

## Ethische Anforderungen an die moderne Medizin

Zunächst ist zu klären, von welchen Anforderungen gehandelt werden soll. Wer mit der früheren Moraltheologie vertraut ist, wird an solche Anforderungen denken, die ein theologischer Ethiker aus der Kenntnis von Offenbarung, kirchlichen Traditionen und aktuellen theologischen Positionen formuliert und definitiv an die Adresse der Mediziner und der Fachleute richtet, die in der modernen Krankenhauswelt engagiert sind. Die medizinisch Tätigen werden in diesem Fall präzeptiv angeredet. Sie erhalten Kommandos, werden Befehlsempfänger. Es kommen beim heutigen Stand der Dinge unter Christen sofort Bedenken auf, ob eine so einseitige Anrede in irgendeiner Weise einen guten Sinn machen kann.

Es zeigt sich sofort, daß es überhaupt nur sinnvoll ist, ethisch-religiöse Soll-Forderungen anzumelden, wenn die Christen gemeinsam zur Kenntnis genommen haben und sich haben betroffen machen lassen von den neuen Fragen, neuen Problemen und neuen ethischen Horizonten, welche die aktuelle Entwicklung der Medizin heraufgeführt hat. In ihnen geht es um Anforderungen nach Klärung, nach denkendem Prüfen und Wertsetzungen, die sich aus dem gewandelten Zustand der medizinischen Situation und ihrem neuen Können an die Adresse jedes Denkenden wie von selbst ergeben. Fragliches steht im Raum. Das Fragliche und Bedenkliche ist zunächst und als erstes zur Kenntnis zu nehmen.

Anforderungen an die moderne Medizin erheben aber Ärzte, Mitglieder des Teams, auch die Planer und Organisatoren des Krankenhauses, in einer gewissen Weise autonom und spontan für sich persönlich fragend. Zumindest erhebt sich die Anforderung, nachdenken zu dürfen, ob man das, was man in der modernen Medizin tut, mit Leib und Seele durchhalten kann und ob es dem anderen an Leib und Seele nutzt. Die spontane Sinnforderung des Mediziners steht dann als zweites zur theologisch-ethischen Vertiefung an.

Des weiteren stellt man fest, daß Anforderungen an die moderne Medizin von der sozialen und politischen Öffentlichkeit und von deren Institutionen erhoben werden. Gesellschaftliche, kulturelle und politisch-ideologische Trends werden umgemünzt in Ansprüche an das Krankenhaus, seine Arbeitsbedingungen und seine kurierenden Effekte. Christliche Ethik hat auch diese Anforderungen, eine dritte Kategorie, zu beleuchten.

Wieder anders sind die Ansprüche oder Bedürfnisse, die der Mensch an die moderne Medizin adressiert, wenn er ihr nicht mehr anonym als Teil der Öffentlichkeit gegenübersteht, sondern als Patient im Erlebnisstadium der Krankheit

Hilfe erhofft oder einfordert. Ethisch ist da zu prüfen: Welche Anforderungen erhebt er zu Recht, welche zu Unrecht, wenn auch vielleicht verständlicherweise? Dies als eine vierte Fragerichtung.

Aus dieser Differenzierung der Anforderungen, die aktuell an die moderne Medizin erhoben werden, ergibt sich, daß aus gläubig-kirchlicher Sicht, von der man erwartet, daß sie umgreifend ist, Anforderungen erst dann und nur dann kompetent erhoben werden, wenn die vorlaufenden und unmittelbaren Anforderungen, die schon im Raum stehen, wahrgenommen, gewertet und kritisch in die theologische Ethik mit hineingenommen werden.

Der Ethiker muß folglich der Versuchung widerstehen, von außen her als Kritiker oder gar als Kontrolleur und Präzeptor aufzutreten. Angemessener ist, alle Beteiligten zu gemeinsamem Suchen und Denken in einem Durchgang durch die vier verschiedenen Zonen der Anforderungen einzuladen, um am Ende in einem fünften Schritt gezielt auch theologisch-ethische Aspekte beizusteuern.

