

Stephan Ernst

Personwürde und ärztliches Handeln

Hermeneutische Überlegungen zu einem verbreiteten Argument
in der medizinischen Ethik

In Diskussionen über Fragen der medizinischen Ethik wird – insbesondere von theologisch-ethischer Seite – immer wieder darauf hingewiesen, ärztliches Handeln müsse an der Würde der Person des Patienten Maß nehmen. In der Achtung und Wahrung der Würde der Person liege das letzte Kriterium dafür, ob ärztliches Handeln ethisches und verantwortliches Handeln sei oder nicht.

Nun ist aber im konkreten Fall die Frage, welches Handeln denn wirklich die Würde der Person wahrt und ihr entspricht, alles andere als leicht und eindeutig zu beantworten. Die Rede von der Würde der Person erweist sich vielmehr nur allzu oft als leichtgängige Münze, mit der sich ganz unterschiedliche Auffassungen von dem, was ethisch gefordert oder verboten, was verantwortlich und was unverantwortlich ist, rechtfertigen und begründen lassen. Einige Beispiele können dies verdeutlichen:

Paradigmatisch ist die Frage der Sterbehilfe: Verlangt die Achtung vor der Würde eines kurz vor dem Tod stehenden, schwer leidenden Krebskranken oder eines vollständig gelähmten Patienten, daß man es ablehnt, ihm aktive Sterbehilfe zu leisten, sondern ihm statt dessen die Annahme seines Schicksals in Selbstachtung und Würde erleichtert¹? Oder wahrt man die Würde des Patienten nicht eher dann, wenn man aus Barmherzigkeit und Mitleid dafür sorgt, daß er nicht länger leiden muß, sondern ihm den Wunsch nach Sterben endlich erfüllt, wenn man ihn also – wie man sagt – „in Würde“ sterben läßt²?

Ein weiteres Beispiel: Ist es wirklich gegen die Würde einer Frau, die aufgrund eines Unfalls hirntot ist, daß man sie nicht in Ruhe sterben läßt, sondern ihr biologisches Leben aufrechterhält, weil sie schwanger ist und man auf diese Weise noch das Leben des Kindes retten kann? Oder entspricht es nicht vielmehr ihrem vermutlichen Willen und damit ihrer Würde, daß sie auf diese Weise noch ihrem Kind das Leben schenken kann?

Oder: Ist es wirklich gegen die Würde der Person, mit dem Mittel der Keimbahntherapie – wenn diese denn einmal möglich sein sollte – schwere genetische Defekte und Krankheiten nachhaltig zu kurieren? Oder achtet man nicht gerade so die Würde eines Menschen, daß man ihm möglichst optimale gesundheitliche Voraussetzungen ermöglicht?

Bei den letzten beiden Beispielen kommt die Frage dazu, ob hier überhaupt

noch oder schon von Person und Personwürde gesprochen werden kann. Denn wem zu welcher Zeit die Personwürde zugeschrieben werden kann und muß, ist alles andere als geklärt und einmütig anerkannt. Die Frage des Personstatus im Blick auf den Umgang mit Embryonen und Föten ist ebenso umstritten wie im Blick auf den Umgang mit ganzhirntoten oder nur teilhirntoten Patienten.

Aber auch andere, weniger spektakuläre Beispiele aus der alltäglichen ärztlichen Praxis lassen sich anführen: Welche Behandlungsmaßnahmen etwa sollen bei einem 80jährigen schwer Krebskranken noch vorgenommen werden? Verlangt es die Achtung vor der Würde des Patienten, daß man alles, was möglich ist, zur Erhaltung seines Lebens aufwendet? Verstieße es nicht gegen seine Würde, wenn man ihn aufgäbe? Oder entspricht man der Würde des Patienten eher dann, wenn man ihn mit weiteren Maßnahmen in Ruhe läßt, auch wenn damit vielleicht sein Leben früher zu Ende geht? Wo liegt die Grenze für solche Entscheidungen, bis zu der man die Würde des Patienten noch wahrt?

In solchen und vielen anderen Fällen kann für ganz unterschiedliche Auffassungen und Positionen mit der Personwürde argumentiert werden. Die Rede von der Würde der Person wird allzu oft geradezu inflationär gebraucht. So stellt sich die Frage, ob hier überhaupt ein sinnvolles und handhabbares Kriterium verantwortlichen ärztlichen Handelns liegt. Hat die Rede von der Personwürde wirklich normative (normgebende) Kraft? Oder ist sie lediglich ein Wort, mit dem sich völlig unterschiedliche, ja einander widersprechende Moralvorstellungen verschiedener Gruppen unserer Gesellschaft verbinden lassen?

Wie weit trägt das Argument der Personwürde?

Wir hatten den Einwand gebracht, daß sich unter Berufung auf die Personwürde durchaus widersprüchliche Positionen rechtfertigen lassen. Grundsätzlich läßt sich dazu sagen, dies liege daran, daß mit dem Begriff der Personwürde jeweils schon inhaltliche Urteile darüber verbunden werden, was im konkreten Fall als ethisch richtig oder falsch, als verantwortlich oder unverantwortlich zu gelten habe. Und da man über diese inhaltliche Frage unterschiedlicher Meinung sein könne, falle auch das, was man als Achtung oder Mißachtung der Personwürde betrachte, unterschiedlich aus. Der eigentliche *gemeinsame* Begriff der Personwürde dagegen, der all diesen unterschiedlichen Beurteilungen zugrunde liegt, sei rein formal und besage nichts anderes, als daß dem Menschen aufgrund seines Personseins *unbedingter* Wert an sich selbst zukomme und daß er deshalb nicht für andere Zwecke vollständig *instrumentalisiert* werden dürfe.

