am Zentrum der Kinderheilkunde an der Goethe-Universität Frankfurt, legt hier unter Mitarbeit von weiteren Fachexperten ein Handbuch zu den vielfältigen Fragen der Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung vor, wobei 7 der 14 Beiträge aus seiner Feder stammen.

Für die Aktualität der Arbeit sprechen allein schon die angeführten Daten. So werden in Deutschland jährlich zwischen 150.000 und 180.000 Kinder physisch misshandelt. Von denen, die wegen schwerer Verletzungen in Kinderkliniken aufgenommen werden, sterben 12–15 %, und knapp 40% bleiben auf Dauer geschädigt, vor allem durch Hirnverletzungen und Hirnblutungen. Nach einer kurzen historischen Einführung in die Sozialgeschichte der Kindheit, der Körperverletzung und Kindesvernachlässigung durch Prof. Hans-Peter Kröner von der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Frankfurt beschreibt Jacobi in seinem Beitrag „Die derzeitige Situation bei physischer Kindesmisshandlung und Neglect" die diesbezügliche Häufigkeit und die Todesfälle durch Kindesmisshandlung, das Münchhausen-by-proxy-Syndrom sowie die pädiatrischen Anforderungen mit Darstellung einer Reihe konkreter Fälle. Im Beitrag „Begriffsbestimmungen und Überlegungen zur Kindesmisshandlung" wird aufgrund der Vielschichtigkeit der Thematik auf eine Definition verzichtet. Dafür werden aber das gesellschaftliche Umfeld, die Langzeitfolgen, die Forderungen an die Familiengerichte beschrieben und Vorschläge zur Vermeidung von Kindesmisshandlung gebracht. Im Beitrag „Formen der physischen Kindesmisshandlung und verwandte Phänomene" erläutert der Hrsg. den Begriff der Kindesmisshandlung, beschreibt das Schütteltrauma und geht auf die weltweiten Probleme der Kindermisshandlung und verwandter Phänomene ein, wie Kinderarmut, Beschneidung von Mädchen, Kinderarbeit, Heimerziehung, Kinderpornographie, Internet-Killerspiele, das aktive Verstümmeln von Kindern (Kinder als Bettler), die Aussetzung von Kindern, „Ehrenmorde" und rituelle Misshandlungen. Hier werden leider mangelnde Kenntnisse durch unsachliche Allgemeinplätze, wie etwa beim Exorzismus, aufpoliert. Im Beitrag „Klinische Erfahrungen" schreibt Jacobi auf der Grundlage von 234 eigenen Patienten über die herausragende Bedeutung des Alters eines misshandelten Kindes, die Verantwortung für die Diagnose, die Ursachen von Kindesmisshandlung und die Misshandler selbst. In „Klinik der physischen Misshandlungen" kommen das Schütteltrauma, Augenverletzungen, schwere Traumata, chronische Verletzungen wie Frakturen, Verbrühungen und Verbrennungen, Vernachlässigung bis zur Verwahrlosung, Verhaltensstörungen nach Kindesmisshandlung und das Münchhausen-by-proxy-Syndrom zur Sprache. Dem schließt sich der Beitrag „Differenzialdiagnose der physischen Kindermisshandlung" an, mit Hinweisen auf abnorme Blutungsbereitschaft, Hautveränderungen und neuropathologische Befunde. In „Die Rolle verschiedener Berufsgruppen bei Kindesmisshandlung und Neglect" geht Jacobi schließlich noch auf die Rolle der Ärzte und Kliniken, der Jugendämter, der Richter und auf die Rechtsprechung ein.

Nach diesen übergreifenden Beiträgen durch den Hausgeber folgen fachspezifische Beiträge. Dr. *Valérie Oesch* und Prof. *Zacharias Zachariou* von der chirurgischen Universitätsklinik Bern befassen sich unter „Kindesmisshandlung aus kinderchirurgischer Sicht" mit der körperlichen Untersuchung, der allgemeinen Wirkung stumpfer Gewalt auf Körper und Skelett, den Wirkungen von penetrierender Gewalt wie Schnitt-, Schuss- und Pfählungsverletzungen, mit Verletzungen bei sexueller Misshandlung, Wirkungen von Beschleunigungskräften wie beim Schütteltrauma, Tin-Ear-Syndrom, Skelettverletzungen sowie Wirkungen von thermischen und chemischen Noxen.

Die Radiologin *Prof. Brigitte Stöver* von der Charité in Berlin befasst sich in ihrem Beitrag „Bildgebende Diagnostik des Battered-Child-Syndroms" u.a. mit typischen Verletzungsmustern an den langen Röhrenknochen, Misshandlungsfolgen an der unteren und oberen Extremität, der Wirbelsäule, mit den Frakturen und dem Skelett, dem ZNS-Trauma und den viszeralen Verletzungen. Prof. *Reiner Frank* von der Universität München beschreibt in seinem Beitrag „Kindesmisshandlung aus kinderpsychiatrischer Sicht", neben Hinweisen auf Häufigkeiten und Entstehungsbedingungen, Diagnostik- und Behandlungskonzepte, die psychischen Folgen und das Konzept der langfristigen Beobachtung.

