

Einführung in die Medizinethik

(Mini-Skript zum Grundkurs Ethik im Rahmen von GTE)

Inhaltsverzeichnis:

- (1) Grundbegriffe und Grundfragen
- (2) Zum Arzt* -Patienten-Verhältnis
- (3) Lebensanfang: Probleme der neueren Fortpflanzungsmedizin
- (4) Lebensende: Probleme der Sterbebegleitung und –hilfe; Hirntod-Problematik
- (5) Organtransplantationen
- (6) Ethikberatung
- (7) Ein- oder weiterführende Literatur

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Westfälische Wilhelms- Universität Münster
Von-Esmarch-Straße 62
48149 Münster
Sekretariat: Silke Tandetzki, M.A.
Telephon: 8355286
E-mail: Tandetz@mednet.uni-muenster.de

* Hier und im folgenden stehen die grammatisch männlichen Bezeichnungen als generische Oberbegriffe für Angehörige beiderlei Geschlechts.

(1) Grundbegriffe und Grundfragen

"**Ethik**" und "**Moral**" sind wortgeschichtlich praktisch gleichbedeutend und werden in der Umgangssprache auch häufig synonym verwendet. Fachsprachlich bezeichnet man mehrheitlich mit "Moral" den Bereich der sittlichen Phänomene, das Handeln und Urteilen nach Normen und Werten - und mit (neuzeitlicher) **Ethik** das Nachdenken, Reflektieren über Moral. Danach ist Ethik also die Theorie der Moral.

Der Ethik geht es um Handlungsorientierung, um Bewertungen des Handelns, um Pflichten, Gebotenes und Erlaubtes im Umgang mit anderen – vor allem mit anderen Menschen, aber auch mit Tieren, Pflanzen, der Umwelt. Ihre Leitfrage ist: **Was sollen wir tun?** Ethik ist – neben Metaphysik, Logik und Erkenntnistheorie – ein Teilgebiet der Philosophie, aber auch eines der Theologie. Theologische und philosophische Ethik überschneiden sich; aber sie divergieren auch deutlich dort, wo die theologische Ethik auf spezifischen Glaubensprämissen und Kirchenlehren aufbaut, während die säkulare (weltliche) Ethik dies nicht tut.

Deskriptive Ethik: **beschreibt** die Moral (eines einzelnen, einer Gruppe, Gemeinschaft oder Kultur).

Normativer Ethik hingegen geht es um die **Begründungen** moralischer Urteile und der entsprechenden Haltungen und Handlungen – sie nimmt also gewissermaßen "Stellung".

Metaethik schließlich analysiert die Grundbegriffe und Hintergrundannahmen der Moral.

Medizinethik ist eine "Bereichsethik" (oder: "angewandte" Ethik) – andere Bereichsethiken sind etwa Medien-Ethik oder Wirtschaftsethik. **Bioethik** umfasst neben Medizinethik auch Umweltethik und Tierethik. Medizinethik befasst sich mit der Formulierung, Überprüfung und Rechtfertigung von Handlungsorientierungen im Umgang mit Krankheit und Gesundheit und ist – wie alle Bereichsethiken - ein Teilgebiet der allgemeinen Ethik, deren Methoden und Ergebnisse sie benutzt, aber auch für ihren spezifischen Handlungsbereich weiterentwickelt.

Medizinethik befasst sich mit einem sehr großen Spektrum von Fragestellungen und Konflikten auf verschiedenen Ebenen. Die Adressaten ihrer Überlegungen sind, je nachdem, Ärzte, Pflegekräfte, andere Mitglieder des therapeutischen Teams, Forscher, Gesundheitspolitiker etc. etc. Medizinethik geht also über **Arztethik** thematisch weit hinaus, hat diese aber im Zentrum. Da ärztliches Handeln auf die Erhaltung und Wiederherstellung menschlicher Ge-

sundheit, die Linderung von Schmerzen und Leiden sowie die Verhinderung eines vorzeitigen Todes gerichtet ist und also Werte betrifft, die in der Präferenzordnung der meisten Menschen ganz oben stehen, ist es nicht verwunderlich, daß gerade in der Medizin häufiger moralische Konflikte entstehen als in vielen anderen Tätigkeitsfeldern.

Seit einigen Jahren nimmt die Öffentlichkeit ein zunehmendes Interesse an Fragen der Medizinethik/ Bioethik und ihrer politischen Umsetzung, der **Biopolitik**. Hier bestehen gesellschafts-, ja weltweit, notorische Kontroversen in bestimmten Fragen, wie etwa hinsichtlich des Umgangs mit vorgeburtlichem Leben, der Gentechnik oder der aktiven Sterbehilfe.

Die Konflikte der Medizinethik sind zumeist im Kern nicht neu, jedoch durch die Möglichkeiten der modernen Medizin vermehrt und verschärft (Beispiel Sterbehilfe in Zeiten der Intensivmedizin). Bestimmte Fragestellungen allerdings erfordern tatsächlich gänzlich neue Bewertungen, weil sie Handlungsmöglichkeiten oder Sachverhalte betreffen, die es früher nicht gegeben hat (Beispiele: Hirntod, reproduktives Klonen).

Ethische **Theorien** sind Versuche, die Moral und ihre Begründungen zu systematisieren – was nicht nur zu Kontroversen zwischen Vertretern verschiedener Theorien, sondern auch auf Skepsis gegenüber Theorieansprüchen überhaupt führt. Gegenwärtig gibt es keine Theorie, die auf allgemeine Zustimmung stößt und auch keine Theorie, die so umfassend wäre, dass sie für alle auftretenden moralischen Konflikte und Probleme eine klare Lösung liefern könnte. Vielmehr sind ethische Theorien kontroverse und unvollständige – aber umso spannendere – Bemühungen um einleuchtende und widerspruchsfreie Wert- und Normenorientierung. Zumeist wird in der modernen (säkularen) Ethik keine Möglichkeit einer zwingenden Letztbegründung gesehen. Zu den "Bauelementen" ethischer Theorien gehören **Werte** (etwa: Wohlergehen oder Wahrhaftigkeit) und **Normen** oder Bewertungsprinzipien, die als "Vorschriften" gewissermaßen einen Brückenschlag zwischen Werten und Handlungen schlagen sollen. Diese Vorschriften werden oft in allgemeinere **Prinzipien** (z.B. "Bewahre den Respekt vor der Selbstbestimmung anderer Personen") und konkretere **Regeln** (z.B. "Urteilsfähige Patienten sollen aufgeklärt werden") unterteilt, wobei die Grenze zwischen beiden unscharf ist.

Ethische Theorien oder Systeme unterscheiden sich hinsichtlich der Klassifizierung, Begründung und Bewertung ihrer Prinzipien und divergieren zum Teil auch inhaltlich. Aber zumindest gibt es einen allen Moralsystemen gemeinsamen inhaltlichen Kern, zu dem etwa das Verbot von Betrug; Mord oder Folter, die Abscheu vor Gemeinheit, Habgier oder Feigheit

oder die Wertschätzung von Achtung, Liebe oder Gerechtigkeit zählen – und vieles mehr. Die ethischen Kontroversen der Gegenwart lassen leicht vergessen, wie groß und zentral dieser gemeinsame moralische Kernbereich ist, dem sich alle diejenigen Menschen verpflichtet wissen, die sich überhaupt in ihrem Urteilen und Verhalten an Fragen der Moral orientieren wollen.

Religion und Ethik: Religionen geben und begründen immer auch Antworten auf Fragen der Ethik; aber umgekehrt gibt es viele ethische Theorien, die ohne Glaubensvoraussetzungen auskommen meinen. Unter einer konfessionsneutralen Verfassung, wie sie für die Bundesrepublik Deutschland in Kraft ist, dürfen in den verbindlich gemachten Bereichen der Ethik und des Rechts auch nur weltliche, **säkulare**, Begründungen tragend gemacht werden. Im Ergebnis aber können etwa eine christliche Ethik der Nächstenliebe und eine säkulare humanistische Ethik sehr weitgehend übereinstimmen.

Zu den Grundtypen säkularer Ethik gehören **deontologische** Theorien (to deon = griechisch: das Gesollte), welche eine Handlung im Hinblick auf ihren moralischen Wert danach beurteilen, ob sie einem anerkannten moralischen Prinzip folgt bzw. als Handlungstyp einen bestimmten Wert oder Unwert. (Paradigmatisches Beispiel: Immanuel Kants / kategorischer Imperativ).

Teleologische (to telos = griechisch: Zweck, Ziel) oder **konsequentialistische** Theorien dagegen beurteilen Handlungen oder Regelungen nach Maßgabe ihrer empirischen Folgen. Sie müssen zusätzlich immer auch angeben und begründen, welche empirischen Folgen hierbei als wertvoll, welche als schlecht anzusehen sind und welche "Verrechnungen" hierbei erfolgen sollen (paradigmatisches Beispiel: der klassische **utilitaristische** Bewertungsmaßstab, der Handlungen nach der resultierenden Glückssumme aller Betroffenen bewertet). Es gibt hier ganze Familien von Unter- und Mischtypen.