Ihre klassische Ausformulierung hat diese Vorstellung von der Personwürde bei Immanuel Kant in der zweiten Formulierung des kategorischen Imperativs gefunden:

„Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel gebrauchest.“³

Doch: Was ist mit dieser Selbstzweck-Formel Kants gewonnen? Läßt sich hier ein normatives Kriterium finden, worin auch konkret verantwortliches ärztliches Handeln besteht? Was bedeutet es inhaltlich, den anderen auch als Zweck an sich selbst und nicht nur als Mittel zu gebrauchen?

Von Kant selbst her läßt sich im Blick auf diese Frage zunächst mit seinen eigenen Worten folgendes antworten: Einen Menschen als Zweck an sich selbst zu behandeln bedeutet, „ihn keiner Absicht zu unterwerfen, die nicht nach einem Gesetz, welches aus dem Willen des leidenden Subjekts selbst entspringen könnte, möglich ist“⁴. Damit ist gesagt: Den anderen seiner Würde als Person entsprechend zu behandeln bedeutet, ihn so zu behandeln, wie er *vernünftigerweise* behandelt werden will. „Die Selbstzweckformel fordert also, ein vernünftiges Wesen so zu behandeln, daß es *als vernünftiges* in seine Behandlung einstimmen kann.“⁵ Das aber heißt, ihn so zu behandeln, daß man die Weise, wie man ihn behandelt, ihm gegenüber mit Vernunftgründen rechtfertigen kann, die er selbst als Vernunftgründe anerkennen muß.

Doch was ist ein Handeln, in das der andere *vernünftigerweise* einstimmen kann? Diese Frage kann nicht wieder durch Verweis auf die Würde der Person beantwortet werden. Ihre Beantwortung setzt vielmehr ein anderes Kriterium des *vernünftigen* Wollens voraus. Nun wird aber andererseits die Selbstzweckformel auch immer wieder so ausgelegt, daß sie bereits bestimmte inhaltliche ethische Normen impliziere⁶. Im Instrumentalisierungsverbot nämlich sei zugleich schon das kategorische Verbot mit enthalten, gegen die fundamentalen Menschenrechte zu verstoßen, etwa daß das physische Leben eines jeden Menschen unbedingt zu schützen sei, daß Experimente mit Embryonen, daß Klonen und Keimbahngentherapie verboten seien, weil sie den Menschen verzweckten und instrumentalisierten.

Doch auch hier ist zu fragen: Kann es nicht auch – grundsätzlich jedenfalls – vernünftige Gründe geben, die es ethisch rechtfertigen können, das Leben eines Menschen zu beenden? Fälle, in denen selbst das Töten von Menschen ethisch und vernünftigerweise gerechtfertigt erscheint, sind immer schon anerkannt worden. Ebenso kann man fragen: Kann es nicht Fälle geben, die es rechtfertigen, Menschen zu klonen oder in ihre Keimbahn einzugreifen und in denen das entsprechende Handeln den anderen eben gerade nicht instrumentalisiert? Ob etwas den Menschen vollständig instrumentalisiert oder nicht, hat – jedenfalls für Kant – sein Kriterium nicht in dem, was einem als Instrumentalisierung erscheint, sondern darin, was sich *vernünftigerweise* als ethisch richtig und verantwortlich begründen läßt und was nicht. Die Bestimmung dessen, was vernünftig ist, setzt noch ein weiteres Kriterium voraus.

Was sich freilich aufgrund der Bestimmungen Kants über die Würde der Person sagen läßt, ist dies, daß damit eine Auffassung vom Arzt-Patienten-Verhältnis ausgescheidet, die allein an der reinen „Autonomie“ des Patienten im Sinn seiner jeweiligen *Wünsche* Maß nimmt und sie erfüllt. Eine solche Auffassung scheint sich in der Diskussion der amerikanischen Bioethik etwa bei Hugo Tristram Engelhardt⁷ zu finden. Engelhardt geht davon aus, daß sich letztlich alle konkreten moralischen Vorstellungen nicht vollständig rational begründen lassen, sondern auf subjektiven Wertentscheidungen der jeweiligen „moral communities“ basieren. Die einzige verbindliche Norm sieht er im gewaltfreien Umgang miteinander auch in der Frage, nach welchen Normen man denn handeln soll. Im gewaltfreien Umgang miteinander gilt es nicht argumentativ vermittelte Einsicht, sondern Erlaubnis bzw. Zustimmung zu gewinnen. Es geht darum, zu einem „agreement“ zu finden. In der Konsequenz führt dies dahin, daß die Autonomie des Patienten im Sinn seiner Wünsche und nicht im Sinn Kants sein Wille zur obersten Norm wird, die der Arzt letztlich immer nur *respektieren* kann. Bei Kant zeichnet sich demgegenüber die Autonomie im Sinn der sittlichen Selbstgesetzgebung dadurch aus, daß das entsprechende Urteil und Handeln allgemeinverbindlicher vernünftiger Begründung zugänglich ist. Das bedeutet konkret: Verantwortliches Handeln des Arztes besteht nicht einfach darin, zu einem wie auch immer gearteten „agreement“ mit seinem Patienten zu kommen, sondern so an ihm zu handeln, daß dieser – jedenfalls grundsätzlich – vernünftigerweise zustimmen könnte. Das schließt aber auch die Bereitschaft ein, unter Umständen – um es paradox zu formulieren – gerade unter Absehung der Person des Patienten zu entscheiden und zu handeln.