Prof. *Hansjürgen Braztke* und *Dr. Constanze Niess*, Goethe-Universität Frankfurt, erläutern in ihrem Beitrag „Kindesmisshandlung aus rechtmedizinischer Sicht" die rechtlichen Folgen der Einwirkung durch stump-

fe und scharfe Gewalt, des Ertrinkens, der Strangulation, der Hitzeeinwirkung, der Vernachlässigung und des Münchhausen-by-proxy-Syndroms, während Dr. *Stefan Heilmann* vom Amtsgericht Frankfurt am Main und Prof. *Ludwig Salgo*, Goethe-Universität Frankfurt, in „Kindesmisshandlung und die Problemfelder des Rechts" die Frage des Kinderschutzes, des Schutzauftrages des Jugendamts und die Abwehr von Kindeswohlgefährdung durch das Familienrecht erläutern.

Im letzten Beitrag „Das Handeln des Jugendamtes bei Kindesmisshandlung" gibt Dipl.-Soz.-Päd. *Ulrike Friedrich-Graf* vom Stadtjugendamt München einen Einblick in die Gefährdung des Kindeswohls, das sozialpädagogische Handeln nach Meldung einer Gefährdung, den Diagnoseprozess, die Gestaltung des Hilfsprozesses, die Handlungsmöglichkeiten der Jugendhilfe, die Verfahren zur Qualitätssicherung im Gefährdungsfall, die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Medizin sowie das Verhältnis der Jugendhilfe zu den Strafverfolgungsbehörden.

Dieser stichwortartige Überblick zu den Autoren und den einzelnen Beiträgen der vorliegenden Arbeit, die mit konkreten Beispielen und zum Großteil auch mit Grafiken, Tabellen und Farbbildern der verschiedensten Misshandlungsformen angereichert sind, veranschaulicht nicht nur die Vielfältigkeit des Kindesmissbrauchs und der Vernachlässigung von Kindern, sondern auch die Vielfalt der entsprechenden Beschreibung durch die Autoren. Die Beiträge sind in allgemein verständlicher Sprache verfasst, ohne Anmerkungen, jedoch mit Literaturangaben am Fuß der Beiträge oder am Ende des Bandes, der mit einem umfangreichen Literatur-, Abkürzungs- und Autorenverzeichnis sowie einem Sachregister schließt.

Was den ethischen Aspekt betrifft, so ist der Band neben den rechtlichen Betrachtungen durch die Darstellungen der einzelnen Misshandlungsformen an Kindern eine Fundgrube an Beispielen für ethische Erwägungen, geht es hier doch um die Verletzung von Menschenrechten in der Extremform.

Insgesamt kann der Band als ein Standardwerk in der Darstellung der Kindesmisshandlung bezeichnet werden. Er gehört somit nicht nur in die Hände von Kinderärzten, Sozialarbeitern, Juristen, Seelsorgern und Politkern, sondern in jede Hand, für die das Kindeswohl bedeutsam ist.

Andreas Resch, Innsbruck

WEITIN, THOMAS (Hrsg.): **Wahrheit und Gewalt. Der Diskurs der Folter in Europa und den USA.** Bielefeld: transcript, 2010, 293 S., ISBN 978-3-8376-1009-3, Brosch., EUR 29.80

Das Waterboarding in Guantánamo und das Vorgehen des Frankfurter Polizeipräsidenten, der in einem Entführungsfall dem Täter mit Folter drohte, motivieren eine eingehende Beschäftigung mit dem Phänomen der Folter und den Diskussionen, die um sie geführt werden. Insofern ist ein Band willkommen, der sich neben ethischen und rechtlichen Fragen explizit der geisteswissenschaftlichen Fragestellung zuwendet, wie denn „Folter" zur Sprache gebracht wird. Offenkundig sind ja von den „ticking bomb"-Szenarien der Utilitaristen, in denen Rettungs- und Präventivfolter angesichts eines Täters, der eine ganze Gemeinschaft bedroht, motiviert werden, bis hin zu den Gewaltphantasien in Action- und Horror-Filmen sehr auffällige Inszenierungen von Folter zu beobachten. Der anzuzeigende Band stellt sich dieser Aufgabe, indem er zunächst die Grundlagen der Folterdiskussion betrachtet, um dann die Diskurse über Folter in Europa und den USA zu analysieren. Th. Gutmann weist auf den Schutz vor Folter als dem tragenden Konstitutionsprinzip der deutschen Verfassung hin. Die Unantastbarkeit der Würde des Menschen sollte einen Schutzbereich gegenüber Kollektivinteressen schaf-