Daraus ergibt sich, daß es angeraten erscheint, nicht spektakuläre Konfliktfälle, bedrohliche Entwicklungen oder gar Mißstände zu beleuchten und zu untersuchen. Zwar würde der Duktus dann griffig, vielleicht brisant, und er würde schon beim Hören zu Kontroversen und Protesten anregen. Aber damit könnte nur eine vordergründige Tagesaktualität erreicht werden. Sich um eine grundlegend neue ethische Aufmerksamkeit für das Ganze der modernen Medizin zu bemühen, trägt auf längere Dauer mehr Früchte. Außerdem sind alle, die als Mediziner und Patienten Fachfrauen und Fachmänner sind, angesprochen und eingeladen, aus dem eigenen Erleben die weiter unten zu nennenden Stichwörter und Kritikpunkte mit den eigenen konkreten Erfahrungen, Vorkommnissen und Erinnerungen zu füllen. Denn es wird der gelebte und auch erlittene Berufsbereich der Medizin zum Thema gemacht.

So sind der Reihe nach im folgenden zu bedenken: die Anforderungen aus der modernen Medizin, Anforderungen vom Arzt aus, Anforderungen von der Öffentlichkeit, Anforderungen vom Patienten und schließlich die Anforderungen oder besser: Einladungen aus theologischer und ethischer Sicht.

#### Anfragen aus dem Könnensstand der modernen Medizin

Aus dem, was die moderne Medizin kann und was auch in katholischen Krankenhäusern angeboten wird, ergeben sich für die Betroffenen innerhalb und außerhalb wie von selbst Fragen. Sie sind einfach verbunden mit Stichwörtern wie Apparatemedizin, zunehmende Spezialisierung, Gentechnologie, Transplantationsmedizin und technische Lebenserhaltung. Da kommen Fragen und Forderungen auf um die Sicherung der Humanität im Krankenhaus. Neben diesen Fragen aus den Praxisfeldern der modernen Medizin, die auch in Presse und

Fernsehen problematisierend angegangen werden, sind andere Stichwörter, die Problemanzeichen enthalten, zu nennen: die Reproduktionsmedizin mit künstlicher Befruchtung, In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer, Kryokonservierung, Embryospende, Embryonenforschung, embryonenverbrauchende Experimente. Anderes wird gefragt zur Empfängnisverhütung, eventuell durch Sterilisation der Frau oder des Mannes. Gefragt und geblockt wird bei medizinischen Problemen um Schwangerschaftskonflikte, Indikationen und Abtreibung. Fast gar nicht thematisiert werden die Probleme um die Lebenserhaltung von geschädigten Neugeborenen. Nur intern weiß man etwas von aggressiven Medikationen oder Behandlungen. Sterbebegleitung und Euthanasieformen bilden eigene Problemzonen. Die Wahrheitsfrage am Krankenbett ist nie ausdiskutiert, aber virulent. Angehörigenbegleitung wird als Desiderat gesehen. Hinzu kommen die Fragen der Kapazitätsauslastung, die an den Arzt von außen herangetragen werden. Anders wieder liegen die Probleme der Standeshierarchie, die schärfer zu werden scheinen, womit das Unbehagen und das Nachdenken in Richtung Personalführung und Teamgeist wachsen. Sorgen um Persönlichkeitsprobleme stehen im Raum, thematisierbar als Helfersyndrom oder professionelle Deformation.

Außenstehende erschrecken. Insider erkennen in dem Angesagten, was sie als diffuse oder bewußte Last tragen, was sie ausblenden oder nur dosiert angehen können. Ethisches Nachdenken und ethische Orientierungssuche sind wünschenswert. Jedoch ist an diesem Punkt auf ein simples Sachgesetz hinzuweisen: Ethisches und christliches Nachdenken ist immer nur nachfolgend möglich. Ethik ist in der Abfolge notwendig sekundär. Die Fakten, nämlich das, was man kann oder was gemacht wird, was „der Fall ist“, stehen zunächst da. Es heißt zuerst: Wir können – oder könnten, oder aber: Es wird gemacht. Und dann erst kann die Frage einsetzen: Dürfen wir das ethisch? Somit müssen die erste Ansage und die Problemformulierung von den Fachleuten aufgebracht werden, zu deren Werkraum die Sachlagen gehören. Erst dann kann in einem zweiten Ansatz von der Ethik als Wissenschaft und vom Glauben als Sinnstiftung her mitgedacht werden. Ohne den Impuls von innen nach außen kann das ethische Gespräch nicht in Gang kommen. Christen können dann zum christlich Eigentlichen nicht finden, wenn nicht angesagt wird, „was Sache ist“.