Beobachterperspektive oder Teilnehmerperspektive

Betrachten wir nun noch eine weitere Argumentationsweise, in der der Rede von der Personwürde eine wesentliche Bedeutung für konkrete ärztliche Handlungsfragen zugeschrieben wird. Dieser Ansatz geht von einem zweifachen Konzept von Person aus, das sich heute in der medizinisch-ethischen Diskussion finden läßt⁸. Zum einen nämlich wird ein Konzept vertreten, das – ausgehend vom Personbegriff bei John Locke – Personsein und damit auch Personwürde an den aktuellen Besitz ganz bestimmter Eigenschaften wie etwa Selbstbewußtsein, Interessen, Zukunftsfähigkeit etc. bindet. Ein solches Konzept findet sich bei Autoren wie Peter Singer⁹, Hugo Tristram Engelhardt¹⁰, Norbert Hoerster¹¹ u. a. Zum anderen aber findet sich ein Konzept, das – aufgrund seiner Herkunft aus der jüdisch-christlichen Tradition – die Person eben gerade nicht ausschließlich an den aktuellen Besitz solcher Fähigkeiten binden will, und zwar mit dem Hinweis darauf, daß die Person grundlegend von allen naturalen Bestimmungen des Menschen unterschieden sei, so sehr sie sich auch in ihnen und durch sie vollziehe

und verwirkliche. Die Person sei gerade nicht ein „Fall von etwas“, ein einzelner Fall seiner allgemeinen Natur, sondern das jeweilige Individuum in seiner Einmaligkeit und Unvertretbarkeit, das sich zu allen seinen naturalen Fähigkeiten noch einmal verhalten und sich von ihnen distanzieren könne¹².

Der Ansatz geht dann weiter davon aus, daß diesen unterschiedlichen Personkonzepten je unterschiedliche kommunikative Perspektiven entsprechen: dem ersten Konzept die *Beobachterperspektive* der Kommunikation *über* jemanden, dem zweiten Konzept die *Teilnehmerperspektive* der Kommunikation *mit* jemandem. In dieser Teilnehmerperspektive sei es denkbar, auch dann noch Personsein zu unterstellen und die Personwürde zu achten, wenn bestimmte naturale Fähigkeiten und Vermögen nicht mehr oder noch nicht gegeben seien. Die Beobachterperspektive dagegen erlaube dies nicht, sondern verfare nach dem auf Beobachtung und Experiment zurückgehenden empirischen Befund.

Entsprechend diesen unterschiedlichen Perspektiven wird dann auch eine unterschiedliche Ethik konstruiert. Der Beobachterperspektive entspreche eine *normierende und generalisierende gesetzliche Ethik*, die versuche, allgemeine Handlungsregeln festzulegen, natürlich auch immer mit der Perspektive der Wahrung der Personwürde. Der Teilnehmerperspektive dagegen entspreche eine Ethik, die darüber hinaus – im Sinn einer *Situations- oder Existenzialethik* – für das konkrete Handeln Maß zu nehmen versuche an der konkreten, einmaligen und unvertretbaren Person des Patienten, an seiner individuellen Lebensgeschichte und Identität.

Dieser Ansatz erscheint zunächst dem ärztlichen Handeln sehr entgegenzu kommen, weil er jeden einzelnen Fall in seiner Einzigartigkeit sieht und dieser Einzigartigkeit gerecht werden möchte. Viele Ärzte lehnen aus diesem Grund auch generalisierende Standards für medizinisch-ethische Entscheidungen ab, weil sie sagen, daß kein Fall wie der andere sei, und einen angemessenen Spielraum für die eigene Gewissensentscheidung gewahrt sehen wollen. Doch auch im Blick darauf ist zu sagen: Auch wenn man nicht nur die Würde von Personen überhaupt, sondern das jeweilige Individuum in seiner biographischen Einmaligkeit und Identität im Blick hat, ändert dies nichts daran, daß auch in diesem Fall verantwortliches Handeln nicht an der Willkür und den jeweiligen Wünschen des Patienten Maß zu nehmen hat, sondern – im Sinn Kants – an demjenigen Handeln, in das der Patient vernünftigerweise einstimmen könnte. Es ist zwar richtig, daß in dieser Sicht mehr die konkreten, situations- und lebensweltbedingten Umstände in den Blick kommen. All dies ändert aber nichts daran, daß sich aus diesen konkreten Gegebenheiten *allein* noch nicht das Maß verantwortlichen Handelns ergibt. Vielmehr bleibt auch hier die Frage, worin denn vernünftiges Handeln besteht. Fragen wir deshalb nun in einem zweiten Schritt nach einem Kriterium dafür, was als vernunftgemäßes Handeln gelten kann.