Gemeinsam ist diesen beiden Grundtypen der Ethik, dass sie die **Verallgemeinerbarkeit** von Normen und deren rationale **Begründbarkeit** vertreten.

Bedeutsam sind auch die **Tugend-** und speziell die **Fürsorgeethik**, für die allerdings umstritten ist, ob sie tatsächlich einen eigenständigen Typ von Ethik ausmacht.

Aus der amerikanischen Bioethik (Beauchamp/ Childress) kommt der sehr einflussreiche Vorschlag, Debatten und Argumentationen in der Medizinethik mit der Anerkennung von vier "Prinzipien mittlerer Reichweite" zu beginnen, denen nach ihrem Dafürhalten Vertreter verschiedenster Theorien zustimmen können – nämlich:

- (i) Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung von Patienten (Autonomie-Prinzip)

- (ii) Schadensvermeidungs- (Non-Malefizienz-) Prinzip
- (iii) Fürsorge- (Benefizienz-) Prinzip
- (iv) Gerechtigkeits-Prinzip

Von Kritikern wird gegen diese "Prinzipien-Ethik" eingewandt, dass sie keine Handhabe für Konflikte zwischen diesen Prinzipien biete und dass diese vagen, auslegungsbedürftigen Normen immer erst einer Präzisierung und Interpretation bedürften. Befürworter der Prinzipienethik stimmen dem zum Teil durchaus zu, ohne deswegen ihren Ansatz aufzugeben. Sie können etwa die besagte Prinzipienethik nicht als eine "fertige" Theorie auffassen, sondern als einen Ordnungsversuch für ethische Abwägungen – nicht zuletzt für solche, die allererst anstehen und bei denen es darauf ankommt, an bereits begründete Urteile anzuschließen.

In der Medizin sind **Ethik** und **Recht** häufig mit denselben Fragen beschäftigt, fallen aber nicht zusammen. Das Recht regelt auch ethisch unbedeutsame Fragen (Details der Ausbildungsordnung) und kann andererseits bedeutsame Aspekte manchmal gar nicht normieren (Bsp.: Feingefühl).

Ethische **Expertise** kann auch außerhalb der professionell mit der Ethik befassten Disziplinen (Philosophie und Theologie) erworben werden.

Grundlegende **Lernziele** der Medizinethik für werdende Ärztinnen und Ärzte sind:

- eine die ärztliche Ausbildung und Tätigkeit begleitende Sensibilisierung für die moralische Dimension ärztlichen Handelns;
- die Vermittlung von Grundpositionen und -kontroversen;
- die Einübung in den Umgang mit ethischen Argumenten; Reflexion und Selbstvergewisserung im eigenen Handeln.

(2) Zum Arzt-Patienten-Verhältnis

Auch wenn in der modernen arbeitsteiligen Medizin ein großer Teil der diagnostischen und therapeutischen Eingriffe und Verfahren von mitbehandelnden Kollegen und anderen Mitgliedern des "therapeutischen Teams" geleistet wird, spielt das traditionelle Zweierverhältnis zwischen einem Patienten und "seinem" Arzt nach wie vor eine wichtige Rolle. Zum einen gibt es diese Beziehung in langjährigen Hausarzt-Verhältnissen, wie sie im künftigen Gesundheitswesen wohl eher eine noch größere Rolle spielen werden als bisher.

Zum anderen benötigen viele chronisch kranke Patienten dauerhafte Betreuung durch einen Facharzt. Und schließlich sollten auch behandelnde Krankenhausärzte ihren Patienten für die Dauer eines Klinikaufenthaltes ein solches Zweierverhältnis anbieten, damit es unter den vielen Kollegen *einen* verantwortlichen Ansprechpartner gibt. Je nach Konstellation kann das der Stationsarzt, der Operateur, der Oberarzt oder die behandelnde Chefärztin sein. In jedem Fall sollten die Zuständigkeiten hier klar und abgesprochen sein – was generell, aber auch in speziellen Fragen, wie zum Beispiel für die Aufklärung des Patienten sehr hilfreich sein kann.

In den modernen Diskussionen darüber, wie das Arzt-Patienten-Verhältnis idealerweise aussehen sollte, welche Rolle die beiden Figuren einnehmen und welche Normen dabei befolgt werden sollen, werden mindestens drei modellhafte Typen dieses Verhältnisses unterschieden:

(1) Das traditionelle, hippokratische oder "**paternalistische**" Verhältnis, in dem der Arzt seinen Patienten väterlich-fürsorglich leitet. Anstehende Behandlungsentscheidungen trifft hier unbesehen der Arzt für den Patienten - zu dessen eigenem Besten und nach vermeintlich durchgängig richtigen objektiven Kriterien.

Auf den ersten Blick ist dieses Modell zumindest teilweise akzeptabel, weil es den Patienten entlastet und weil es jedenfalls für akuten Notsituationen angemessen erscheint. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es als Normalmodell gegen heutige Wertvorstellungen verstößt, denen zufolge die Patientenautonomie respektiert werden muss (s. u.). Selbst in Notfällen sollten Patientenmaßstäbe (zuvor bekundete Willensäußerungen oder der vermutete Wille) gelten, falls solche bekannt sind.

(2) Das **Konsumenten-** (oder informative oder Vertrags-) Modell weist dem Arzt in anstehenden Entscheidungen über Behandlungen etc. lediglich die Rolle des "technischen Experten" zu, der den Patienten mit Sachwissen versorgt, ihm aber die Bewertungen und darauf basierenden Entscheidungen vollständig überlässt. Dieses Modell ist gewissermaßen das übertriebene Gegenstück zu (1). Es nimmt eine zu starke Trennbarkeit von Fakten und Bewertungen an und droht, die "Konsumenten" allein zu lassen, sie zu überfordern. In Fachkonsultationen, in denen es um nicht-existentielle Beschwerden geht, kann es aber durchaus seine Berechtigung haben – nicht aber als Leitbild für den Normalfall.

(3) Das **Partnerschafts-** (oder deliberative) Modell schließlich verpflichtet den Arzt über (2) hinaus zu einer Teilhabe am Entscheidungsprozess. Er soll gerade dadurch die Selbstbestimmung seiner Patientin fördern, dass er deren Entscheidungsprozess begleitet

und berät, dass er ihr hilft, zu einer klaren eigenen Bewertung zu kommen - allerdings ohne ihre Entscheidungshoheit anzukratzen, falls beide am Ende anderer Meinung sein sollten. Dieses Modell entspricht den heute vorherrschenden Wertvorstellungen vom Primat der Patientenautonomie, ohne sie unrealistisch einfach als gegeben und robust vorauszusetzen.

Im medizinischen Alltag lassen sich Konflikte zwischen den leitenden Grundprinzipien der Fürsorge (Benefizienz) und Schadensvermeidung einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung (Autonomie) des Patienten andererseits nicht immer vermeiden. Wird dann der Fürsorge die "Oberhand" gelassen, spricht man von medizinischem Paternalismus. **Paternalismus** wird verstanden als absichtliches Handeln und Entscheiden **gegen** den Willen bzw. die Entscheidungen des Patienten, aber allein zu **dessen** vermeintlichem Wohlergehen. Paternalistisches Handeln ist also "wohlwollend-fremdbestimmend". Als **harten, starken** oder **echten** Paternalismus versteht man ein solches Handeln allerdings nur dann, wenn der Patient zu wirklich autonomen (s. u.) Entscheidungen gekommen ist bzw. hätte kommen können. Bei solchen Patienten hingegen, die genau dazu nicht in der Lage sind (z.B. Kinder, bewusstseinsgestörte oder bewusstlose Patienten) ist der dann erfolgende **weiche** Paternalismus oft unumgänglich und ethisch absolut geboten.

Zum traditionellen Arztbild (s. o.) gehörte eine gehörige Portion harten Paternalismus. Er wurde (durchaus auch von potentiellen Patienten und Angehörigen selbst) damit gerechtfertigt, dass in Entscheidungs- oder Informationssituationen, Patienten überlastet würden, dass Ärzte es "besser" wüssten, dass Nachfragen des Patienten nicht ernst gemeint seien, dass schlechte Prognosen dem Patienten schaden und überdies ohnehin unsicher seien. Dagegen hält die heute vorherrschende nicht-paternalistische Position: Patienten wüssten es am Ende selbst am besten, was ihr "Wohl" ausmache, während die Vorstellung von durchgängig objektiven Kriterien zu dessen Bestimmung ebenso falsch sei wie die Zuversicht unberechtigt, Ärzte würden die Wertvorstellungen ihrer Patienten ohnehin kennen. Weiterhin könne das Bewusstsein, selbst entscheiden zu können, zum Wohlbefinden des Patienten beitragen. Viele Menschen sähen in persönlicher Autonomie (inklusive eines Rechts aufs Fehlermachen) in Fragen der eigenen Lebensführung und –gestaltung einen hohen Eigenwert. Verdrängungsmechanismen, zu denen zu greifen Patienten selbstverständlich jedes Anrecht hätten, funktionierten auch bei Patienten, bei denen ehrliche Aufklärung angeboten und begonnen werde. Das Argument der prognostischen Unsicherheit rechtfertige kein Verschweigen, sondern eine Mitteilung eben dieser Unsicherheit selbst. Und schließlich basiere das notwendige gesellschaftliche

Vertrauen in Medizin und Ärzte heutzutage auch darauf, dass Ehrlichkeit und Respekt vor Patientenautonomie als Leitprinzipien angenommen würden.