#### Anfragen vom Selbstverständnis des Arztes aus

Der Arzt selbst und alle, die sich mit ihm der Möglichkeiten der modernen Medizin bedienen, geraten für sich intern immer wieder neu ins Fragen. Ihr ursprüngliches Selbstverständnis wird zur Beunruhigung. Es lässt Anfragen wach werden und führt bisweilen zu kritischen Anforderungen. Dabei ergeht es den Praktikern der modernen Medizin so wie allen, die das Glück gehabt haben, ihre

Neigung zum Lebensinhalt zu machen, zum Beruf und zum Erwerb des Lebenseinkommens. Sie alle tauchen ein in das, was sie gerne tun. Zunehmend werden sie im Fortgang der Dinge vereinnahmt. Aber bisweilen, wenn die Ruhe sie einmal packt, wenn sie sich ihr Nachsinnen nehmen oder ein schockierender Vorfall neu die Sichten freilegt, dann fragen sie, weil sie neu innerlich berührt sind. Dann gehen Gedanken neu in die Tiefe: „Was mache ich da inzwischen?“

Angetreten sind die heutigen Fachleute in ihrer Berufswahl und den Lernjahren, um Menschen zu helfen, gegen Schmerz anzugehen, um Leid zu mildern, frühe Wege zum Tod zu verlegen und um unwürdigen Tod zu verhindern. Dann wachsen sie in die medizinischen Systeme hinein, die eine Eigenautomatik zu entwickeln scheinen. Man will mit den anderen und unter den anderen professionell gut sein. Einsatz seiner selbst und der Mittel ist angesagt, und das in Cleverness. Damit ist man eingestiegen, in bester therapeutischer Absicht, und hat sich ausgeliefert, wurde zum Profi.

Dann geschieht plötzlich der gedankliche Stoß oder der Filmriß. Es kommen die Anfragen auf, die das ethische Nachdenken in Gang bringen und viele oppositionelle Ingredienzien haben. Müssen wir, dürfen wir alles anwenden, was denkbar und greifbar geworden ist? Sind wir da Helfer, Heiler und Sicherer von Würde? Oder hat man uns zu Funktionären in einem System gemacht? Wem dienen wir: dem humanen, dem christlichen Ethos oder einem selbständig gewordenen System – autopoietisch und selbstreferentiell? Treffen wir den Patientenwillen und den Patientenauftrag? Und wenn ja: Macht uns der Patient selbst zu Gehilfen eines unmenschlichen Gesundheits-, Funktions- und Leistungsverlangens? Sind wir die Medizinalagenten des herrschenden sozialen Leistungssystems?

Aber dagegen muß sich der Arzt und jeder Helfer, der mitten in der modernen Medizin steht, auch fragen: Muß ich nicht in der modernen Welt der moderne Therapeut sein? Ist es denn möglich und überhaupt legitim, etwa als Sinnvermittler auftreten zu wollen, als persönlicher Gefährte, als Sterbebegleiter? Wie inflationär würde ich, wenn ich mich auch noch als Sozialberater sähe, als sorgende Kontaktperson für Angehörige, unter Umständen gar als Partnerschaftstherapeut? Dürfte ich es wagen, ein Quasiseelsorger im profanen Kittel zu sein? Aber dürfte ich es wagen, der nicht zu sein? Warum bin ich denn ursprünglich dieser Fachmann, diese Fachfrau geworden? Hier wird die ethische Anfrage tiefgründig, ohne daß schon christlicher Glaube und kirchliches Ethos intervenieren.

#### Anforderungen aus der sozialen und politischen Öffentlichkeit

Menschliche Menschen wollen die sein, die im Bereich der modernen Medizin ihren Einsatz leisten. Humane Lebensorte wollen auch die schaffen, die diese Bereiche im Krankenhaus organisieren, zumal im christlichen Krankenhaus. Dafür

gibt es in unserer Gesellschaft keine Inseln, zumal keine Inseln der Seligen. Denn der Medizinbereich steht in Schnittpunkten öffentlichen Interesses. Weil es hier um viel Geld geht, packen unausweichlich soziale und politische Ideologien, Strategien, Planungen und Kontrollen zu. Die Öffentlichkeit greift direktiv und reglementierend in die zunächst als so persönlich erscheinende Beziehung Patient – Therapeut ein. Krankenhasträger und Betriebsleitungen werden auch mit dem Parameter ethischer Kritik von sich aus an das herangehen müssen, was von den sozialen oder politischen Kräften her ihre Vorhaben und ihr Tun aktuell trägt oder stört oder mit neuen Gesetzesvorhaben umsteuern will.