fen, mithin die Opferung oder vollständige Instrumentalisierung des Einzelnen für das Kollektiv verhindern. Damit zeige das Grundgesetz eine direkt antiutilitaristische Struktur. Die Rationalität des Rechts sei hier eine antikonsequentialistische. Der Preis solcher kategorischer Prinzipien sei der Mangel an intuitiver Plausibilität des „fiat iustitia pereat mundus". Gutmann beendet seine Darstellung, indem er einen inflationären Bezug auf die Menschenwürde beklagt. Da diese ein „Gewinnargument par excellence" darstellte, würde sie im biopolitischen Diskurs übermäßig, will sagen auch auf Embryonen, ausgedehnt. Der sachliche und argumentative Zusammenhang zur Folterproblematik wird hierbei nicht recht deutlich. Es scheint, als habe der Autor das Bedürfnis einer weltanschaulichen Positionierung nicht ganz unterdrücken können. Dieser Tendenz folgt noch ungehemmter der Fernsehwissenschaftler L. Ellrich, wenn er schon in Fußnote zwei in wenigen Sätzen das Christentum als Perversion glaubt demaskiert zu haben. Er fragt sich, ob die westliche Kultur überhaupt moralische Ressourcen mobilisieren könne, um die gängigen Effizienz-Argumente – etwa der utilitaristischen Folterbefürworter – zu entkräften, eine sowohl relativ als auch absolut eher überraschende Einschätzung. B. Wolf untersucht die diskursiven Praktiken von Folter und Martyrium, deren gemeinsame Geschichte er in der römischen Rechtspraxis ausmacht. Ausführlich untersucht er Voltaires Schaffung von Öffentlichkeit angesichts der Folter. Parallel dazu geht er auf das zeitgleiche Projekt der Bollandisten ein, Märtyrerakten zu sammeln. P. Oestmann stellt sich die Aufgabe, rechtmäßige und rechtswidrige Folter begrifflich zu unterscheiden. Er geht dabei rechtsgeschichtlich von drei Phasen aus, einer, in der reines Ermessen bei Anwendung und Durchführung herrschte, eine, in der vor allem die Durchführung nach freiem Ermessen sich vollzog und eine letzte, kurze, schon die Ächtung der Folter vorbereitende, in der Anwendung und Durchführung streng geregelt waren. Th. Weitin berichtet über eine Kirchenräuberbande des 18. Jahrhunderts, deren Prozess durch einen Lüneburgischen Pastor detailliert überliefert ist. Dabei kann er der „spirituellen" Dimension der Folter nachgehen: Einige Räuber waren bereits foltererfahren, so dass Einblicke in die Spezifik des Nicht-Wissens über die Länge und Härte der Folter als eigentliches Mittel der Folter möglich werden. Er geht in diesem Zusammenhang auch auf Kants Ablehnung des Eids als „tortura spiritualis" ein, wonach selbst ein Zwang zur Wahrheit der Freiheit widerspricht. D. Kremer beschreibt das diskursgenerative Moment der Folter in der Literatur der Romantik. Dabei unterscheidet er zwei komplementäre Grundformen: Die Darstellung der Folter zwecks idealistischer Darstellung einer Art Triumph des Willens und eine eher realistische Hinwendung zur Gebrochenheit des Menschen unter der Folter. An Hoffmann stellt er das bis hin zu Kafka wirkmächtige Selbstbild des Künstlers als des sich selbst folternden vor. S. Kramer geht Filmkritiken Amérys nach, in denen dieser einer bloß ästhetizistischen Darstellung der Folter, etwa in Film „L' Eden après" von Robbe-Grillet, entgegentritt. Aktuellere Streifen hat A. Meteling im Blick, der im modernen Splatterfilm eine Ablösung der Folter vom Zweck der Wahrheitsbeschaffung beobachtet. In der Diskussion um mediale Gewalt sieht er eine Dominanz von „stimulus response"-Theorien gegenüber Theorien der Katharsis. J. Martschukat geht dem Parallelismus von Lynching und Todesstrafe in den USA des frühen 20. Jahrhunderts nach. Er beschreibt eine Art Ersetzung des „public torture lynching" durch eine nicht minder rassistisch ausgerichtete, aber staatlich monopolisierte Form der Tötung durch die Todesstrafe. S. Niedermeier zeigt den Zusammenhang zwischen Folter und Lügendetektoreinsatz auf. Einer-

seits sollte er den brutalen Alltag der Verhörpraxis versachlichen, andererseits entsprachlicht der Detektor genauso wie die Folter den Zugang zur Wahrheit. An den Geschehnissen in Guantánamo und Abu Ghraib macht K. Mladek den perfiden Zusammenhang von Scham und Folter deutlich. Wer gefoltert wird und seine Sache verrät, sei damit nicht dem Mitleid, sondern der Verachtung überantwortet. C. L. Boggs befasst sich anschließend mit der Auffälligkeit, dass Hunde in Abu Ghraib und anderswo keine geringe Rolle spielen, und versucht dem mit Lacan und Derrida auf den Grund zu gehen. Insgesamt bietet der Band einige lesenswerte Zugänge zum Phänomen, die eher juristisch und historisch ausgerichteten Beiträge sind dabei sicher von größerem Gehalt als die sich teilweise in Gesuchtheiten verlierenden medientheoretisch oder kulturwissenschaftlich ausgerichteten Beiträge.

Joachim Comes, Frankfurt a. M.