Der Ansatz von Peter Singer

Im Rahmen der gegenwärtigen Diskussion um die Bioethik finden sich eine ganze Reihe von Ansätzen zumeist utilitaristischer Provenienz, die von einer rationalen Abwägung von Gütern und Übeln ausgehen. Wir möchten im folgenden von diesen – zur Argumentation mit der Personwürde alternativen – Ansätzen ausgehen. Dazu soll zunächst die entsprechende Argumentation anhand des ethischen Ansatzes bei Peter Singer vorgestellt werden.

Singer vertritt einen sogenannten „Präferenz-Utilitarismus“. In dieser Form des Utilitarismus geht es darum, denjenigen Handlungsverlauf zu wählen, durch den die Interessen bzw. die Präferenzen aller Betroffenen maximiert werden und der „per saldo“ für alle Betroffenen die besten Konsequenzen hat¹³.

Mit diesem Verständnis der Ethik verspricht Singer, genau auf unsere Frage nach einem Kriterium vernünftigen Handelns zu antworten. Denn: Ethisch handeln bedeutet für ihn gerade, so zu handeln, daß man im Prinzip jedes vernünftige Wesen mit Gründen von der eigenen Entscheidung überzeugen könnte. Ethische Urteile zeichnen sich gerade dadurch aus, daß sie *universalisierbar* sind¹⁴. Es kann demjenigen, der ethisch handeln will, nicht nur um das eigene Glück oder das Glück seiner Gruppe gehen. Vielmehr muß das Glück *aller* Menschen im Blick stehen. Ethisch leben heißt für Singer also, die Welt unter einer umfassenden Perspektive zu betrachten und entsprechend zu handeln¹⁵. Ethisch leben heißt: die Welt vom „Standpunkt des Universums“ aus zu beurteilen.

Dabei ist es für Singer entscheidend, so zu handeln, daß – unter Voraussetzung dieses unparteiischen, universalen Standpunkts – die Interessen aller nicht nur kurzfristig, sondern auch auf Dauer maximiert werden. Dies aber ist für ihn allein durch kooperatives und nicht durch enges egoistisches Verhalten zu erreichen. Bei kooperativem Verhalten nämlich geht es langfristig allen am besten, auch wenn der einzelne unter Umständen zunächst vordergründig auf seinen unmittelbaren Vorteil oder seine Interessen verzichten oder sie einschränken muß¹⁶.

In dieser Begründung der Ethik wird deutlich das zugrunde liegende Prinzip erkennbar: das Prinzip des Kosten-Nutzen-Kalküls bzw. der Nutzenmaximierung. Im ethischen Sinn gutes Handeln besteht darin, dasjenige Verhalten zu wählen, das auf Dauer einem selbst und allen anderen mehr Nutzen als Kosten bringt. Fragt man an dieser Stelle aber weiter nach dem Kriterium, das dieser Kosten-Nutzen-Rechnung zugrunde liegt, fragt man also, was Singer denn inhaltlich unter dem Nutzen und den Interessen aller versteht, so füllt sich bei ihm dieses gemeinsame Ziel der Ethik mit der Aufgabe, Schmerz und Leid in dieser Welt zu verringern¹⁷. Darin besteht der oberste Maßstab, nach dem sich Kosten und Nutzen bemessen und gegeneinander verrechnen lassen.

Die Konsequenz dieses Ansatzes im Blick auf Fragen des medizinischen Handelns liegt dann für ihn darin, daß es um der Verringerung oder Vermeidung von

Schmerzen und Leiden willen ethisch gerechtfertigt sein kann, „Leben zu nehmen“, wie er es ausdrückt. So hält es Singer für ethisch unbedenklich, schwerstbehinderte Neugeborene auch aktiv zu töten, etwa Kinder mit offenen Rücken und Wasserkopf (Spina bifida), aber auch Kinder mit schwerem Down-Syndrom, wenn die Eltern zustimmen und nicht darauf bestehen, daß ihr Kind am Leben bleibt. Zur Begründung und Rechtfertigung solchen Handelns verweist Singer ausdrücklich auf das unsägliche Leid und die unzumutbare *Lebensqualität*, die solchen Kindern bevorstehen würde, wenn man sie mit medizinischen Mitteln am Leben halten würde.

In seiner utilitaristischen Gesamtschau und seinem Kosten-Nutzen-Kalkül spricht Singer sogar davon, daß durch eine rechtzeitige Beendigung der Schwangerschaft das behinderte Kind durch ein weiteres, gesundes Kind „ersetzt“ und so die Gesamtsumme des Glücks erhöht werden könnte¹⁸. Die Unterscheidung von aktivem Töten und passivem Sterbenlassen verliert dabei für ihn ihre ethische Relevanz, weil er die Handlung allein von ihren Konsequenzen und nicht von ihrem Ausführungsmodus her ethisch beurteilt. Dies gilt für Singer analog dann auch im Blick auf die Euthanasie, die er ebenfalls auch in ihrer aktiven Form für vertretbar hält, wenn der entsprechende Wunsch des Patienten, zu sterben, vorliegt. Er befürwortet ausdrücklich die liberale und rechtliche Regelung dieser Frage der aktiven Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden besteht.