An dieser Stelle soll nur auf die ideologischen, sozialen und politischen Großdimensionen aufmerksam gemacht werden, die sich in Westeuropa merklich verschieben. Als öffentliche Meinung und Einstellung betreffen und beeinflussen sie die Organisation der modernen Medizin. Deren Aufgabenfeld und Arbeitsziele werden damit neu definiert. Und dann kommen die Ärzte und Helfer wieder neu vor die Fragen: Ist das ethisch, was man uns zuweist und wie man uns einweist? Hilft das zum guten Leben, dem Leben in Würde? Hilft es uns als Menschen? Hilft es dem Kranken als Menschen?

Welches sind heute solche Verschiebungen? Wir stehen allesamt in einem zeitgeschichtlichen Trend zur Säkularisierung. Das heißt wörtlich Weltlichwerdung und bezeichnet das Herauslösen von Lebensbereichen aus ursprünglich religiösen, sakralen Einordnungen. Es geht also um Entsakulalisierung. Wissenschaft, Politik, Berufsleben, Familie oder Gesundheitssorge werden so zu eigenständigen Bereichen. Von Sektoralisierung, Segmentierung und Partialisierung spricht man. Hier ist von Bedeutung zu sehen, daß man in jedem Bereich ein Sonderethos aufbaut. Jeweils gilt abgegrenzt anderes. Das Berufsleben hat eigene Gesetze. Andere die Freizeit. Im Straßenverkehr gilt Unterschiedliches. Für Schule und Ausbildung erkennt man eigene Normnetze an. Für das Familienleben gilt Eigenständiges, anderes noch für Ehe und Partnerschaft. Gottesdienstbesuch und Glaubenssicht bilden auch nur einen Sektor unter anderen. Ebenso sind Gesundheit und Heilungseinrichtungen ein gesonderter Teilbereich, auf den hin man eigens gezielte und begrenzte Normen sowie Erwartungen definiert. Die Ideologie einer Reparatur- oder Rehabilitationsanstalt für die moderne Medizin wird beinahe unmöglich.

Noch drei weitere Kennzeichen der modernen Zeit finden ihren unausweichlichen Niederschlag in der Organisation der modernen medizinischen Hilfe. Es sind zusammenwirkend die drei Zwänge, nämlich zur Zentralisierung, zur Hierarchisierung und zur Bürokratisierung. Die charismatische Ärztin, der intuitive Diagnostiker, die emotional-individuelle Pflegezuwendung und der familiär eingefärbte Kontakt in der Grundpflege werden da systembedingt nicht vorgesehen oder gar ausgeschlossen. Das aber sind die geltenden Strukturen unserer Neuzeit, von denen wir überall und dann auch in der Medizin betroffen werden. Diese sä-

kularen Tendenzen zu sehen und als Betroffene vorbehaltlich ethischen Protest einzulegen, fällt beinahe in eins.

### Anforderungen des Patienten im Erlebnisstadium der Krankheit

Diese Anforderungen der Patienten, die von den sozialen Standards abrücken und den privaten Erlebnisdimensionen nicht ausweichen oder nicht mehr ausweichen können und deshalb von der Kfz-Reparatureinstellung Distanz nehmen, stellen an die Mitarbeiter der modernen Medizin durchaus andere Anforderungen, als sie nach den öffentlichen Standards zu erwarten sind.