BECKMANN, JAN P.: **Ethische Herausforderungen der modernen Medizin.** Freiburg; München: Alber, 2009, 502 S. ISBN 978-3-495-48394-7, Geb., EUR 49,00

Im Schlusswort verweist der Autor darauf, dass die moderne Medizin sowohl Urheberin als auch Adressatin der Herausforderungen ist, „indem sie den Einzelnen und die Gesellschaft als Ganze mit neuen wissenschaftsbasierten Handlungsoptionen konfrontiert" (S. 497). Die ethischen Herausforderungen werden in vier Bereichen dargestellt, in der Forschung (Beispiel Stammzellforschung), in der Diagnostik (Beispiel Genetische Diagnostik), auf dem Gebiet der therapeutischen Art (Beispiel Transplantationsmedizin) und im Bereich nicht-kurativer Art (Beispiel Palliativmedizin).

Zu allen vier Teilen, die wiederum in jeweils vier bis sechs Kapitel gegliedert sind, gibt es einen umfangreichen Anmerkungs- und Literaturnachweis. Im Vorwort wird darauf verwiesen, dass das Buch aus einer Reihe von Vorlesungen, Publikationen und Lehrmaterialien entstanden ist. Dazu wird in jedem Kapitel noch einmal der Nachweis angeführt.

Der Autor besitzt langjährige Erfahrungen in der medizin-ethischen Aus- und Weiterbildung und ist selbst „seit 2002 (stellv.) Mitglied der Zentralen Ethikkommission für Stammzellforschung (ZES) in Berlin", ist also auch im interdisziplinären Sprachgebrauch geübt. Insofern ist dieses Buch für alle, die eine gewisse philosophische Vorbildung besitzen, eine kompetente Informationsquelle zu den genannten vier Bereichen.

Innerhalb der Rezension ist es unmöglich, auch nur alle Kapitel zu erwähnen, deshalb beschränke ich mich auf vier wesentliche Erkenntnisse, die der Autor vermittelt:

Erstens, die ethische Herausforderung ist vor allem eine an die Haltung des Arztes als Forscher oder Therapeut. Alle Bemühungen um ein Gesetz schaffen nur einen nationalstaatlichen Rahmen, lösen aber nicht die herangereiften ethischen Konflikte. Das gilt für die nationale wie die internationale Debatte um den Schutz und die Nutzung des Embryos, die Ausschöpfung neuer gendiagnostischer Möglichkeiten, den Umgang mit Organen und Geweben sowie die Einstellung zur Schmerzlinderung, Sterbebegleitung und dem Töten auf Verlangen. Der Autor ist bemüht, die Konfliktfelder zu benennen, den Weg bis zur aktuellen Gesetzgebung darzustellen und den Handlungsspielraum, der verbleibt, anzugeben.

Zweitens, im Mittelpunkt aller medizinethischen Herausforderungen steht der veränderte Zeitgeist mit dem Primat der Selbstbestimmtheit im Gegensatz zur Fürsorge, die als „Paternalismus" schon einer Legitimation bedarf. An die Stelle der früher geltenden Wertorientierung „das Wohl des Kranken ist oberstes Gesetz" tritt „der Wille des Kunden ist oberstes Gesetz" (Dies ist meine Formulierung. E.L.) Natürlich ist das Recht auf umfassende Information

„Göttlicher Komödie") und Zeitgenossen dieser Bewegung sowie die Entstehung der *World Transhumanist Association*. Zutreffend ist sicher die Wertung des Autors, dass die Bewegung der Transhumanisten ihren steigenden Bekanntheitsgrad „weniger der Arbeit ihrer Mitglieder, als vielmehr dem Bekanntheitsgrad ihrer Kritiker (verdankt). Autoren wie Francis Fukuyama und Jürgen Habermas ... haben implizit oder explizit den Transhumanismus bzw. die von ihm vertretenen Positionen kritisiert " (S. 141).
Besonders interessant war in diesem Teil für mich die von O. Krüger vorgenommene Beschreibung kryonischer Unsterblichkeitshoffnungen. Der Beitrag enthält eine kurze Geschichte der Kryonik, Fakten zur Gründung entsprechender Organisationen und Zahlenmaterial zu gegenwertigen Kryonauten (eingefrorenen Leichnamen) und den jeweils angewandten Techniken.
Der dritte Teil des Buches wendet sich Ideen der Endlichkeit und Sterblichkeit in der Ethik zu. Hier soll vor allem am Ende des Lebens die Handlungsfähigkeit des sterbenden Menschen ins Zentrum der Betrachtungen gerückt werden. Am eindrucksvollsten gelingt dies K. Ohnsorge und Ch. Rehmann-Sutter in ihrem Beitrag über empirische Studien in der Palliativmedizin. Sie verweisen nicht nur auf ein Manko in der Forschung dazu, sondern räumen auch überzeugend mit dem Vorurteil auf, dass Studien in der letzten Phase des Lebens, dem Sterben, die Menschen zusätzlich und unnötig belasten. Im Gegenteil – dieses Einlassen auf den Sterbewunsch des Patienten und Gespräche oder Studien in dieser Zeit, können die Mauer des Schweigens brechen, die den Patienten sonst häufig umgibt.
Der letzte Beitrag von P. Strasser ist Paradoxien des medizinischen Forschritts (angesichts des Todes) im Zeitalter der Autonomie gewidmet: „Umso mehr Medizin es gibt, umso mehr fühlen sich die Menschen krank oder durch Krankheit bedroht." „Umso mehr Ethik in der Medizin Platz greift, umso weniger ist die traditionelle Rolle des guten Arztes noch verfügbar." „Umso mehr auf Patientenautonomie gepocht wird, umso weniger rationale und psychische Bewegungsfreiheit bleibt unter Umständen dem Patienten." ... „Je stärker die Forderung nach dem autonomen Sterben wird, umso lebensfixierter wird die Gesellschaft und umso sinnloser erscheint der Tod.