Informierte Einwilligung. Bevor ein Patient auf irgendeine Weise (harmlos oder riskant, diagnostisch oder therapeutisch, operativ oder pharmakologisch) behandelt wird, muss er dieser Behandlung zustimmen und zuvor aufgeklärt worden sein (informed consent). Ohne legitimierende Zustimmung erfüllen ärztliche Eingriffe rechtlich den Tatbestand der Körperverletzung. Ausnahmen hiervon sind Notfälle, in denen nach dem "mutmaßlichen Willen" entschieden werden darf; sowie Eingriffe bei nicht einwilligungsfähigen Patienten (Kinder, bewusstseinsgetrübte oder bewusstlose Patienten), bei denen Stellvertreterentscheidungen durch Eltern, Betreuer etc eingeholt werden müssen.

Um als *legitimierend* zu gelten, muss die Zustimmung bzw. Ablehnung des Patienten *autonom* sein und dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllen, hinsichtlich derer es grundsätzliche Einigkeit in Ethik wie Recht gibt. Gegeben sein müssen:

(1) hinreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit ("Kompetenz") des Patienten

Hier geht es um die mentalen Voraussetzungen, die ein Patient mitbringen muss, um in der konkreten Situation entscheiden zu können. Die Entscheidungskompetenz kann schwanken (Schmerz, Aufregung) und kann in Bezug auf unterschiedliche Fragen (Krankheit versus Geschäftsdinge) unterschiedlich ausfallen.

(2) hinreichendes Verständnis dessen, worüber entschieden werden muss.

Patienten müssen über Nutzen, Art, Risiken und Chancen, Bedeutung und Alternativen der geplanten Intervention so unterrichtet werden, dass sie verstehen können, worum es **für sie** geht. Sie müssen dabei nicht zuletzt auch verstehen, dass sie selbst durch Fragen den Umfang der Information bestimmen können und dass sie das Recht der letzten Entscheidung haben.

(3) eine Entscheidung ohne Zwang oder Manipulation durch andere.

Weder Ärzte noch Angehörige dürfen einen Patienten so unter Druck setzen oder unzulässig beeinflussen, dass er nicht anders kann, als sich in eine bestimmte Richtung zu entscheiden. Solche Einflussnahme kann ausdrücklich oder versteckt vor sich gehen und könnte in angedrohtem Entzug der fachlichen oder emotionalen Zuwendung bestehen oder im Verächtlichmachen abweichender Sichtweisen oder auch im selektivem Vorenthalten von Informationen. Unter solchen oder vergleichbaren Umständen kann man nicht mehr von einer *freiwilligen* Patientenentscheidung reden.

Sehr wohl zulässig hingegen sind Versuche von Angehörigen, Ärzten und anderen Therapeuten, den Patienten durch Argumente von einer vermeintlich unverständigen Entscheidung abzubringen. Solches Überreden- oder Überzeugenwollen gehört geradezu zur Pflicht der Therapeuten und arbeitet im Gegensatz zu Zwang und Manipulation mit *Gründen* statt mit Druck-, Droh- oder Belohnungsmitteln.

Ärzte unterliegen rechtlich wie ethisch der Schweigepflicht, die das Behandlungsteam im weitesten Sinn einbindet. Rechtlich ist das Gebot zur Verschwiegenheit straf-, zivil- und berufsrechtlich verankert. Ethisch wird es unter anderem damit begründet, dass vorbehaltloses Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes eine Voraussetzung für ehrliche anamnestische Angaben und letztlich für gute Medizin ist. Als ultima ratio kann ein ausnahmsweises Brechen der Schweigepflicht dann gerechtfertigt oder sogar geboten sein, wenn es dem Schutz eindeutig höherer Güter dient. Beispiele hierfür sind der HIV-positive Patient, der diese Diagnose seinem/ seinen Sexualpartner verschweigen möchte, oder der schlecht eingestellte epilepsiekranke Busfahrer, der diese Tatsache der Behörde verschweigen möchte. In aller Regel sollte es gelingen, den Patienten selbst zu sprechenden Mitteilungen zum Schutze Dritter zu bewegen.

Die neuen medizin-technischen Möglichkeiten und deren unterschiedliche (rechts)-ethische Bewertungen haben das traditionelle hippokratisch-christliche Arzt-Ethos erheblich ins Wanken gebracht. Unter Ärzten, Patienten und Außenstehenden, unter Nichtchristen, aber auch Christen ist vieles umstritten: Verboten das professionelle Ethos eine (eng begrenzte) aktive Sterbehilfe oder die Beihilfe zur Selbsttötung eines dazu entschlossenen unheilbar Kranken? Verboten es Abtreibungen oder Embryonenselektion? Erlaubt es den Einsatz medizinischer Kenntnisse und Mittel zur vermeintlichen Optimierung von Aussehen oder Fähigkeiten bei Gesunden (man denke an die Schönheitschirurgie, ans Doping im Sport, aber auch an den Einsatz von Psychopharmaka zur Steigerung der Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen "mental doping")?

Unter denjenigen, die alle oder einige dieser möglichen Maßnahmen für "unärztlich" halten, appellieren einige an die Tradition, andere an "innere" Wertmaßstäbe der Medizin. Wohl die meisten Kritiker wie deren Kontrahenten jedoch sind sich einig darin, dass sich die Antworten auf diese komplexen Fragen nicht an medizin-internen Maßstäben ablesen lassen, sondern im Gefüge allgemeinerer ethischer Rechtfertigungen zu geben sind. Dass allerdings dabei auch die Auswirkungen möglicher Erlaubnisse oder Verbote auf das individuelle wie öffentliche Vertrauen in Ärzte, deren Rolle und Selbstbild mitbedacht werden muss, ist unstrittig.

(3) Lebensanfang: Probleme der neueren Fortpflanzungsmedizin

Die Beratung von Frauen/ Paaren mit Kinderwunsch, die Betreuung Schwangerer und die Geburtshilfe gehören seit alters her zu den ärztlichen Aufgaben. Sie haben sich aber durch die neuen diagnostischen und interventionellen Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin und Humangenetik in den letzten Jahrzehnten massiv verändert. Meilensteine sind hier die Antibaby-Pille in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, die Möglichkeiten der nicht-invasiven und invasiven vorgeburtlichen Untersuchungen etwa durch Ultraschall oder Fruchtwasserpunktion seit den 1960er Jahren, die Geburt des ersten Retortenbabys 1978, sowie die (gegenwärtig allerdings höchst unvollkommen beherrschten) Techniken des reproduktiven Klonens. Mit den neuen Handlungsmöglichkeiten gehen zwingend neue Fragen nach deren ethischer Zulässigkeit oder Unzulässigkeit einher. Es stellen sich eine Reihe moralischer Probleme und ethischer Fragen, die es früher einfach nicht gab. Nach ihren Zielsetzungen lassen sich die heute möglichen Maßnahmen zur Beeinflussung des Fortpflanzungsgeschehens in drei Gruppen teilen:

(a) Maßnahmen gegen ungewollte Kinderlosigkeit (Sterilitätsoperationen; In-vitro-Fertilisation (IVF) bzw. intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), Samen-, *Ei-*, und *Embryonenspende*, *Leihmutterschaft*; *reproduktives Klonen*);

(b) Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften (neben Abstinenz: effektive Kontrazeptiva - insbesondere die "Pille"; Abtreibung);

(c) Interventionen zur Vermeidung der Geburt eines Kindes mit schwerer Erkrankung (Optionen: Pränataldiagnostik (PND) mit (1.) falls möglich, pränataler Therapie oder (2.) anschließender Abtreibung; oder (3.) *Präimplantationsdiagnostik* (PID) mit Verwerfen betroffener Embryonen).

Was hier ethisch zulässig ist, ist zum großen Teil hochgradig umstritten. Rechtlich *unzulässig* sind gegenwärtig in Deutschland die oben kursiv gesetzten Maßnahmen. Maßgeblich für deren Verbot ist das seit 1991 geltenden Embryonen-Schutz-Gesetz.

In den reproduktions-ethischen Debatten werden – trotz aller Verschiedenheit der jeweils konkreten Technik und ihrer Implikationen – immer wieder dieselben Grundkontroversen geführt. Dabei geht es:

(1) um den **moralischen Status** ungeborenen Menschenlebens, das heißt um die Frage, welcher Schutz dem (frühen oder weiter entwickelten) Embryo gebührt; ob er um seiner

selbst willen Adressat moralischer Pflichten – namentlich zum Lebenserhalt – ist;

(2) um die ethische Beurteilung vorgeburtlicher **Selektion** und ihrer Bedeutung und Auswirkungen für die in der Gesellschaft lebenden behinderten Menschen;

(3) um die Beurteilung der zunehmenden Abkehr von den **natürlichen** Fortpflanzungsprozessen; und

(4) um die Auswirkungen einer liberalen Politik der Schwangerschaftsabbrüche und der vorgeburtlichen Auswahl auf die Menschlichkeit und das sonstige Normengefüge der **Gesellschaft**.