Gerade beim bedrohlich Erkrankten, bei dem für längere Zeit Erkrankten oder dem, der seine Berufsfähigkeit und damit seinen Sozialstatus als dauerhaft eingeschränkt befürchten muß, fördern neue Innenerfahrungen ein neues Ich zutage. Die Ängste, die bisher Stimuli für die Leistung waren, blühen offen und kurios auf. Fragen nach dem Eigenwert kann der Kranke nicht mehr abweisen. Wenn nicht mehr die Leistung und das Einkommen ihn sozial verorten, was trägt dann? Beziehungen und Bindungen werden geängstigt neu befragt: Beziehungen zu Partner oder Partnerin, zu Eltern und Kindern, zu Freunden und Bekannten, zu Berufskollegen und Berufskonkurrenten. Manche Fehlanzeige wird erahnt. Das verunsichert den Patienten zusätzlich. Denn das epochentypische Wort „Leistung soll sich wieder lohnen“ wird in der Krankheitserfahrung gehört als „Nur Leistung wird belohnt“. Und das läßt den Kranken in Richtung auf seine eigene Person eine soziale Todeserklärung ahnen, eben die, die er gegenüber den Arbeitslosen aktuell gelten sieht.

In der Kinderkleinheit des Leidenden oder in der vorerlebten Todeskleinheit breiten sich Irrationalismen aus. Im gesunden Alltag unserer rationalisierten Welt sind sie schon in stupendem Maß anwesend: als Glaube an Sternenkräfte und Horoskop, als esoterische Bewegungen und Sekten, als Theosophie und Anthroposophie, als New Age, als neue Formen der Gnosis, als Reinkarnationsglaube, Okkultismus und Spiritismus bis hin zur phantastischen Resakralisierung von entsakralisierten Lebensbereichen: Pflanzen, Essen, Wohnen, Kunstgenuß und Meditation werden zu Weltanschauungen und Riten stilisiert. Das Inthronisieren neuer Gurus durch öffentliche Bedürfnisse gehört mit dazu. Eine Lebensform auf zweiter Etage im Bannkreis der Magie ist öffentlich existent.

Wer in einer ernsten Krankheit sich zu Recht in seinem Ich bedroht erlebt, greift die magischen Haltungen und Erwartungen auf, die vorhanden sind. Er projiziert sie auf das Krankenhaus als Institution, er setzt sie auf Heilmittel und Behandlungen, und er wirft sie auf die Person des Arztes, der Schwestern, der Helfer und Pfleger. Lassen die so Angegangenen das zu und geschehen? Nehmen sie die Projektionen wahr, die sie, diesen Mann und diese Frau, vereinnahmen

und überhöhen, nehmen sie diese Wunschbilder an? An der Stelle ist Ethik gefordert, oft in der schlichten, aber mühevollen Form der Psychohygiene. Bei unkritischer Annahme der kindlichen Wunsch- und Allmachtsphantasien droht die Gefahr der Kollusion. Der Arzt und die anderen Helfer lassen sich in quasigöttliche Pflicht nehmen, während der Kranke immer klein bleiben und immer mehr magisch hoffend fordern darf. Das führt auf beiden Seiten bis zu unausweichlichen Zusammenbrüchen<sup>1</sup>.

Würde man aber die Angst- und Wunschphantasien des Patienten glatt und rigoros abweisen, weil sie doch objektiv unberechtigt sind, dann nimmt man dem Patienten die ihm zur Zeit mögliche Hoffnung. Todeswünsche und Suizidgedanken sind in dem Moment nicht mehr weit. Ethisch muß angesichts der Anforderungen des Patienten im Erlebnisstadium der Krankheit gefragt werden: Wie läßt sich die Begleitung organisieren und gestalten, damit die Irrationalität umgeformt werden kann in ein neues Lebenlernen oder auch Sterbenlernen?

### Katholische Kirche und Ethik mit Interesse am modernen medizinischen Tun

Die hier systemisierte Fülle ethischer Probleme und Fragestellungen, die einen hohen Bedarf an Ethik und Moral ansagt, überrascht diejenigen nicht, die sich im Lebensbereich der modernen Medizin und des modernen Krankenhauses auskennen. Allerdings stimmt es sehr nachdenklich oder macht sogar bestürzt, daß bei all dem, was latent oder offen vorliegt, das Gespräch zwischen Medizin und Krankenhaus auf der einen Seite und Kirche sowie ihrer theologischen Ethik auf der anderen Seite so leise, weltabgewandt oder überhaupt nicht geführt wird. Ob die internationalen Symposien zur Gentechnik effektive Gespräche genannt werden können, bezweifeln die Beobachter. Werden generell die Fragen nicht präzise genug artikuliert und adressiert? Oder hört man nicht? Hört man Fragen nicht? Hört man Antworten nicht? Nimmt die eine Seite, Kirche und Ethik, den Fragebedarf von der Medizin her nicht ernst genug? Oder spricht man von der Medizin her Kirche und Theologie nicht genug problemorientierte Kompetenz zu? Ein Blick um 15 oder 20 Jahre zurück zeigt zu jener Zeit viel mehr suchendes und ringendes Gespräch.