Viola Schubert-Lehnhardt, Halle (Saale)

SEITH, CAROLA: **Status und Schutz des extrakorporalen Embryos. Eine rechtsvergleichende Studie.** Baden-Baden : Nomos Verlagsgesellschaft, 2007 (Ethik und Recht in der Medizin; 42/2), 377 S., ISBN 978-3-8329-2825-4, Pb, EUR 69.00

Die Methoden der modernen Reproduktionsmedizin und die unmittelbar mit ihnen in Zusammenhang stehenden Problembereiche der Präimplantationsdiagnostik und Stammzellforschung werfen hochbrisante Fragen nach dem moralischen bzw. rechtlichen Status des extrakorporalen Embryos und seiner entsprechenden Schutzwürdigkeit auf: Ist der Status eines Embryos in vitro substantiell verschieden von dem eines Embryos in vivo oder eines geborenen Menschen? Lässt sich der Umgang mit Embryonen danach bemessen, in welchem konkreten Entwicklungsstadium sie sich befinden, wie sie entstanden sind oder welche konkrete Entwicklungsmöglichkeit sie besitzen? Welchen rechtlich geschützten Interessen (z. B. Recht auf Leben und körperliche Identität, Recht auf Fortpflanzung, Schutz der Gesundheit und Forschungsfreiheit) ist unter Umständen der Vorrang gegenüber dem Schutzanspruch des extrakorporalen Embryos einzuräumen?
Die vorliegende Studie von Carola Seith nimmt diesen weiten Fragehorizont unter Berücksichtigung von insgesamt sechzehn europäischen und außereuropäischen Rechtsordnungen bzw. deren Regelungen zu Status und Schutz des extrakorporalen

Embryos in den Blick, und zwar mit dem erklärten Ziel, „die festgefahrenen Fronten in der deutschen Statusdebatte zu lockern und alternative Lösungskonzepte für die Frage nach dem Umgang mit extrakorporalen Embryonen aufzuzeigen" (25). Ob die Autorin diesem hochgesteckten Ziel gerecht zu werden vermag, wenn sie gegen Ende ihres detaillierten und differenzierten Rechtsvergleiches mitsamt den darin aufscheinenden moralischen Einstellungen und anwendungsbezogenen Interessenlagen kurzerhand den Versuch für gescheitert erklärt, einen Status des Embryos zu definieren, der sämtliche handlungsorientierte Fragen schlüssig aus sich selbst heraus beantwortet (341), muss allerdings bezweifelt werden. Prinzipiell unvereinbare Positionen in der gesellschaftspolitischen Diskussion über den adäquaten Umgang mit dem Embryo in vitro, welche diesen entweder als voll schutzwürdigen Inhaber der Menschenwürde und Träger des Rechtes auf Leben auffassen oder ihn aber je nach Entwicklungsstadium und kontextueller Situation für lediglich eingeschränkt schutzwürdig halten und letztlich als Objekt behandeln wollen, lassen sich nicht dadurch annähern, dass man vom entscheidenden Aspekt dissentierenden Statusbestimmungen absieht und eine pragmatische „Verständigung auf einen mittleren Weg" (351) unter möglichst breiter Einbeziehung verschiedenster Interessenvertreter empfiehlt.

Bei aller Einsicht in die Berechtigung und Notwendigkeit juristischer bzw. ethischer Kompromisse gibt es gleichwohl in jenen Fragen, die unmittelbar das Existenzrecht von geborenen oder ungeborenen (egal ob in vivo oder in vitro) Menschen betreffen, nicht wirklich die Möglichkeit zu einem fairen statt im Kern faulen Kompromiss. Dass Carola Seith ausgerechnet die deutsche Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch als gelungenes Modell des Ausgleichs zwischen Verfechtern eines ausnahmslosen Schutzanspruchs des Ungeborenen einerseits und Fürsprechern des vorrangigen Selbstbestimmungsrechts schwangerer Frauen andererseits anführt (350f.), macht ihr Plädoyer für eine konsensorientierte Kompromisslösung in Fragen des Umgangs mit extrakorporalem menschlichem Lebens nicht überzeugender. Ganz im Gegenteil: Gerade die Abtreibungsgesetzgebung ist nach wie vor – nicht nur hinsichtlich der durchgeführten Spätabtreibungen und der zum Teil kryptoembryopathischen medizinischen Indikation – heftig umstritten und gilt als verfassungsrechtlich höchst problematisch. Weit davon entfernt, den geforderten Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens nicht nur in der Theorie, sondern auch in der konkreten Anwendung zu gewährleisten, läuft das geltende Abtreibungsrecht de facto auf eine Fristenregelung mit vorgeschalteter Pflichtberatung hinaus, und man muss sich fragen, wann der deutsche Gesetzgeber seiner vom Bundesverfassungsgericht geforderten Nachbesserungspflicht in dieser Sache wohl nachzukommen gedenkt.