Kritik an Singers Utilitarismus

Was läßt sich zu diesem Versuch, vernunftgemäßes Handeln zu bestimmen, sagen? Zunächst: Singer ist meines Erachtens darin zuzustimmen, daß er das, was ethisch richtig und falsch ist, an das zurückbindet, was nützlich und schädlich ist, ohne es freilich zu identifizieren, daß er also das Urteil darüber, was im *ethischen* Sinn gut und schlecht ist, an das zurückbindet, was im *ontischen* Sinn ein Gut oder ein Übel bzw. ein Nutzen oder ein Schaden ist. Denn nur so kann es ihm gelingen, in unserer Zeit, die wesentlich vom Egoismus und Materialismus geprägt ist, auch den Egoisten für eine ethische Position zu gewinnen. Dies vermag etwa die transzendentalpragmatische Letztbegründung ethischer Normen nicht zu leisten; sie setzt vielmehr voraus, daß man schon grundsätzlich den Standpunkt der Ethik eingenommen hat, wenn man das, was man unhintergebar im Diskurs voraussetzt, auch als verpflichtend für sich selbst anerkennt¹⁹.

Auf der anderen Seite aber scheint mir das Problem seines Ansatzes, wie überhaupt des Utilitarismus, darin zu liegen, daß er in seiner Begründung für die ethische Richtigkeit und Legitimität bestimmter Handlungen dasjenige zum einzigen Maßstab und zum letzten Bezugspunkt einer umfassenden Güterabwägung macht, was gerade im *faktischen* Interesse aller real Beteiligten liegt, alle anderen

Güter und Werte aber im Hinblick auf dieses einzige und oberste Ziel einordnet und gewichtet. Sie werden damit disponibel, abwägbar, verrechenbar.

In dieser Sicht ist es dann – zumindest grundsätzlich – auch möglich, daß Beliebiges, wenn auch durchaus Wichtiges, zum letzten Bezugspunkt der Ethik und der Güterabwägung gemacht wird. Und tatsächlich zeigt sich dies bei Singer darin, daß die Schmerz- und Leidfreiheit aller, gemäß der Einschätzung der Betroffenen selbst bzw. der Eltern und Angehörigen oder der Gesellschaft, über den Wert eines einzelnen menschlichen Lebens gestellt werden kann. Von hier aus aber ist es nur noch ein kleiner Schritt dahin, daß etwa im Rahmen des Gesundheitssystems auch das wirtschaftliche Gesamtinteresse gegen menschliches Leben aufgerechnet werden kann. Auf die Frage, warum aber Leid- und Schmerzf়reiheit der oberste Wert sein soll, dem alle anderen Werte untergeordnet werden können, vermag Singer keinen anderen als den rein pragmatischen Grund anzugeben, daß dies eben im *faktischen* Interesse aller liege.

Hier aber liegt der Ansatzpunkt der Kritik: Aus der Tatsache nämlich, daß Leid- und Schmerzf়reiheit im faktischen Interesse aller real Beteiligten liegen, folgt zwar, daß dies ein *wichtiger* Wert und Gesichtspunkt des Handelns ist, nicht aber, daß es auch ethisch als *einziges* und *letztes* Ziel allen Handelns und als einziges und letztes Maß aller Güterabwägungen gerechtfertigt wäre.

Singers Ansatz wäre daher dahingehend zu modifizieren, daß es nicht nur *einen* letzten Wert gibt, der in allem Handeln zu fördern ist, sondern daß das Prinzip der Nutzenmaximierung auf alle Werte überhaupt anzuwenden ist. Das Prinzip der Nutzenmaximierung ist *auf jeden einzelnen Wert*, den man gerade anstrebt oder verwirklichen möchte, zu beziehen. Jeder einzelne Wert ist in solcher Weise anzustreben, daß man ihn nicht zerstört, und zwar – durchaus gemäß dem Universalisierungsprinzip, das auch Singer als wesentlich für die Ethik ansieht – langfristig und im ganzen²⁰.

Worin besteht der Unterschied dieser Sicht zu Singers Utilitarismus? Zunächst geht es wie bei Singer auch hier darum, daß in jeder Handlung ein Nutzen angestrebt und ein Übel oder Schaden vermieden wird, die Gesamtbilanz des Handelns also im ganzen positiv ist und deshalb mit dem Eigeninteresse des Menschen konvergiert. Andererseits aber geht es hier nicht darum, allein den wie auch immer verstandenen Nutzen der jeweiligen Gruppe oder Gesellschaft und deren Gesamtinteressen zu fördern, alle anderen Werte und Güter aber im Hinblick auf dieses letzte Ziel abzuwägen. Sondern es geht darum, *alle* Werte und *jeden einzelnen* Wert in sich, unabhängig von allen gesellschaftlichen Interessen, optimal zu fördern. In dieser Sicht aber ist es nur dann gerechtfertigt und verantwortbar, ein Übel oder einen Schaden zu verursachen oder in Kauf zu nehmen, wenn dadurch nicht *irgendein* Wert, wenn auch vielleicht ein wichtiger, sondern wenn der entsprechende *entgegengesetzte* Wert auf Dauer und im ganzen gefördert wird.

Der Unterschied läßt sich an einem Beispiel verdeutlichen: In unserer Konzeption kann man den Wert „Leben“ nicht gegen irgendeinen anderen, wenn auch wichtigen Wert im Hinblick auf das Gesamtinteresse der Gesellschaft verrechnen. Die Tötung eines Menschen kann nicht schon dann gerechtfertigt werden, wenn sie dem Gesamtinteresse aller dient. Sie kann vielmehr allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sie die „ultima ratio“ ist, wie der entgegengesetzte Wert, nämlich „Leben“, langfristig und im ganzen geschützt oder gefördert werden kann.