Was auch die Gründe für den Gesprächsausfall der Gegenwart sein mögen, es lassen sich heute aus theologischer und ethischer Sicht Anforderungen an die moderne Medizin formulieren. Diese Anforderungen sind in entscheidender Weise Einladungen, die bitte nicht als Vorschriften mißzuverstehen sind.

#### 1. Aufforderungen vom Zweiten Vatikanischen Konzil her

Da ist zunächst zu sprechen von den neuen Sichten des Zweiten Vatikanischen Konzils. Anforderungen als Einladungen ergeben sich erstens aus dem dort

grundgelegten Kirchenverständnis, zweitens aus dem Menschenbild und drittens aus der Bewertung der weltlichen Wirklichkeiten.

Das neue *Kirchenverständnis* des Zweiten Vatikanischen Konzils plaziert die Christen mit ihrem Glauben und ihrem Tun mitten in dieser Welt. Sie sind Volk Gottes unterwegs in Welt und Geschichte (Kirchenkonstitution 9 u. 10). Eben deshalb sind sie nicht abgehoben in Jenseitigkeit, Esoterik und Konventikel, sondern mit den Menschen, gerade in Problemfragen, in Austausch und suchender Kommunikation. „Das Volk Gottes und die Menschheit, der es eingefügt ist, stehen in gegenseitigem Dienst, so daß die Sendung der Kirche sich als eine religiöse und gerade dadurch höchst humane erweist“ (Pastoralkonstitution 11). Das Volk Gottes kann nach den Worten des Konzils die „Verbundenheit, Achtung und Liebe gegenüber der ganzen Menschheitsfamilie, der es ja selbst eingefügt ist, nicht beredter kundtun als dadurch, daß es mit ihr in einen Dialog eintritt über all die verschiedenen Probleme, daß es das Licht des Evangeliums bringt und daß es dem Menschengeschlecht jene Heilkräfte bietet, die die Kirche selbst, vom Heiligen Geist geleitet, von ihrem Gründer empfängt. Es geht um die Rettung der menschlichen Person, es geht um den rechten Aufbau der menschlichen Gesellschaft“ (ebd. 3). Von hier aus lauten Anforderungen und Einladung an die moderne Medizin, die vom Konzil erklärte Verpflichtung zum Dialog einzufordern.

Das Proprium des konziliaren *Menschenbilds* ist es, daß es den „einen und ganzen Menschen mit Leib und Seele, Herz und Gewissen, Vernunft und Willen“ respektiert (ebd.). Es sind vor allem Intellekt, Gewissen und Freiheit, auf deren Bildung, Gebrauch und Kompetenz das Konzil entscheidenden Wert legt (ebd. 15–17). Der differenzierte und integrale Mensch ist zu fördern und zu fordern. So hat es der jetzige Papst formuliert: Der zentrale Sinn der Würde des Menschen „besteht im Vorrang der Ethik vor der Technik, im Primat der Person über die Dinge, in der Überordnung des Geistes über die Materie“ (Enzyklika „Redemptor Hominis“ II 16). Darum gilt die Anforderung und Einladung an die moderne Medizin: sich zu verbünden mit den konziliaren Tendenzen, um das ganzheitliche, nicht vereinseitigte Menschsein zu sichern im Patienten und im medizinischen Team.

Die *Weltkonzeption* des Konzils ist schließlich dadurch gekennzeichnet, daß es eine Autonomie der irdischen Wirklichkeiten respektiert. Denn für die Kirche gilt: „Wenn wir unter Autonomie der irdischen Wirklichkeiten verstehen, daß die geschaffenen Dinge und auch die Gesellschaft ihre eigenen Gesetze und Werte haben, die der Mensch schrittweise erkennen, gebrauchen und gestalten muß, dann ist es durchaus berechtigt, diese Autonomie zu fordern. Das ist nicht nur eine Forderung der Menschen unserer Zeit, sondern entspricht auch dem Willen des Schöpfers“ (Pastoralkonstitution 36). Das heißt für die moderne Medizin, daß sie mit ihrem Eigenstand und dem vollen Könnens- und Pflichtbewußtsein ihrer Vertreter mit der Forderung nach Respekt in das Gespräch mit Theologie und

Kirche hineingehen kann. Es besteht grundsätzlich die Befürchtung nicht zu Recht, man werde in diesem Gespräch zum Weisungsempfänger degradiert.