Die Autorin selbst spricht in ihrer den komplexen einzelnen Themenfeldern (Reproduktionsmedizin, Forschung an und mit Embryonen, Präimplantationsdiagnostik, Abtreibung) mit Akribie und erkennbar kritischem Bewusstsein nachgehenden Arbeit immer wieder – völlig zu Recht – von logischen Unstimmigkeiten, juristischen Unzulänglichkeiten und Wertinkonsistenzen hinsichtlich des Umgangs mit Embryonen in vivo, Embryonen in vitro, geborenen Menschen und toten Menschen (vgl. u.a. 81–87, 114–117, 230f, 330–337). So vermerkt sie etwa, dass der pränidative Embryo in vivo weder durch die §§ 218 ff. StGB noch durch das deutsche Embryonenschutzgesetz (mit seinen strengen Schutzbestimmungen für den frühen Embryo in vitro) normativ geschützt ist, wiewohl es gesetzgeberisch ein Leichtes (gewesen) wäre, nidationshemmende Mittel als Verhütungsmaßnahme zu verbieten (84f.). Und mit Blick auf die medizinisch assistierte Reproduktion resümiert Seith: „In allen untersuchten Ländern

(Ausnahme: Italien; J. B.) steht es der Frau frei, sich nach Erzeugung gegen den Transfer des oder der Embryonen zu entscheiden. Dass eine Frau nicht gegen ihren Willen gezwungen werden kann, sich einem Transfer zu unterziehen, liegt an sich auf der Hand. Erstaunlich ist aber, dass keinerlei formale Anforderungen an den Widerspruch gestellt werden. Nicht einmal in den Ländern mit hohem Schutzanspruch wird analog den deutschen Bestimmungen zur Beratung bei indikationslosem Schwangerschaftsabbruch gefordert, dass die widersprechende Frau durch Hilfsangebote ermutigt werden soll, den Transfer doch zuzulassen" (231).

Dass sich die Autorin einerseits ganz offensichtlich an solchen Inkonsequenzen stört, sie die Willkür in den rechtlichen und wertungsmäßigen Unterscheidungen zwischen verschiedenen tatsächlichen Stadien vorgeburtlichen Lebens erkennt (338) und vom Gesetzgeber eindeutige Positionen in der Frage des Lebensschutzes erwartet (342), andererseits dann aber doch für pragmatische Kompromisslösungen eintritt und den Verfechtern eines ausnahmslosen Schutzanspruchs des Ungeborenen – zumindest indirekt – „Ignoranz gegenüber der Realität" (349) vorhält, lässt den Rezensenten der vorliegenden Arbeit einigermaßen verwundert, um nicht zu sagen irritiert zurück. Welche Art von „Realität" (Meinungsbilder und Handlungsmuster in der Gesellschaft? Politische Mehrheitsverhältnisse? Ökonomische Sachzwänge?) ist hier gemeint? Geht es um Anerkennung der normativen Kraft des Faktischen (im Sinne faktischer Mehrheitsverhältnisse in der öffentlichen Meinung)? Warum ermöglicht die „Realität" in Italien eine – wie Seith sich ausdrückt – „Rolle rückwärts" (304) hin zu strikteren Schutzbestimmungen für Embryonen im Rahmen von Reproduktionsmedizin und Forschung, während die „Realität" in Frankreich, Spanien, Deutschland und der Schweiz eine „Tendenz zu Gunsten einer behutsamen forschungsfreundlichen Öffnung seitens einst rigoroser rechtlicher Positionen zur Forschung am Embryo in vitro" (304) zeitigt?

Der Eindruck, dass Carola Seith in ihrer bei Albin Eser in Freiburg erstellten Dissertationsschrift aus vielen richtigen Einzelbeobachtungen und -urteilen hinsichtlich einer unangemessenen Verobjektivierung menschlicher Embryonen letztlich doch (fast möchte man sagen: gegen ihre eigene Logik) den falschen Schluss einer Befürwortung gemäßigt liberaler fortpflanzungsmedizinischer oder forschungsspezifischer Regelungen zieht, beeinträchtigt leider diese gut geschriebene, ausgesprochen informative und verdienstvolle Arbeit.