Doch was ist, wenn es zu einem Wertekonflikt kommt? Auch dann ist nicht einfach vom *faktischen* Gesamtinteresse der Gemeinschaft auszugehen. Ebenso wenig aber ist es notwendig, eine vollständige Werteordnung und Wertehierarchie vorzulegen, die immer auch subjektive, weltanschauliche, nicht allgemein kommunikable Vorentscheidungen enthält. Es genügt eine Über- und Unterordnung von Werten nach dem Prinzip der Fundierung, wonach solche Werte Vorrang haben, die die Voraussetzung für die Verwirklichung anderer Werte darstellen. Nach diesem Prinzip lassen sich zwar nicht alle Werte in eine für immer feststehende Zuordnung bringen. In den meisten Fällen wird es vielmehr so sein, daß man den einen Wert nur so fördern kann, daß man zugleich auch andere fördert. In einigen Fällen aber lassen sich grundlegendere Werte klar von weniger grundlegenden, vielmehr selbst fundierten Werten unterscheiden. In diesem Sinn ist etwa der Wert „Leben“ ganz fundamental, weil Leben – wie es Franz Böckle formuliert – die Voraussetzung für die Verwirklichung von Werten überhaupt ist²¹. Auch Schmerz- und Leidfreiheit, die Singer als letztes Ziel ethischen Handelns angibt, setzen Leben voraus. Die Förderung von Schmerz- und Leidfreiheit darf deshalb nicht direkt gegen die Förderung des Wertes „Leben“ verstoßen.

Mit diesen Überlegungen ist das Anliegen, das mit der Rede von der unbedingten Achtung der Personwürde verbunden ist, nämlich die Unantastbarkeit des physischen Lebens von Menschen zu schützen und zu wahren, nun auch ethisch begründet und rekonstruiert. Gerade im Hinblick auf das konkrete ärztliche Handeln muß nun aber noch in diesen Ansatz der Begründung ethischen Handelns eine Differenzierung eingetragen werden.

„Lebensqualität“ versus „Heiligkeit des Lebens“?

Die Intensivmedizin hat heute deutlich gemacht, daß zwischen dem *physischen, biologischen Leben* des Menschen und seinem *Lebensvollzug*, mit dem er sein Leben lebt, ein gerade auch ethisch bedeutungsvoller Unterschied besteht. Denn mit Hilfe der modernen medizinischen Technik ist es möglich geworden, einen menschlichen Organismus am Leben und Funktionieren zu halten, ohne daß der betreffende Mensch – etwa im Fall von Hirntod – sein Leben irgendwann noch einmal selbst leben und vollziehen kann. Zugleich aber wird damit deutlich, daß

das physische Leben des Menschen seinen fundamentalen Wert nicht einfach schon *in sich* besitzt, sondern dadurch erhält, daß es die Voraussetzung für den Lebensvollzug des Menschen darstellt, der seinerseits die Voraussetzung und die Möglichkeit für Wertverwirklichung überhaupt ist. Was ist damit für verantwortliches ärztliches Handeln gesagt?

Zunächst läßt sich von hier aus das Ziel ärztlichen Handelns präziser bestimmen. Dieses Ziel nämlich scheint sich nun nicht mehr einfach nur mit dem Stichwort „Lebenserhaltung“ angeben zu lassen. Dies würde im Extremfall des Hirntods etwa zu sinnlosen und unverhältnismäßigen Behandlungsmaßnahmen führen. Ausgehend von der Hinordnung des physischen Lebens darauf, daß der Mensch sein Leben lebt, ist das Ziel des ärztlichen Handelns vielmehr genauer darin zu sehen, dem Patienten möglichst optimale Bedingungen für dessen Lebensvollzug zu schaffen und zu erhalten. Dies schließt im Normalfall ein, daß es dem Arzt um die Erhaltung der Gesundheit und des physischen Lebens des Menschen gehen muß, weil dies die Voraussetzung für optimale Bedingungen des Lebensvollzugs ist.

Ausgehend von dieser Zielbestimmung läßt sich dann etwa sagen, daß bei einem Patienten, der definitiv und irreversibel die Möglichkeit von Lebensvollzug verloren hat oder niemals erhalten wird, keine weiteren Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des rein physischen Lebens ergriffen oder aufrechterhalten werden müssen, es sei denn, es gibt einen anderen Grund, der dies rechtfertigt: etwa um das Kind einer hirntoten Schwangeren noch zur Welt zu bringen oder um eine Organspende zu ermöglichen oder aus Pietät gegenüber den Angehörigen etc.

Ebensowenig wird in solchen Abwägungen ein Urteil über die Lebensqualität oder gar den Wert eines Lebens getroffen. Es geht nicht darum, *wie* jemand sein Leben vollzieht, es geht nicht um eine Bewertung dessen, *was* jemand in seinem Leben macht, sondern rein formal allein um Lebensvollzug, darum also, *daß* er sein Leben lebt. Auch ein zuhöchst eingeschränkter Lebensvollzug ist immer noch Lebensvollzug.