## 2. Verantwortungsethik in Medizin und Theologie

Tatsächlich treten die Vertreter der modernen Medizin so auf, daß sie ihr berechtigtes Selbstbewußtsein aus Eigenkompetenz voll einbringen, wenn sie in das Gespräch mit Vertretern der Kirche oder der christlichen Ethik hineingehen. Das hat man mit Chefärzten ebenso erlebt wie mit Stationsschwestern und Schulpflegern. Denn wer sich in Medizin und Krankenhaus für ethische Fragen engagiert, tut das heute im Horizont einer Verantwortungsethik und Verantwortungsmoral. Die Frauen und Männer sind bereit, sich zu ver-antworten, daß heißt Antworten zu geben auf bedenkende Fragen zu ihrem Entscheiden und Tun. Antwort können sie in Verantwortung geben, weil sie selbst vorher gefragt haben und Antworten eingeholt haben über die Menschen, die Werte, die Institutionen und Situationen, mit denen sie umzugehen haben. Nach Kenntnisnahme, Abwägen und Werten haben sie sich zu entscheiden gelernt. Diese Art von Verantwortungsethik ist weiter zu vertiefen, auszubauen und zu pflegen, so fordert es die theologische Ethik unserer Tage<sup>2</sup>.

Die christliche Ethik setzt nämlich entschieden auf das Verantwortungsethos auch im Bereich der modernen Medizin. Denn die Ethik hat sorgfältiger als früher gelernt, in drei Schritten zu arbeiten: zunächst als Güterlehre, dann als Normenlehre und schließlich als Tugendlehre.

Ethik ist zuerst *Güterlehre*, indem sie fragt und bestimmt, welche Werte und Güter beziehungsweise welche Unwerte und Schäden aktuell auf dem Spiel stehen. In den handlungsrelevanten Fällen der modernen Medizin können das Kirchenmänner und Ethiker nicht von sich aus wissen, sondern nur von den Medizinkundigen erfahren.

Wenn also in einem auf den Tod sich zweifelsfrei hinneigenden Krankheitsfall die Konfliktfrage zu stellen ist: „Weitere Lebensverlängerung oder passive Euthanasie?“, dann sind nicht etwa einfach eiserne Prinzipien oder eine eingefahrene Praxis in Anschlag zu bringen. Vielmehr muß sorgsam aufgelistet werden, welche guten und positiven Aspekte, aber auch welche Schäden oder Inhumanitäten mit der Entscheidung zur Lebensverlängerung auf der einen Seite und mit der Entscheidung zum Sterbenlassen auf der anderen Seite verbunden sind. Es geht um medizinische, pflegerische und behandlungstechnische Informationen, um den humanen Status des Patienten selbst, um die Situation seiner Angehörigen wie auch des Teams. Die zusammengetragenen Aspekte, Werte und Übel der verschiedenen Dimensionen müssen dann gewichtet und gegeneinander abgewogen werden. Die Leitfrage ist: Was an Gütern kann und sollte hier und jetzt entscheidend werden? In dieser Weise hat man in der modernen Medizin und in der Ethik Werte und Unwerte zu wägen.

In einem zweiten Schritt arbeitet die Ethik als *Normen-* oder *Pflichtenlehre*. Dort sagt sie, welche Werte im Konfliktfall normalerweise vorzuziehen sind. Die differenzierten Konfliktfälle kennen von innen her nur die damit Befaßten in der Medizin. Von ihnen muß sich der Ethiker, der zur Abstraktion neigt, über das volle, problematische Leben informieren lassen. Ethiker wie Mediziner werden dann nicht selten Normkritik üben müssen an gehabten Normen in medizinischer Praxis, aber auch an gehabten Normen in kirchlicher Rede.