Diese Diskussionsfelder können hier nur stichwortartig behandelt werden, zu jedem von ihnen gibt es eine Fülle von Literatur.

Ad (1) – moralischer Status von Embryonen:

Diese Frage ist für die Beurteilung von Abtreibungen; von PID und von PND mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch von entscheidender Bedeutung: Wer schon der befruchteten Eizelle denselben moralischen Status wie geborenen Menschen zuschreibt, kann Abtreibungen lediglich zur Rettung des mütterlichen Lebens moralisch richtig finden. Alle Interventionen, die das Leben eines einmal gezeugten Embryos zu anderen Zwecken Dritter gefährden (was man schon der IvF anlasten könnte) oder beenden, wären dann konsequenterweise moralisch nicht vertretbar. Wenn sich Befürworter eines "vollen" embryonalen Lebensschutzes dennoch auf rechtspolitischer Ebene permissiver positionieren, so nicht selten mit den Argumenten, dass Abtreibungen ohnehin nicht mit dem Strafrecht verhindert werden könnten, oder das man Schwangere nicht dazu zwingen könne, ihre Leibesfrucht auszutragen.

Vertreter des "vollen Status" (womit der Embryo zugleich verfassungsrechtlich als Träger der vollen Menschenwürde und des verfassungsrechtlich garantierten Lebensschutzes gilt) argumentieren mit (a) der Zugehörigkeit schon der befruchteten Eizelle zur **Spezies** Mensch; (b) mit der **Kontinuität** der embryonalen/ fötalen Entwicklung, die bis hin zur Geburt keinen moralisch bedeutsamen Einschnitt zulasse; (c) mit der **Potentialität**, d.h. der Fähigkeit der befruchteten Eizelle, sich unter geeigneten Bedingungen zu einem Kind zu entwickeln); (d) der angenommenen **Identität** schon der befruchteten Eizelle (alternativ: des nicht mehr teilungsfähigen Frühembryos) mit dem später geborenen Kind. Zusammengefasst werden diese vier Argumente nach ihren Initialen auch als "SKIP"-Argumente.

Demgegenüber vertreten, am anderen Ende des Beurteilungsspektrums, andere Autoren (die ebenso wie ihre Opponenten Verfassungsrechtler, Ethiker etc. etc. sein können) den moralischen Status früher Embryonen als erheblich geringer als denjenigen geborener

Menschen – so dass er zwar keinen beliebigen, respektlosen Umgang mit der menschlichen Leibesfrucht erlaube, aber doch deren Verwerfung vor der Nidation (etwa im Rahmen von PID und Embryonenforschung) sowie deren Abtreibung nach Wunsch der Mutter. Anders als die Position, die vollen Schutz ab ovo fordert, fächert sich die "liberale" Gegenposition in viele verschiedene Unterpositionen auf, die gemeinsam die Plausibilität der der o. g. vier Standardargumente bezweifeln: die **Potentialität** früher Embryonen gilt ihnen nicht als hinreichender Grund dafür, diese Entwicklungsstufen wie Kinder, zu denen sie sich ja eben noch nicht annähernd entwickelt hätten, zu schützen; die Entwicklung beurteilen sie gerade nicht als moralisch **kontinuierlich**, sondern sehen – je nachdem – in bestimmten Entwicklungsschritten (Nidation, Hirnentwicklung, Empfindungsfähigkeit, Bewusstseinsvermögen, Menschenähnlichkeit, Lebensfähigkeit, Geburt) bedeutsame Einschnitte; insofern bestreiten sie die **Identität** (in einem moralisch relevanten Sinn) der befruchteten Eizelle mit dem daraus möglicherweise entstehenden Kind; und schließlich sehen sie in der **Spezieszugehörigkeit** als solcher (ohne Eingetretensein der für bedeutsam erachteten Entwicklungsschritte) keinen einleuchteten Grund für die Zuschreibung eines vollen moralischen Status.

Debatten zwischen den verschiedenen Status-Auffassungen werden in allen westlichen Ländern geführt und lassen gegenwärtig weder auf gesellschaftlicher noch auf moral-philosophischer Ebene einen Konsens erkennen. Kontrovers ist in diesem Zusammenhang auch, ob die gängige deutsche Praxis, die die Verwendung von Nidationshemmern (Spirale) zulässt, aber die Forschung an gleich alten Embryonen unter Strafe stellt, und welche die PID verbietet (im Gegensatz zu den allermeisten anderen westlichen Ländern) , aber die PND zulässt, massive Wertungswidersprüche begeht oder wertungskonsistent ist.

Ad (2) – vorgeburtliche Selektion:

In der Bundesrepublik wird gegenwärtig bei etwa jeder 10. Schwangerschaft im 3./ 4. Monat eine Fruchtwasserpunktion mit anschließender genetischer Untersuchung der Fötalzellen (PND) durchgeführt; bei auffälligem Befund entschließt sich die überwiegende Mehrheit der Schwangeren/ Paare zu einem Abort. Indikationen für die Untersuchung sind entweder bekannte genetische Risiken für schwerwiegende Erkrankungen des späteren Kindes oder aber die Sorge vor mütter-altersbedingt zunehmenden Chromosomenstörungen (insbes. Trisomie 21). Zugleich sind dieselben Untersuchungen an Embryonen, die sich nach assistierter Zeugung noch in der Glasschale befinden (PID) verboten. Allerdings wird die Legalisierung der PID von verschiedenen Seiten gefordert. Neben der Frage des embryonalen Status ist bei der ethischen Beurteilung von PND wie PID die Frage von

größter Bedeutung, ob mit der vorgeburtlichen Selektion gegen bestimmte Krankheiten zugleich eine Diskriminierung derjenigen Mitbürger erfolgt, die mit diesen Krankheiten leben müssen. Manche oder (besonders wohl in Deutschland) viele Behinderte sehen oder sähen sich durch solche Selektion gekränkt, herabgewürdigt oder gar in ihren Rechten bedroht. Viele Kritiker stehen ihnen in dieser Auffassung zur Seite und beurteilen PID/ PND als behindertenfeindlich, -verletzend und –diskriminierend.

Demgegenüber wird von Befürwortern einer verantwortlich begrenzten Freigabe vorgeburtlicher Selektion argumentiert, dass diese wegen des kategorial anderen Status von Embryonen ethisch zulässig sei und die Rechte und die Würde geborener Mitmenschen ebenso wenig tangiere oder in Frage stelle, wie die Prävention oder Heilung von bis dato unheilbaren Krankheiten diejenigen diskriminiere, die an diesen noch leiden müssten.

Ad (3) – Natürlichkeit und Künstlichkeit des Fortpflanzungsgeschehens:

Das Argument der "Widernatürlichkeit" wird von Kritikern gegen verschiedene Stufen der Manipulation menschlicher Fortpflanzung vorgebracht. Befürworter solcher Manipulation weisen im Gegenzug darauf hin, dass die Bekämpfung von Missständen und Elend, wie dies allgemein für richtig gehalten werde, ja vielfach gerade durch Bezähmung der Natur und Manipulation natürlicher Abläufe erfolge. So müsse man weite Teile der Medizin als Kampf gegen die in der "Natur" vorkommenden Seuchen und Krankheiten, als Eingriff in "natürliche" Defektheilungen usw. verstehen. Nicht "Natürlichkeit" oder "Künstlichkeit" als solche seien einleuchtende ethische Bewertungskriterien, sondern die individuelle und soziale Zuträglichkeit der zu beurteilenden Handlungen. Allerdings wird hier häufig eingeräumt, dass eine totale "Artifizialisierung" und Manipulation gerade der menschlichen Fortpflanzung (Stichworte: künstliche Gebärmutter, "Qualitäts-Babys") den Menschen nicht zuträglich sein könne.

Ad (4) - Argumente gesellschaftlicher Fehlentwicklungen:

Mit dem Vorgehenden zusammenhängend befürchten viele Kritiker schleichende oder rapide Aufweichungen von Werten oder normativen Grenzen, wenn PID oder Embryonenforschung einmal erlaubt würden. Zum einen wird befürchtet, dass die Indikationsstellung zur PID, die gegenwärtig zumeist nur für Paare mit genetischen Risiko für schwere, unheilbare Krankheiten ihres Kindes, sowie – zum Teil – zur Verbesserung der IVF-Erfolgschancen (durch Aussonderung schwerster letaler Chromosomenstörungen) gefordert wird, einer Ausweitungsdynamik unterliegen werde. So würden die positive Selektion erwünschter Eigenschaften und somit die "Qualitätskontrolle" folgen. Kinder würden zum Produkt, und die Naturwüchsigkeit menschlicher Veranlagung, als eine der Grundvoraussetzungen von wechselseitiger menschlicher Achtung, würde aufgegeben. Andere fürchten

die schleichende Erosion des Respekts vor dem Lebensrecht und der Würde auch geborener Menschen, wenn erst einmal die Anfänge "lebensverachtender" Praktiken wie PID und verbrauchende Embryonenforschung zugelassen würden.