Der Begriff der „Lebensqualität“ spielt in der gegenwärtigen bioethischen Diskussion immer wieder eine zentrale Rolle. P. Singer stellt in seinem Buch „Leben und Tod“²² eine Ethik, die ausgehend von der Lebensqualität argumentiert, der heute seiner Meinung nach nicht mehr haltbaren Ethik der „Heiligkeit des Lebens“ gegenüber. Dabei wendet er freilich das Argument der Lebensqualität auf völlig unterschiedliche Fälle in gleicher Weise an. Zunächst nämlich spricht er davon, daß in dem Fall, in dem bei einem hirntoten Patienten Behandlungsmaßnahmen abgebrochen werden, ein Urteil über die Lebensqualität zugrundeliege. Dann aber wendet er das Argument mit dem Urteil über die Lebensqualität auch auf den Fall an, in dem schwerstbehinderte Säuglinge einfach nicht behandelt werden, obwohl sie mit medizinischen Maßnahmen gerettet und am Leben erhalten werden können, und legt damit nahe, als würde jeweils in gleicher Weise argu-

mentiert. In Wirklichkeit jedoch läßt sich im ersten Fall nicht sinnvoll und auf keinen Fall im gleichen Sinn von einem Urteil über die Lebensqualität sprechen wie im zweiten Fall. Im ersten Fall nämlich ist zwar noch das biologische Leben des Menschen vorhanden, aber niemand mehr, der das Leben lebt. Singer selbst zitiert eine entsprechende Äußerung eines Richters Hoffmann im Fall „Anthony Bland“, behauptet aber, Hoffmann spiele hier mit Worten, begründet allerdings in keiner Weise, warum hier ein Wortspiel vorliegen soll. Meines Erachtens trifft die Unterscheidung von Richter Hoffmann genau zu und markiert ein ethisch relevantes Kriterium.

Weiterhin läßt sich sagen, daß es im Blick auf die Erhaltung möglichst *optimaler* Bedingungen für Lebensvollzug in vielen Fällen auch abzuwägen gilt, welche Behandlungsmaßnahme im Blick auf dieses Ziel auch langfristig die geeignetere ist. Dies ist dann eine Frage medizinischen Sachwissens, der Abwägung von Risiken und vor allem der Vermeidung von kontraproduktivem Handeln. Manche Behandlungsmaßnahmen mögen vielleicht das biologische Leben verlängern, führen aber faktisch dazu, daß die Bedingungen des Lebensvollzugs in solchem Maß eingeschränkt werden, daß es besser wäre, auf diese Behandlungsmaßnahmen zu verzichten, auch wenn damit die Möglichkeiten der Erhaltung des rein biologischen Lebens nicht voll ausgeschöpft werden. Und umgekehrt können andere Behandlungsmaßnahmen notwendig sein, um überhaupt wieder Lebensvollzug zu ermöglichen, obwohl sie andererseits zu einer Abkürzung des biologischen Lebens führen.

Bei solchen Abwägungen spielen dann – neben dem medizinischen Sachwissen – immer auch ganz persönliche, biographische, die Identität des jeweiligen Patienten betreffende Faktoren eine Rolle. Damit wird das Anliegen der Rede von der Würde der Person, der man erst in der Teilnehmerperspektive entspricht, aufgenommen und integriert. Der Einsicht, daß jeder Fall einzeln beurteilt werden muß, kann hier voll Rechnung getragen werden. Allerdings bedeutet all dies nicht, daß dabei gegen das Prinzip ärztlichen Handelns verstoßen werden müßte, nämlich die möglichst optimalen Bedingungen für den Lebensvollzug zu erhalten. Im Gegenteil: Dieses rein formal gefaßte Ziel kann auch ganz konkretes, auf den einzelnen Fall bezogenes Handeln orientieren.

Welche Bedeutung bleibt der Rede von der Würde der Person?

Blicken wir nun abschließend von diesen grundsätzlichen hermeneutischen Überlegungen zum Ansatz einer rational begründenden Ethik zurück auf die Rede von der Personwürde als Maßstab ärztlichen Handelns.

Es hat sich gezeigt, daß die Personwürde nicht den Status eines ethischen Kriteriums für die inhaltliche Orientierung verantwortlichen ärztlichen Handelns

hat. Was ethisch verantwortlich oder unverantwortlich ist, bemißt sich letztlich nach dem Kriterium, ob eine Handlung den in ihr erstrebten Wert langfristig und im ganzen fördert oder ob sie ihn verringert oder zerstört. Dies bedeutet jedoch nicht, daß damit die Rede von der Personwürde überflüssig würde. Sie behält entscheidende Bedeutung für das ethische und damit auch für das ärztliche Handeln, nämlich die Bedeutung eines grundsätzlichen ethischen Appells.

Dieser Appell ruft dabei zum einen ins Bewußtsein, den anderen weder nach egoistischen oder rein ökonomischen, also gruppenegoistischen, Gesichtspunkten noch aber auch nach rein altruistischen Gesichtspunkten der bloßen Wunscherfüllung, sondern nach *vernunftgemäßen* Gründen zu behandeln, in die der andere prinzipiell jedenfalls auch aufgrund seiner Vernunft einstimmen könnte. Dies bedeutet auch, da sich das Vernünftige und Begründete oft erst im Diskurs zeigt, daß ärztliche Entscheidungen in einem Dialog zu finden sind, in dem Gründe ausgetauscht und abgewogen werden: im Dialog mit dem Patienten oder den Angehörigen, aber auch im Dialog mit Kollegen und Pflegern, mit der Krankenhausverwaltung, einem Geistlichen und dem nicht vorbelasteten „Laien“. Der Gedanke an eine Ethik-Kommission legt sich von hier aus nahe.