Insbesondere der zweite, mit Abstand größte Hauptteil (118–310), in dem sich Seith der Systematisierung und Analyse der einzelnen Regelungen in den verschiedenen Ländern zuwendet, Vergleiche zur im ersten Hauptteil (28–117) referierten deutschen Rechtslage anstellt und je nachdem Vorzüge und Nachteile innerhalb der großen Vielfalt von Herangehensweisen an die den Embryo betreffenden Fragen ausmacht bzw. darstellt, ist unbedingt lesenswert. Er vermittelt nicht allein eine Fülle interessanter Einzelheiten, sondern trägt ganz wesentlich dazu dabei, dass sich der Leser im reichlich undurchsichtigen Dschungel nationalstaatlicher Regelungen besser zurechtfindet. Methodisch versiert werden die verschiedenen Rechtsgebiete (Verfassungsrecht, Strafrecht, Zivilrecht, Gesundheitsrecht) erfasst, in denen einzelne rechtliche Regelungen zu finden sind, und es werden die Gründe erwogen, weshalb sich die jeweiligen Gesetzgeber entschieden haben, die den Embryo in vitro betreffenden Regelungen in einem bestimmten Rechtsgebiet anzusiedeln. Darüber hinaus beleuchtet Carola Seith – soweit dies möglich ist – die Regelungsmotive der verschiedenen nationalen Gesetzgeber (Schutz des extrakorporalen Embryos, Schutz vor Missbrauch und unerwünschten Entwicklungen, Bekämpfung der Sterilität und Erleichterung der Fortpflanzung, Förderung der medizi-

nischen Forschung und Gesundheitsschutz, Angleichung an internationale Standards; 164–180) sowie die konkreten rechtlichen Interessen, d. h. die „Schutzgüter", welche den einzelnen Regelungen zugrunde liegen (z. B. Würde des Menschen, Recht auf Leben und körperliche Identität, Wohl des Kindes, Recht auf Fortpflanzung, Schutz der Gesundheit und Forschungsfreiheit, Schutz der Familie; 180–201).

Ausgesprochen hilfreich für eine bessere Orientierung auf dem unübersichtlichen Terrain der länderspezifischen, den Embryo betreffenden Regelungswerke ist schließlich auch die schematische Einteilung durch die Autorin in *vier Grundmodelle* (201–215): Regelung durch Gebote und Verbote („*regulativ-punitiv*") dominiert etwa in Deutschland und Italien; Regelung durch behördliche Verfahren („*administrativ-präventiv*") spielt überwiegend in England, Frankreich, Spanien, Griechenland und der Schweiz eine Rolle; der amerikanische Bundesgesetzgeber beispielsweise versucht mangels formellem Gesetz durch den Einsatz oder durch die Verweigerung von Steuermitteln – je nach Administration wechselnd – zur Förderung von Forschungsprojekten Einfluss auf den Umgang mit Embryonen in vitro zu nehmen („*ökonomisch-finanziell*"); und die geringste regulative Kraft entfaltet schließlich wohl der Verweis auf den unbestimmten Rechtsbegriff der „Gesellschaftsmoral" oder der schlichte Appell an die sittliche Vernunft („*propagierend-appellativ*"), wie er in China üblich ist.

Es führte im Rahmen dieser Besprechung zu weit, auf den bisweilen sehr verästelten substantiellen Vergleich der unterschiedlichen Regelungskomplexe in den einzelnen europäischen und außereuropäischen Ländern einzugehen. Erfreulich klar jedenfalls analysiert Carola Seith den im Rahmen der divergierenden Normen jeweils verwendeten Begriff des Embryos, wobei die Bandbreite allein der Bezeichnungen von „befruchtete Eizelle", „entwicklungsfähige Zelle", „Prä-Embryo", „Blastozyste", und „Zygote" bis hin zu „Gezeugter", „empfangenes Kind" oder „Mensch im Embryonalstadium" reicht. Detailliert und mit beachtlicher Sachkenntnis werden die beiden wesentlichen Problembereiche „Fortpflanzungsmedizin" (223–262) sowie „Forschung an und mit Embryonen" (262–310) bearbeitet und die darin gegebene konkrete Realisierung von Schutzansprüchen des menschlichen Lebens im Embryonalstadium kritisch reflektiert.

Dass Carola Seith aus den vielen zutreffenden und wichtigen Einzelurteilen ihrer Arbeit im dritten und letzten Hauptteil ihrer Dissertation (311–351) – der nicht von ungefähr ziemlich knapp im Umfang und seltsam unbestimmt in der sachlichen Position (die vielen Fragezeichen allein schon in den Überschriften sind sicher kein Zufall) ausgefallen ist – davon Abstand nimmt, die implizit von ihr selbst nahegelegten Schlüsse zu ziehen, wurde bereits eingangs als vorrangiger Kritikpunkt thematisiert. Oder war es auch die latente Sorge, sich als versierte Juristin dem Vorwurf einer realitätsfernen oder gar fundamentalistischen Position in der Frage des Umgangs mit ungeborenem menschlichen Leben auszusetzen, wie er gerne von Stimmen aus dem „meinungspolitischen Mainstream" gegenüber Befürwortern konsequenter Schutzbestimmungen erhoben wird? Der Mut, Farbe zu bekennen und sich gegen falsche Kompromisse auf diesem rechtlich wie ethisch umstrittenen Handlungsfeld zu verwahren, hätte der in weiten Teilen hervorragenden wissenschaftlichen Qualität dieser Studie jedoch keinerlei Abbruch getan und vielmehr die Urteilssicherheit der Autorin eindrucksvoll bestätigt.