Gegen solche Dammbrech- (slippery slope-) Argumente wird eingewendet, diese Befürchtungen seien rein spekulativ. Nicht nur ließen sich Indikationsgrenzen durch entsprechende Gesetze und institutionelle Regelungen halten, sondern Gesetze könnten bei auftretenden Fehlentwicklungen auch wieder verschärft werden. Und im übrigen sei die ausgeweitete PND-Praxis auch nicht mit einer Verrohung der Gesellschaft, mit zunehmender Behindertenfeindlichkeit oder schrumpfendem Lebensschutz-Respekt einhergegangen – im Gegenteil, sei unsere Gesellschaft in diesen Fragen zum Glück zunehmend sensibilisiert.

PID- Befürworter möchten angesichts der ihrer Auffassung nach fehlenden Gegengründe die begrenzte Inanspruchnahme dieser Technik der **Fortpflanzungsfreiheit** betroffener Paare anheim stellen; Vertreter der verbrauchenden Embryonenforschung möchten die Verwendung von Pränidations-Embryonen für die hochrangige biomedizinische Forschung zulassen, von der manche sich massive Fortschritte für Behandlung zukünftiger Schwerstkranker versprechen. In beiden Fällen wäre dafür in Deutschland eine Änderung des geltenden Embryonenschutzgesetzes erforderlich.

(4) Lebensende: Probleme der Sterbebegleitung und –hilfe; Hirntod

Gegenwärtig sterben Patienten immer seltener zu Hause, immer häufiger in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Vereinsamung und Mangel an Selbstbestimmtheit in Fragen des eigenen Sterbens sind die beiden Hauptanschuldigungen der vielen Kritiker im Kampf um die neuerliche "Würde" im Sterben. In ihrer Antwort auf die Problematik teilen sie sich - oft hochgradig emotional - in zwei Lager: Die einen möchten ausdrücklich nur die psychosozialen Umstände des Sterbens zum Besseren verändert sehen; die Gegenseite mahnt ein moralisches und juristisches Recht auf weitergehende - vor allem aktive - Sterbehilfe an. Die höchst wichtigen Forderungen nach besserer *Sterbebegleitung*, verbesserte Schmerztherapie und größerer menschlicher Zuwendung stehen dabei aber in keiner notwendigen

Opposition zu jenen Überlegungen, welche als *ultima ratio* einen weitgehenden Therapieverzicht, aktive Sterbehilfe oder ärztliche Beihilfe zum Suizid als zulässig ansehen.

Sterbehilfe

Die Massenmorde an behinderten Menschen durch die Nationalsozialisten und durch ihre Helfer - verlogen als "Euthanasie" (schönes/ leichtes Sterben) bezeichnet - haben diesen Begriff und die eigentlich unter ihn fallenden Handlungen in Deutschland nachhaltig tabuisiert. Im folgen fallen unter die hier verwendete Bezeichnung "Sterbehilfe" solche Handlungen und Unterlassungen, die darauf zielen, im Interesse eines schwerstkranken Patienten dessen Tod herbeiführen oder in Kauf zu nehmen - ohne dass bereits ein Urteil über deren moralische Zulässigkeit eingeschlossen wäre.

Der (auch international) üblichste Sprachgebrauch bezeichnet :

- einen den Tod des Patienten zulassenden Behandlungsverzicht (einschließlich des Verzichts auf Flüssigkeit, künstliche Ernährung oder Beatmung) als **passive Sterbehilfe** (begriffliche Alternative: **Sterbenlassen**),
- eine Schmerzstillung oder andere palliativ indizierte Behandlung mit dem Nebeneffekt der Lebensverkürzung als **indirekte Sterbehilfe** (begriffliche Alternative: **Leidminderung mit möglicher Lebensverkürzung**),
- ein tätiges Herbeiführen des Todes eines Patienten, welches nicht zugleich ein Behandlungsverzicht ist, als **aktive Sterbehilfe** ((begriffliche Alternative: **Töten auf Verlangen**),

Die aktuellen Debatten um Sterbehilfe lassen sich vor allem in zwei Gruppen unterteilen: (1) in Kontroversen um die genaueren Zulässigkeitskriterien eines Behandlungsverzichts, und (2) in Kontroversen um die grundsätzliche Zulässigkeit auch der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich assistierten Suizids – soweit diese auf ausdrückliches Verlangen eines unheilbar Schwerstkranken erfolgen.

Ad (1): Ethisch wenig strittig und rechtlich eindeutig ist, dass ein urteilsfähiger Patient jederzeit das Recht hat, neue therapeutische Eingriffe zu untersagen oder bereits laufende abbrechen zu lassen. Ein ärztliches Zuwiderhandeln würde den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen. Unterschiedliche Auffassungen werden hingegen darüber vertreten, unter welchen Bedingungen lebenserhaltende Maßnahmen bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten unterlassen/ abgebrochen werden dürfen oder sollen. Grundsätzlich kann dies – nach Dafürhalten vieler und neuester Rechtsprechung - durch

eine eindeutige entsprechende Vorausverfügung des Patienten ("Patiententestament") oder durch einen von diesem bevollmächtigten Stellvertreter entschieden werden. Strittig ist jedoch, welche Kriterien die Verfügung erfüllen muss, wann die Entscheidungen eines Bevollmächtigten gerichtlich überprüft werden müssen, und ob solche vorausverfügte passive Sterbehilfe nur in der Phase des unmittelbar absehbaren Sterbens vollzogen werden darf (was Verfechtern der Patienten-Selbstbestimmung in Fragen des Sterbens nicht vertretbar erscheint). All diese Detailfragen werden vermutlich demnächst gesetzlich geregelt werden, um den Bürgern dieses Landes endlich mehr Rechtssicherheit in diesen Fragen zu geben.

Ad (2): In Deutschland und in den meisten anderen Ländern (Ausnahmen: Belgien und Niederlande) steht aktive Sterbehilfe ausnahmslos unter Strafe. Der ärztlich assistierte Suizid bei einem unheilbar Schwerstkrank ist in seiner rechtlichen Zulässigkeit zumindest umstritten, standesrechtlich/ -ethisch aber eindeutig untersagt (anders in Oregon, Belgien, den Niederlanden und wohl künftig der Schweiz).

Zugunsten der Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe werden als direkte Argumente Humanität und das Recht eines Patienten auf Selbstbestimmung, als indirektes Argument die angebliche **moralische** Bedeutungslosigkeit gängiger Unterscheidungen zwischen aktiver Sterbehilfe einerseits und passiver oder indirekter Sterbehilfe andererseits angeführt.

Der ersten Argumentation zufolge sind gerade so existentielle Entscheidungen wie diejenige über Umstände und Zeitpunkt des eigenen Sterbens und die Zumutbarkeit tödlichen Leidens dem Selbstbestimmungsrecht eines Patienten zu unterstellen. Dieses Argument gewinnt in einer liberalen, säkularen Gesellschaft, in der nicht mehr allgemein von der Gottbestimmtheit der Sterbeumstände und von der "Heiligkeit" des Lebens ausgegangen wird, zunehmend an Bedeutung. Aber auch innerhalb der christlichen Lehre wird die moralische Verwerflichkeit aktiver Sterbehilfe verschiedentlich in Frage gestellt.

Das zweite Argument besagt, dass die unterschiedliche Kausalrolle des Arztes bei aktiver Sterbehilfe einerseits und bei passiver und indirekter Sterbehilfe andererseits keine unterschiedliche moralische Beurteilung begründen könne. Unter sonst exakt identischen Randbedingungen (todkranker, nach Sterbehilfe verlangender Patient, integrier Arzt, kein Aussendruck) seien das Sterben durch aktives Herbeiführen oder durch beabsichtigtes Geschehenlassen oder wissentliches Inkaufnehmen als moralisch gleichwertig zu beurteilen.

Als Einwände **gegen** jede Lockerung des Euthanasieverbotes werden andererseits Argumente vorgebracht, die sich gegen aktive Sterbehilfe schon in jedem Einzelfall, ja zum Teil

bereits gegen die bloße Debatte dieser Problematik richten. Häufig wird hier die Position von der "Heiligkeit" oder Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens bezogen. Sie zu verlassen, so wird argumentiert, beruhe auf verwerflichen gesellschaftspolitischen, insbesondere ökonomischen Motiven (man wolle an den Kranken und Schwachen sparen), auf einem falschen Menschenbild (dem Ideal des Gesunden/ der Verachtung des Behinderten) oder auf dem eigenen Ekel vor dem Leiden, welches man nicht mit ansehen wolle. Um dieses Argument spezifisch gegen die aktiven – nicht aber gegen die passive und indirekte Sterbehilfe – zu richten, müssen aus dieser Sicht die jeweiligen Kausalrollen oder die Absichten des Arztes entsprechend unterschiedlich **bewertet** werden. Zusätzlich werden oft "moralpragmatische" Argumente angeführt: Aktive Sterbehilfe zuzulassen werde die moralische Integrität des Ärztestandes unterminieren, den allgemeinen Respekt vor dem Lebensschutz aufweichen, das Misstrauen der Patienten vor ihren Ärzten schüren, subtilen familiären oder gesellschaftlichen Erwartungsdruck zugunsten "erlösender" Sterbehilfe bei Alten und Schwachen ausüben und damit - das ist die wohl größte Sorge - scheinbar freiwillige, autonome Bitten um "Mitleidstötung" in Wahrheit unter dem verinnerlichten Druck der Umgebung entstehen lassen.