Dieser Appell, der mit der Rede von der Personwürde verbunden ist, macht dann zum anderen aber auch darauf aufmerksam, daß man in die ethische Urteilsbildung nicht nur allgemeine Prinzipien, sondern auch die konkrete Individualität und Biographie des Patienten, seine Fähigkeit zu leiden etwa, einbeziehen sollte.

Fragen wir abschließend noch unter theologischem Gesichtspunkt, welche Bedeutung der Glaube in diesem geschilderten Zusammenhang haben kann, so müssen wir zunächst auf die Annahme verzichten, aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen bzw. dem sogenannten „christlichen Menschenbild“ ergäben sich unmittelbar spezifisch christliche normative Konsequenzen. Die Bedeutung scheint eher auf der *motivationalen* Ebene zu liegen. Auf dieser Ebene nämlich kann der Glaube dazu beflügeln, den anderen wahrhaft vernünftig und nicht egoistisch oder altruistisch zu behandeln. Der Glaube hält dazu an, den anderen nicht nur als „Fall von etwas“ oder – was im Paradigma der rein kurativen, naturwissenschaftlich-technisch geprägten Medizin nur allzu oft vorkommt – als bloße Maschine zu sehen, die es zu „reparieren“ gilt, sondern als individuellen einmaligen Menschen, dem man gerade in seiner Einmaligkeit gerecht werden muß.

Die Bedeutung des Glaubens besteht so darin, daß er *kritisch* macht gegenüber allen Versuchen, den einzelnen Menschen ökonomischen Überlegungen unterzuordnen. Er macht kritisch gegenüber allem Verhalten dem Patienten gegenüber, das diesen zu einem „Fall“ reduziert. In dieser kritischen Kraft liegt die unverzichtbare Bedeutung des – nicht zuletzt aus der jüdisch-christlichen Tradition hervorgegangenen – Begriffs der Personwürde.

ANMERKUNGEN

- ¹ So E. Schockenhoff, Sterbehilfe u. Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“ (Regensburg 1991) 48; 82–92.
- ² So etwa H. Küng in: W. Jens u. d. s., Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung (München 1995).
- ³ I. Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 66/67.
- ⁴ I. Kant, Kritik der praktischen Vernunft, A 156.
- ⁵ Zu dieser Interpretation vgl. F. Ricken, Allgemeine Ethik (Stuttgart ²1989) 106.
- ⁶ So etwa E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß (Mainz 1993) 178 f.; L. Honnefelder, Ethische Probleme der Humangenetik, in: Fragen u. Probleme einer medizinischen Ethik, hg. v. J. P. Beckmann (Berlin 1996) 339 ff.
- ⁷ H. T. Engelhardt, The Foundations of Bioethics (New York 1986). Vgl. dazu die Darstellung u. Kritik bei K. Steigleder, Die Abenteuer der Bioethik. Ein kritischer Vergleich der Ethikkonzeptionen H. Tristram Engelhardts u. Peter Singers, in: Ethik ohne Chance? Erkundungen im technologischen Zeitalter, hg. v. J.-P. Wils u. D. Mieth (Tübingen ²1991) 227–236.
- ⁸ Vgl. dazu J. Fischer, Zur Wahrung der Würde der Person im ärztlichen Handeln, in: ZME 44 (1998) 263–277. Fischer beruft sich dabei ausdrücklich für die Unterscheidung der beiden Person-Konzepte auf R. Spaemann, Personen. Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“ (Stuttgart 1996).
- ⁹ Vgl. P. Singer, Praktische Ethik (Stuttgart ²1994) 123; d. s., Leben u. Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik (Erlangen 1994) 181–185.
- ¹⁰ Vgl. Engelhardt (A. 7) 104–110.
- ¹¹ Vgl. N. Hoerster, Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218 (Frankfurt ²1995) 75.
- ¹² Vgl. dazu etwa E. Schockenhoff (A. 6) 130–137; G. L. Müller, Wer ist Person? Überlegungen zu einem Grundbegriff theologischer Anthropologie, in: ZME 42 (1996) 119–127.
- ¹³ Vgl. P. Singer (A. 9) 31.
- ¹⁴ Ebd. 26 f.
- ¹⁵ Vgl. P. Singer, Wie sollen wir leben? Ethik in einer egoistischen Zeit (Erlangen 1996) 195–197.
- ¹⁶ P. Singer macht dies anhand von Experimenten mit dem sogenannten „Häftlingsdilemma“ deutlich: vgl. ebd. 156.
- ¹⁷ Ebd. 261.
- ¹⁸ Vgl. Singer (A. 9) 238.
- ¹⁹ Vgl. dazu S. Ernst, Ethik in einer egoistischen Zeit. Zu Peter Singers neuem Buch „Wie sollen wir leben?“, in: dieser Zs. 215 (1997) 319–330.
- ²⁰ Vgl. dazu P. Knauer, Fundamentalethik: Teleologische als deontologische Normbegründung, in: ThPh 55 (1980) 321–360.
- ²¹ Vgl. F. Böckle, Fundamentalmoral (München ⁴1977) 286 f.
- ²² Erlangen 1994.