Es steht ja ganz und gar nicht glatt um die ethischen Normen und Pflichten. Was heißt und hilft denn im Konfliktfall eine Norm wie „Dem Leben dienen“? Ist Abtreibung einfach hin mit der Norm „Mord“ zu messen, oder gilt die Norm, die im Werbesatz vom „Absaugen des Schwangerschaftsgewebes“ steckt? Wenn beide Extreme nicht stimmen, wie und wo ist dazwischen die zutreffende Norm zu formulieren? Weiter: Was ist denn medizinisch, menschlich und christlich wahr an der Norm „Es muß die Wahrheit gesagt werden“? Oder: Steht der katholische Mediziner konkret unter unfehlbaren Normen der Kirche, des Lehramts? Um die Normen haben alle gemeinsam kompetent zu ringen, Mediziner und Theologen<sup>3</sup>.

In einem dritten und letzten Arbeitsschritt geht es in der Ethik dann um die *Tugenden*. Welche Gesinnungen und dauerhafte Haltungen sollte der etwa in sich aufbauen und pflegen, der in der modernen Medizin arbeitet? Auch hier wird der Kenner der Szene, also der Praktiker des Krankenhauses, den Theoretiker der Ethik entscheidend informieren müssen.

Anforderungen aus theologischer und ethischer Sicht können, so zeigt sich, auch im Horizont der gemeinsam angestrebten Verantwortungsethik im wesentlichen nur in der Bitte bestehen, dem Ethiker Informationen, Problemsichten und Konfliktsituationen von innen aus Medizin und Krankenhaus anzusagen. Dann kann die theologische Ethik kooperativ in die Suchbemühungen – auch kritisch – eingebracht werden.

Allerdings ist inzwischen auch unter Medizinern und Fachleuten des Krankenhauses bekannt, daß von einigen zentralen kirchlichen Stellen statt der hier skizzierten konziliaren Theologie eine Befehls- und Gehorsamethik favorisiert wird. Das erleichtert nicht gerade die Gesprächswilligkeit in der modernen Medizin.

### *3. Einladung zu modernen Tugenden*

Überzeugte Christen, suchende Ethiker und fragende Fachleute der modernen Medizin könnten sich heute neu zusammenfinden, um die anstehenden Probleme anzupacken. Zweifellos wäre sehr geeignet das Feld der neuen christlichen Tugenden, in denen Christen heute darangehen, Glaube, Hoffnung und Liebe welthaft und handwerklich zu machen<sup>4</sup>. Von Anforderungen zu sprechen, wäre vielleicht zu sehr von oben herab und nicht verbindlich genug. Eine Einladung soll ausgesprochen werden an die Frauen und Männer der modernen Medizin. Es ist

die Einladung zu den Haltungen von Solidarität, Subsidiarität, Toleranz, Partizipation, Abschiedlichkeit, Lebensliebe, Wahrhaftigkeit, Treue, Friedensbereitschaft, Skepsis und Mut zum Protest.

Bei diesen neuen Tugenden scheint ein großer Vorrat an Gemeinsamkeit zwischen der Theologie und den Menschen in der modernen Medizin zu bestehen. Er könnte den Anfang für eine neue gemeinsame Wegstrecke, die eine lange werden müßte, ermöglichen.

#### ANMERKUNGEN

<sup>1</sup> W. Schmidbauer, Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe (Reinbek 1977); ders., Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe (Reinbek 1983); zur Kollusion als gefährdendem Muster des Zusammenspiels: J. Willi, Die Zweierbeziehung (Reinbek 1975).

<sup>2</sup> J. Gründel, Ethos des Arztes und Ethik ärztlichen Handelns aus moraltheologischer Sicht, in: Arzt und Patient. Erwartungen und Wirklichkeit, hrsg. v. J. Zander (Düsseldorf 1976) 105–131; H. Kramer, Verantwortung – ethisch und christlich, in dieser Zschr. 197 (1979) 842–852.

<sup>3</sup> J. Fuchs, Gibt es eine katholische medizinische Moral?, in dieser Zschr. 206 (1988) 103–111; H. Kramer, Zur Ethik des Krankenhauses, ebd. 201 (1983) 182–190.

<sup>4</sup> W. Weischedel, Skeptische Ethik (Frankfurt 1976), bes. 179–220; über die philosophische Skizze hinausgehend der theologische Beitrag: D. Mieth, Die neuen Tugenden. Ein ethischer Entwurf (Düsseldorf 1984).