Auch Befürworter der aktiven Sterbehilfe müssen einräumen, dass der potentielle Adressatenkreis aktiver Sterbehilfe größer als der Adressatenkreis eines tödlichen Behandlungsverzichts ist, der eben die vitale Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten voraussetzt. Wo tatsächlich Grund zur Sorge vor Missbrauch bestünde - und diese Frage ist am Ende keine genuin philosophische - gewännen solche Aspekte in der Tat große Bedeutung.

Ein weiterer Diskussionspunkt im Zusammenhang mit Sterbehilfe ist die Frage nach der Zulässigkeit **ärztlicher Beihilfe zum Suizid** bzw. des Interventionsverzichts bei einem Suizidversuch eines terminal kranken Patienten. Formal kann der Unterschied zwischen ärztlich assistiertem Selbstmord (bei welchem der Patient die Tat ausführt) und aktiver Euthanasie (bei welcher der Arzt die Tat ausführt) hauchdünn sein. Und so decken sich denn auch ein Teil der Pro- und Contra-Argumente mit denjenigen, die bezüglich der Euthanasie vorgebracht werden. Wieder sprechen für die eine Seite die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens, die moralische Integrität des Arztstandes und die Manipulierbarkeit des Patientenwillens gegen die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe für todkranke Patienten, sprechen für die andere Seite Humanität und Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten dafür. Im Vergleich zu aktiver Sterbehilfe wäre die Freigabe ärztlicher Selbstmordhilfe aber denn wohl doch deutlich weniger missbräuchlich und für die

Öffentlichkeit weniger besorgniserregend. Daher sehen verschiedene Autoren hierin sogar eine geeignete Alternative zu aktiver Sterbehilfe.

Hirntod

Kontroversen über Definition und Feststellbarkeit des Todes hat es unter Ärzten wie Laien seit Jahrhunderten gegeben, wobei es meist um die Sorge der Letztgenannten ging, vorzeitig für tot erklärt zu werden. Aber auch philosophische Überlegungen darüber, was genau den Tod ausmacht, sind immer wieder angestellt worden und haben in der Gegenwart mit den Möglichkeiten der Intensivmedizin an Dringlichkeit gewonnen. Diese Dringlichkeit war nicht nur theoretischer, sondern durchaus auch praktischer Natur, gelangten doch in den späten 60er Jahren mit dem Einsatz der Intensivmedizin immer mehr Menschen in den Zustand des **Hirntodes** - d.h. des **vollständigen** Ausfalls aller messbaren Hirnfunktionen bei künstlich erhaltenem Kreislauf. Ob solche hirntoten Patienten als Lebende oder als Tote zu betrachten seien, war/ ist relevant für die Fragen nach deren weiterer Behandlung **sowie** nach deren Status als potentielle Organspender. Diese beiden Fragestellungen motivierten denn auch unterschiedliche Mediziner-Gremien überall in der westlichen Welt, sich der Hirntodproblematik anzunehmen - mit dem Erfolg, dass ab 1968 in den meisten dieser Länder der Hirntod als Tod des Menschen anerkannt wurde. Das gilt auch für Deutschland in der **Praxis**, während die theoretische und offizielle Anerkennung erst 1993 durch die Bundesärztekammer erfolgte, die jedoch bereits seit 1982 fortlaufend Richtlinien zur praktischen Feststellung des Hirntodes veröffentlichte. Auf rechtlicher Ebene wurde diese Definitionskompetenz 1997 durch das Transplantationsgesetz anerkannt.

In jenen Jahren, aber auch heute noch, war/ ist die Hirntoddefinition umstritten. Kontrahenten auf beiden Seiten argumentieren dann unplausibel, wenn sie die objektive naturwissenschaftliche Bestimmbarkeit eines *richtigen* Todeskonzepts annehmen, statt anzuerkennen, dass es dabei - innerhalb naturwissenschaftlicher Grenzen - um anthropologische, ethische, semantische u. a. Abwägungen und Plausibilitäten geht. Problematisch sind - wie ich meine - auch die Argumente, dass die Empfindungs- und Bewusstseinsunfähigkeit Hirntoter unerwiesen, oder dass die erfolgte "Umdefinition" ein Symptom puren Nützlichkeitsdenkens. Durchaus berechtigt hingegen scheinen mir eine Reihe anderer kritischer Überlegungen zum Todesverständnis.

Drei verschiedene Definitionsmerkmale werden in der Debatte um den richtigen Todesbegriff diskutiert:

(1) das Sistieren der Vitalfunktionen Atmung und Kreislauf,

- (2) der irreversible Verlust der integrativen vegetativen Selbststeuerung,
(3) der unwiederbringliche Verlust aller mentalen Funktionen.

Offensichtlich fallen beim "herkömmlichen" Eintritt des Todes durch Atem- bzw. Herzstillstand alle drei Merkmale zusammen. Die Bewertung ihrer jeweiligen Einzelbedeutung ist erst mit dem tatsächlichen Vorkommen bzw. der Feststellbarkeit jener neuen Seinszustände "Hirntod" und "unwiederbringlicher Bewusstseinsverlust" bedeutsam geworden.

Merkmal (1), das Sistieren der Vitalfunktionen, ist in den Augen der Gegner jeglicher hirnbegrenzten Todesvorstellung das einzige und entscheidende Merkmal. Diese - man könnte sagen: "körperbiologische" - Position hat Überzeugungskraft durch ihre Orientierung am herkömmlichen Todesverständnis, wonach der Tod eben das Ende *aller* Körperfunktionen und nicht nur einzelner Organe bedeutet. Die Position wird aber bereits dadurch problematisch, dass nach heutigem Wissen keineswegs alle "Lebens"funktionen bereits mit dem Herzstillstand enden, sondern z. B. dass Hautzellen erst nach vielen Stunden absterben. Dementsprechend ist begründungsbedürftig, was in diesem Zusammenhang Atmung und Kreislauf von anderen zentralen oder peripheren Funktionen unterscheidet – so dass das Sistieren der Nierentätigkeit oder das Anhalten von Zellfunktionen gleichermaßen unbedeutsam für die Todesdefinition sind. An dieser Stelle argumentieren manche Autoren mit der - am Atmen eines anderen hängenden - phänomenalen Du-Erfahrung und ihrer Bedeutung. Damit wird die Debatte folgerichtig zu einer Auseinandersetzung um das hinter dem jeweiligen Todesbegriff stehende Menschenbild.

Merkmal (2), der Verlust integrativer Selbststeuerung, wird von den meisten und insbesondere von den "offizielleren" Befürwortern der Hirntoddefinition als notwendige, aber erst zusammen mit Merkmal (3) hinreichende Todesbedingung betrachtet. Innerhalb dieser "hirnbiologischen" -Position soll mit Merkmal (2) ein entscheidendes Element körperlicher Eigenständigkeit - die vom Organismus selber bewirkte zentrale Aufrechterhaltung von Atmung und Kreislauf - gegenüber einem Zustand gänzlicher maschineller Fremdsteuerung als lebensrelevant ausgezeichnet werden. In ihrer Kritik an der Plausibilität dieser Argumentation treffen sich Anhänger der am Herztod wie der am Teilhirntod festgemachten Todesvorstellung: Warum, so fragen sie, soll ausgerechnet die hirnstammlokalisierte Steuerung von Atmung und Kreislauf identitätsstiftend sein, d.h. die Eigenheit und Lebendigkeit eines Organismus ausmachen, nicht aber die Funktionsfähigkeit von Lunge und Herz selber (deren maschinellen Ersatz wir doch als verträglich mit dem Leben ansehen) und auch nicht die Rückenmarksfunktionen, die noch bei Hirntoten "integrative" Reflexe tätigen. Werde hier nicht allein zum Zwecke der Abgrenzung gegen eine

Teilhirtodvorstellung - eine eigentlich unbegründbare Auszeichnung des Gesamthirns (insbesondere des Hirnstammes) vorgenommen?

Die Bedeutung von Merkmal (3) schließlich, des endgültigen Verlusts aller Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit, ist gleichfalls hochgradig strittig. Der irreversible Verlust jeder minimalen geistigen Fähigkeit kann nach übereinstimmendem klinischem und neurophysiologischem Wissen jedenfalls dann "sicher" angenommen werden, wenn das Gehirn als substantielle Basis aller Wahrnehmung in seiner Gesamtheit abgestorben ist. Umstritten ist hingegen die Frage, genau welche partiellen Gehirnläsionen für die Realisierung von Merkmal (3) bereits hinreichen. Auch wenn die Diagnose eines irreversiblen Wahrnehmungs- und Empfindungsverlusts in manchen Fällen sicher und sofort gestellt werden kann, bestehen hier generell begriffliche Differenzierungsprobleme und - angesichts des komplex organisierten und z. T. funktional regenerierbaren menschlichen Gehirns - erhebliche Schwierigkeiten der anatomisch-physiologischen Zuordnung und der funktionalen Irreversibilitätsprognose. Für diejenigen, die theoretisch allein Merkmal (3) für todesbedeutsam halten, mögen diese Schwierigkeiten Grund genug sein, auf praktischer Ebene dennoch immer das Absterben des Gesamthirns zu verlangen. Eine solche gewissermaßen auf Nummer Sicher gehende Position nennt man "tutoristisch". Dagegen vertreten einzelne andere Autoren eine Teilhirtod-Position für alle Fälle, in denen der irreversible Verlust allen Empfindens festgestellt werden könne.