Johannes Brantl, Trier

Die ständige Mitarbeit bei ETHICA beinhaltet die Bereitschaft zu fachlicher Beratung und Anregung sowie zu Beiträgen für folgende Rubriken der Zeitschrift:

- Leitartikel
- Diskussionsforum
- Aus Wissenschaft und Forschung
- Dokumentation
- Nachrichten
- Bücher und Schriften

Die Mitarbeit bei ETHICA steht allen offen, die sich wissenschaftlich mit ethischen Fragen befassen oder besondere ethische Erfahrungswerte einbringen können.

Verlag, Auslieferung, Druck:

RESCH VERLAG
Maximilianstr. 8, Pf. 8
A-6010 Innsbruck

Tel. +43 (0)512-574772
Fax +43 (0)512-574772-16

Email: info@igw-resch-verlag.at
http://www.igw-resch-verlag.at/

Anschrift der Redaktion:

ETHICA, Pf. 8, A-6010 Innsbruck

Bezugsbedingungen:

Preis im Abonnement jährl. EUR 39.90 [D], 41.00 [A], sFr 64.–, zuzügl. Versandspesen

Einzelh. EUR 11.50 [D], 11.80 [A], sFr 16.50 zuzügl. Versandspesen

Kündigungsfrist:

6 Wochen vor Ablauf des laufenden Kalenderjahres.

Zahlungsmöglichkeiten:

Bankkonto:
Hypo-Bank Innsbruck: 210 044 950

Postscheckkonten:
München: 1206 37-809
Zürich: 80-54696-2

Erfüllungsort und Gerichtsstand: Innsbruck.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

Mit der Annahme des Manuskripts gehen bis zum Ablauf des Urheberrechts das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Eingeschlossen sind auch das Recht zur Herstellung elektronischer Versionen sowie das Recht zu deren Vervielfältigung und Verbreitung online und offline ohne zusätzliche Vergütung.

Die Ansichten der Autoren von ETHICA decken sich nicht notwendigerweise mit der Auffassung des Herausgebers.

Der Verlag übernimmt keinerlei Haftung für unverlangt eingereichte Manuskripte.

Die Verfasser von Leitartikeln erhalten von jedem veröffentlichten Originalbeitrag 20 kostenlose Sonderdrucke.
Gewünschte Mehrexemplare sind vor Drucklegung bekannt zu geben und werden zum Selbstkostenpreis verrechnet.

ETHICA WISSENSCHAFT UND VERANTWORTUNG

Leitartikel des Jahrgangs 2010:

Christoph Ammann: Emotionslose Ethik? Überlegungen zur Objektivität und Rationalität moralischer Wahrnehmung

Johannes Brantl: Wachstumsmarkt Vaterschaftstests. Ethische Implikationen gendiagnostischer Abstammungsuntersuchungen

Helmut Etzold: Von der Selbstorganisation zur Integration. Werte für eine gelingende Welt

Bernhard Irrgang: Technikvertrauen und autonom-intelligente Technologie

Christian Klager: Ethische Probleme der Tiernamengebung im Zoo

Imre Koncsik: Glaube und Technik. Impulse zur Grundlegung von TRI (technologically responsible investments)

Kongregation für die Glaubenslehre: Instruktion *Dignitas Personae*. Über einige Fragen der Bioethik

Giovanni Maio: Zur Hilflosigkeit der modernen Medizin im Hinblick auf die Frage nach dem Sinn

Emeka Vernantius Ndukaihe: Der Name als wertbewusster Schlüssel zur Identität eines Menschen – Echo aus Afrika

Hanspeter Schmitt: Leben – Freiheit – Würde. Ethische Analyse der organisierten Selbsttötungshilfe. Volker Eid zum 70. Geburtstag

Hans-Martin Schönherr-Mann: Das utopische Denken als Begründung einer globalen Ethik. Eine philosophische Perspektive im Anschluss an Hans Küngs *Projekt Weltethos*

Karsten Weber: Gewalt in den Medien. Methodologische, wissenschaftstheoretische und medienethische Reflexionen

Andreas Woyke: Intergenerative Gerechtigkeit und Verantwortung im Blick auf nanotechnologische Anwendungen und Visionen

Weitere Rubriken: Disskussionsforum, Aus Wissenschaft und Forschung, Dokumentation, Nachrichten, Bücher und Schriften

RESCH VERLAG, Maximilianstr. 8, Postfach 8, A-6010 Innsbruck
Tel. +43 (0)512-574772, Fax +43 (0)512-574772-16
info@igw-resch-verlag.at http://www.igw-resch-verlag.at/

ISSN 1021-8122