Eine minimale geistige Komponente theoretisch oder praktisch für lebenskonstitutiv zu halten, erscheint Kritikern dieser Positionen zutiefst unplausibel, moralisch unzulässig und gefährlich: Sie beruhen auf einem reduktionistischen Menschenbild, diskriminierten die Träger defekten, aber gleichwohl würdigen Menschenlebens nicht nur als minderwertig, sondern durch einen kaschierenden semantischen Gewaltakt als "tot" oder "eigentlich tot" und lüden zu weitergehenden Diskriminierungen anderweitig behinderter und belasteter Menschen ein.

Aber auch die Befürworter einer reinen Merkmal (3)-Position beanspruchen für sich, ein gerade nicht reduktionistisches Menschenbild zur Grundlage ihrer Todesvorstellung zu machen. Menschenleben habe eine körperliche wie eine geistige Komponente, und beide seien notwendige Lebensbedingungen. Des Weiteren handele es sich beim unwiederbringlichen Verlust der Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit keineswegs um eine Beeinträchtigung, die in Kontinuität mit anderen Behinderungen gesehen werden könne.

(5) Organtransplantationen

Seit den 60er Jahren sind Organtransplantationen sukzessive mehr und mehr zu Behandlungsoptionen bei entsprechendem vitalem Organversagen geworden. Inzwischen werden neben Nieren auch Herzen, Leber(teile)n, Lungen und Pankreata mit guten bis akzeptablen Erfolgen (Funktionsrate bei Nieren bis zu über 90%) übertragen. Die Chancen dafür, dass ein Transplantat überlebt und funktioniert, variieren in Abhängigkeit von der Art des Organs, der Grunderkrankung und der Gewebeverträglichkeit des Transplantats. Auch wenn insbesondere die Gefahren der späten Organabstoßung noch immer wirklich befriedigend unterbunden werden können und die Immunsuppressiva, die der Empfänger einnehmen muss, nicht nebenwirkungsfrei sind, betrachten Ärzte wie Patienten die Transplantationsmedizin zumeist als großen Fortschritt. Zweifellos besteht - wie überall in der Medizin - die Gefahr, dass Patienten die Strapazen und Misserfolgsrisiken einer Organverpflanzung unterschätzen. Gewiss sollte einem grenzenlosen Transplantationsoptimismus entgegengewirkt werden. Aber insgesamt ist klar, dass die Verpflanzung einer Niere oder Leber für zahllose einzelne Menschen das Geschenk ihres Lebens ist. Eine entsprechende deutlich positive Bewertung von Transplantationen spricht aus der Stellungnahme der beiden großen Kirchen, nach welcher Spende Verfügungen als eine aus christlicher Sicht begrüßenswerte Möglichkeit bezeichnet werden, "über den Tod hinaus sein Leben in Liebe für den Nächsten hinzugeben".

Überwiegend werden Organe von Verstorbenen transplantiert (**postmortale Spende**), bei Nieren und auch Leberlappen praktiziert man zunehmend (und mit noch besseren Erfolgen) auch die Transplantation von Organen aus **Lebendspendern**.

Neben der im vorigen Abschnitt diskutierten **Hirntod**-Frage, die darüber entscheidet, **wann** jemand zum postmortalen Spender geworden ist, wirft die Transplantationsmedizin ethische und rechtliche Fragen nach den **Entnahme-** und **Verteilungsregelungen** der zunehmend knappen Organe auf. Denn während sich die Indikationsstellung für Organtransplantationen weltweit ausweiten, ist das Organaufkommen ebenfalls weltweit bei weitem nicht ausreichend, um diesen Bedarf zu decken. Im Gegenteil, die Schere zwischen Angebot und Bedarf (Patienten auf der Warteliste) klafft zunehmend weiter.

Eine noch hypothetische ethische Sonderproblematik wirft die – noch nicht annähernd anwendungsreife und dies vielleicht auch nie werdende – **Xenotransplantation** auf, also die Verpflanzung tierischer Organe auf menschliche Empfänger. Hier geht es vor allem um die Frage der Risikobewertung (von Funktionsmisserfolgen und insbesondere von Infektionen durch das Transplantat) und um verschiedene Aspekte der **Tierethik**. Denn organgebende Tiere (in erster Linie Schweine) würden nicht nur als Organlieferanten benutzt, sondern müssten dazu auch auf eine artfremde und strapaziöse Weise gehalten werden – unter

sterilen Bedingungen und eventuell gentechnisch "vorbehandelt". Zumindest diskutiert wird in diesem Zusammenhang schließlich auch die Frage einer möglichen Veränderung der personalen Identität durch die Verpflanzung tierischer Organe

In Deutschland werden die verschiedenen Verfahrensfragen (und die prinzipielle Anerkennung der Hirntoddefinition) durch das seit 1997 geltende hart erkämpfte **Transplantationsgesetz** geregelt. Anders als erhofft, haben dieses Gesetz und die mit ihm verbundene Rechtssicherheit das Transplantataufkommen nicht steigern können. Auch wenn für das Jahr 2003 erstmals etwas bessere Zahlen vorgelegt werden konnten, stehen gegenwärtig mehrere Tausend Patienten auf den (zentral geführten) Wartelisten. Für Nierenkranke besteht immerhin noch die (strapaziöse) Alternative der Dialyse. Patienten hingegen, die auf die anderen vitalen Organe warten, erleiden nicht selten den "Tod auf der Wartliste".

Man rechnet damit, dass die Wartezeiten für eine Nierenverpflanzung von derzeit über 3 Jahren bis zum Jahre 2010 auf 10 Jahre ansteigen könnte – dann nämlich, wenn die Zahl potentieller Empfänger durch die immer noch besser werdende Transplantationsmedizin wächst, während das postmortale Spende-Aufkommen weiter stagniert. Diese weiter und weiter klaffende Schere zwischen Angebot und Bedarf an postmortalen Organen hat international (nicht in der BRD) zu einem blühenden Schwarzmarkt für **bezahlte** Lebendspenden ("**Organhandel**") geführt. Seine Verkäufer und Zwischenhändler stammen natürlich aus den armen Ländern dieser Welt – aus Indien etwa, China oder dem Irak, und zunehmend aus osteuropäischen Ländern, beispielhaft: Moldawien. Die Fachwelt berichtet von ca. 4000 Organverkäufen pro Jahr, Tendenz steigend, obgleich es weltweit eine geteilte Ablehnung dieser Praxis durch die einschlägigen Fachgesellschaften und in den meisten Staaten strafbewehrte Verbote gibt. Diese Fakten wiederum haben in der internationalen Fachwelt den Anlass zu ernsthaften Debatten über neue und alte Mittel zur Steigerung des Transplantataufkommens geliefert, die selbst das Thema des Organhandels nicht mehr völlig einstimmig ablehnen.

In Befragungen geben gut 80% der bundesdeutschen Bevölkerung an, im Prinzip mit einer eigenen postmortalen Organspende einverstanden zu sein. Höchstens die restlichen 20% gehören zu den Kritikern des bei der postmortalen Spende unterstellten Hirntodkonzeptes oder zu den Kritikern der Hightech-Medizin oder zu denjenigen, die in die heutige Medizin und ihre Akteure kein hinreichendes Vertrauen haben. 80%, wie gesagt, teilen diese Bedenken offensichtlich nicht – und doch sind es nur insgesamt 5% der Bevölkerung, die den Schritt einer expliziten Spendeerklärung (durch Organspendeausweis, auf dem man sehr differenziert seine Spendewünsche und –ablehnung dokumentieren kann) tatsächlich gehen. Die Mehrzahl schweigt sich zu Lebzeiten aus, so dass – im Sinn der im deutschen

Transplantationsgesetz vorgeschriebenen **erweiterten Zustimmungslösung** – nun allenfalls die Angehörigen als Sprachrohr ihrer Verstorbenen deren früherem Spendewillen Gehör verschaffen könnten – was nur in der Minderheit erfolgt.

(Im Gegensatz zur erweiterten Zustimmung, würde die **enge** Zustimmungslösung den Angehörigen keinerlei Rolle bei dieser Entscheidung zugestehen – aus Angst vor missbräuchlicher Überschreitung ihrer Befugnis).

Was ist dazu aus ethischer Sicht zu sagen? Für all jene, die eine postmortale Spende wirklich nur aus Bequemlichkeit oder aufgrund eines diffusen Unbehagens gegenüber dem Sterben und seinen Begleitumständen unterlassen, gilt doch wohl, dass sie eine ihnen selbst wenig zumutende und dem anderen außerordentlich helfende Handlung unterlassen, was nach eigentlich allen großen ethischen Theorien eine moralische Unterlassungsschuld ist. Dies müsste wohl deutlicher ausgesprochen werden.

Andere Optionen wären die Regelungs-Alternativen zur geltenden Zustimmungslösung: nämlich die **Pflichterklärung** (Aussagepflicht zur postmortalen Organspende, egal in welche Richtung, z.B. anlässlich der Beantragung eines Personalausweises), wie sie etwa von der American Medical Association befürwortet wird, oder die in Österreich oder Belgien praktiziert **Widerspruchslösung** (bei der Organe entnommen werden dürfen, **es sei denn** der Spender hat zu Lebzeiten widersprochen). Beide Regelungen sind m. E. in einer wirklich transparenten demokratischen Gesellschaft mit dem Selbstbestimmungsrecht der Bürger absolut vereinbar, werden aber dennoch von vielen als eine Verletzung desselben wahrgenommen und könnten damit als Mittel zur Steigerung der Spendequote unwirksam bleiben. Hinzukommt, dass deutsche Politiker und Ministerialbeamte für die nächsten Jahre nicht dazu zu bewegen sein werden, den mühsam erkämpften Konsens zum Transplantationsgesetz erneut in Frage zu stellen.

Eine immer wieder in die Diskussion gebrachte "**Pflichtspende**" bzw. "Zwangsentnahme" wird hierzulande gewiss wenig Fürsprecher finden und scheint mit unseren gegenwärtigen (rechts)ethischen Vorstellungen über postmortale Persönlichkeitsrechte kaum vereinbar.

Ein immer wieder diskutierter Vorschlag schließlich ist das "Clubmodell" des reziproken Spendens, das zugleich ein Verteilungskriterium bei knappen Spenden benennt (nämlich: eigene Spendebereitschaft des Empfängers) und ein Anreiz zur - letztlich egoistisch motivierten – postmortalen Spende sein sollte.

Aufmerksamkeit schließlich verdienen Überlegungen zur finanziellen Kompensation der postmortalen Spende, die verschiedene Adressaten haben könnte. Erwogen wird ein monetärer Anreiz für Krankenhäuser, damit die Angehörigen potentieller Spender auch tatsächlich gefragt werden. Immer wieder betonen Fachleute, dass solche Anfragen häufig unterblieben, weil ihr Gegenstand emotional belastend, ihre Ausführung schwierig und ihre

mögliche Folge – eine Spendezustimmung – mit Folgekosten für das Krankenhaus verbunden sei. Eine Entschädigung für jede getätigte und dokumentierte Anfrage (unabhängig vom "Erfolg") durch das Krankenhauspersonal sowie eine angemessene Pauschalzahlung für anfallende Explantationen scheinen mir ökonomisch im Interesse auch der Krankenkassen zu liegen und in keiner Weise ethisch bedenklich – im Gegenteil.

Aber auch eine Kompensation für die Spender oder ihre Angehörigen selber wird diskutiert und etwa von der American Association of Transplantation Surgery propagiert– ist immerhin diskussionswürdig. Solange diese Zahlungen nicht die Schwelle des Unwiderstehlichen überstiegen, sondern nur dem leider eben oft nicht von selbst erfolgenden Schritt des ohnehin vorhandenen Spendewillens nachhelfen, wären sie – aus Sicht ihrer Befürworter - keine unzulässigen Formen der Manipulation.

Lebendspenden dürfen nach deutschem Transplantationsgesetz ausschließlich erfolgen unter Verwandten, Ehepaaren sowie Personen, die einander offenkundig in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehen. Die Motive der Spender werden außerdem durch eine spezielle Kommission individuell geprüft. Ziel dieser im internationalen Vergleich eher restriktiven Regelung ist es, Lebendspenden aus finanziellen Gründen oder aufgrund von psychosozialen Druck innerhalb der Patientenfamilien so weit als möglich zu verhindern.

(6) Ethikberatung

Ethische Entscheidungen - auch im ärztlichen Alltag – bleiben am Ende persönliche Entscheidungen des Handelnden, die von diesem selbst verantwortet werden müssen. In Ausnahmefällen halten Menschen es sogar für richtig, aus ethischen Gründen gegen bestehendes Recht zu verstoßen (und dafür sogar die gesetzlichen Sanktionen in Kauf zu nehmen). In aller Regel aber geben der Rechtsrahmen und geltende (d.h. allgemein akzeptierte) ethische Regeln dem individuellen Handeln Grenzen vor. Schon innerhalb derselben gibt es aber oft erhebliche Spielräume, und gerade in der Medizinethik werden die zu akzeptierenden Regeln häufig allererst diskutiert.

Bei allem gebotenen Respekt vor persönlichen ethischen Entscheidungen sind gerade in solchen Bereichen wie der Medizinethik meist alle Betroffenen – Patienten wie Ärzte, Pflegende etc. – an ethischer Orientierung, Beratung und z. T auch Reglementierung interessiert. Diesen Bedürfnissen wollen viele unterschiedliche Einrichtungen dienen.

So befassen sich etwa auf gesellschaftlicher Ebene zahlreiche Gremien (etwa der Nationale Ethikrat, kirchliche Gremien, Kommissionen auf Länderebene etc. etc.) mit Fragen der Medizinethik; sie dienen der gesellschaftlichen Diskussion und der Politikberatung. Auf der Krankenhausebene gibt es zunehmend häufig so genannte **Klinische Ethikkomitees** ("KEK"), die auf Anfrage ethische Beratung für problematische Entscheidungen am Krankenbett leisten, Richtlinien und Fortbildungen für ihre Klinik erarbeiten.

Strikt davon zu unterscheiden sind so genannte **Ethikkommissionen**, die an allen Medizinischen Fakultäten und Landesärztekammern eingerichtet sind und dort – auf gesetzlicher Grundlage - die ethische Begutachtung (und Genehmigung) von medizinischen **Forschungsvorhaben** an Menschen vornehmen müssen.

(7) Literatur

Birnbacher, Dieter (2003) Analytische Einführung in die Ethik. Walter de Gruyter Verlag, 460 Seiten. Preis: 24,95 Euro.

Ein hervorragendes Buch über die Fragen, Probleme und Positionen der allgemeinen Ethik – für Interessierte mit längerem Atem.

Düwell, Marcus und Klaus Steigleder (Hrsg.) (2003) Bioethik. Eine Einführung.

Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 453 Seiten.

Knapp 40 Aufsätze verschiedener gegenwärtiger Autoren zu einer großen Palette theoretischer und praktischer Probleme. Sehr unterschiedliche Sichtweisen und Zugänge.

Encyclopedia of Bioethics (5 Bände). Macmillan Verlag; die vollständig überarbeitete 3. Auflage ist Ende 2003; erschienen; steht in vielen Bibliotheken.

Von den verschiedenen Nachschlagewerken m. E. die beste "Fundgrube" für Probleme, Positionen und Literatur in der gesamten Bioethik.

Hick, Christian (2007) Klinische Ethik. Springer-Verlag, 351 Seiten. Preis: 19,95 Euro.

An Fällen orientierte Einführung in den für die Patientenversorgung relevanten Kernbereich der Medizinethik.

Schöne-Seifert, Bettina (2007) Grundlagen der Medizinethik. Kröner Verlag, 227 Seiten.

Preis: 10,90 Euro.

Einführende Abhandlung, die einen Überblick über zentrale medizinethische Fragen und ihre systematischen Zusammenhänge leisten soll.

Schramme, Thomas (2002) Bioethik. Campus Verlag, 160 Seiten. Preis: 12,10 Euro.

Gut verständlicher Text; erstes Hinführen zu wesentlichen Themen und Problemen.

Wiesemann, Claudia und Nikola Biller-Andorno (2005) Medizinethik für die neue AO.

Thieme Verlag, 172 Seiten. Preis: 19,95 Euro.

Dicht geschrieben und materialreich. Deckt alle Lernziele der neuen Ausbildungsordnung ab.

Wiesing, Urban (Hrsg.) (2004) Ethik in der Medizin. Ein Reader. Reclam Verlag, 389 Seiten. Preis: 8,10 Euro.

Versammelt klassische und neuere Texte und Dokumente aus dem In- und Ausland zu zentralen Fragestellungen.

Kleine Auswahl an Belletristik, die auch unter medizinspsychologischen und -ethischen Aspekten lesenswert ist:

- **Der Tod des Ivan Iljitsch** (1886) von Leo Tolstoi
- **The Doctor's Dilemma** (1911) von George Bernard Shaw
- **Leben wär' eine prima Alternative** (1994) von Maxie Wander
- **Diktate über Sterben und Tod** (1994) von Peter Noll/ herausgegeben von Max Frisch
- **House of God** (USA 1978, Deutschl. 1996/ 2007) Samuel Shem
- **Alles, was wir geben mussten** (Engl. 2005/ Deutschl. 2005) Kazuo Ishiguro
- **Krebs** (2008) Werner Schneyder.