

erfahren wird –, daß menschliches Leben und menschliche Gemeinschaft nicht grundsätzlich von menschlicher Einsicht und Arbeit abhängig sind, noch weniger von Schicksal oder irgendwelchen kosmischen Prozessen. Menschliches Leben ist in eine allumfassende «Vorsehung» aufgenommen, in eine Gnade, die von der Schöpfung bis zur Vollendung wirksam ist und dem menschlichen Dasein den letzten Sinn gibt. Die Geburtswehen einer neuen Welt, innergeschichtlich verstanden, dürfen für den Gläubigen ein Hinweis auf seinen Glauben sein. Das kann bewahren vor einer Flucht aus der Welt, in der sie leben, und vor einer Identifizierung mit der Welt, die jede gläubige Fernsicht verstellt.

such an unprecedented and promising outburst of human activity – may end in the deadliest, most sterile passivity history has ever known» (295).

<sup>4</sup> C. J. Dippel/J.M.de Jong, *Geloof en natuurwetenschap* (Den Haag 1965). Dippel spricht von der Technik als unselbständiger Kulturkraft (II, 278).

<sup>5</sup> Vgl. W.E. Moore, *The impact of industry* (Englewood Cliffs N. J. 1965).

<sup>6</sup> L. W. Nauta, Jean Paul Sartre (Baarn 1966) 111.

<sup>7</sup> J. Fourastié, *Essais de morale prospective. Vers une nouvelle morale* (Paris 1967).

<sup>8</sup> Ein gutes Beispiel dafür auf dem Gebiet der internationalen Entwicklungsarbeit gibt Barbara Ward, *The Decade of Development – a study in frustration?* (London 1966).

Übersetzt von Dr. Heinrich A. Mertens

FRANCISCUS TELLEGEN

geboren am 2. Oktober 1904 in Zwolle, Katholik. Er studierte an der technischen Hochschule von Delft, ist Chemiker und Doktor der technischen Wissenschaften und seit 1965 Professor für Philosophie an der technischen Hochschule Eindhoven. Er verfaßte mehrere Artikel über den Einsatz der Christen in der Welt.

<sup>1</sup> Vgl. K. Tuchel, *Herausforderung der Technik* (Bremen 1967).  
<sup>2</sup> K. Marx, *Das Kapital* (Krönerausgabe 1929) 317.  
<sup>3</sup> H. Arendt, *The Human Condition* (Doubleday Anchor Book 1959): «It is quite conceivable that the modern age – which began with

Rudolf Kautzky  
 Technischer Fortschritt  
 und ethische Problematik  
 in der modernen Medizin

*1. Für und wider die Manipulation des menschlichen Lebens*

Mit den fortschreitenden Erfolgen der Medizin nimmt die Macht des Arztes über das menschliche Leben ständig zu. Die ärztliche Einflußnahme kann schon vor Beginn des individuellen Lebens beginnen, und sie kann über sein Ende hinaus reichen. Jedermann weiß heute von der ärztlichen Beherrschung der Konzeption im positiven und negativen Sinn, von den Versuchen, die Erbanlage zu beeinflussen und von Eingriffen an ungeborenen Kindern. Es ist möglich geworden, fast eine ganze erkrankte Hirnhälfte und – zur Behandlung bösartiger Geschwülste – große Teile des Gesichtes oder die ganze untere Körperhälfte zu entfernen. Die Tätigkeit von Niere, Herz und Lunge kann man jahrelang durch Apparaturen aufrechterhalten, und auch diese Organe selbst lassen sich vorübergehend oder dauernd durch Maschinen oder Trans-

plantate ersetzen. Nicht ganz so spektakulär, aber keineswegs weniger eingreifend sind medikamentöse und radiologische Maßnahmen. Viele dieser Eingriffe dienen unmittelbar der Erhaltung des Lebens. Entsprechend ihrer außerordentlichen Wirksamkeit ist ihre Unterlassung gleich bedeutsam. Der Arzt hat in diesem Sinn wirklich das Leben des Patienten in der Hand.

So hat man mit Recht von einer ärztlichen Manipulation des menschlichen Lebens gesprochen, und es sind kritisch warnende Stimmen laut geworden, die eine Grenze ärztlicher Extremmaßnahmen fordern, jenseits derer das Eingreifen in den menschlichen Organismus als vermessen abzulehnen sei. Und sollten die aufgezählten Beispiele nicht genügen, Verständnis für diesen Einwand zu vermitteln, so kann man sich mit Recht Kombinationen mehrerer solcher Eingriffe vorstellen, die durchaus bereits reale Möglichkeiten darstellen, z. B. einen Menschen mit einer Hirnhälfte, gelähmten Armen, ohne untere Körperhälfte und künstlich beatmet – aber lebend!

Dies ist durchaus kein grausiger Scherz, sondern notwendige Konsequenz. Sie zu durchdenken ist besonders deshalb notwendig, weil mit nicht weniger Ernst der andere Standpunkt vertreten wird, ein Arzt dürfe in keinem Fall auf einen Eingriff verzichten, der geeignet sei, das Leben des Patienten zu verlängern. Er betriebe sonst die mit Recht verurteilte Euthanasie.

Der dritte Standpunkt, der häufig bezogen wird, besagt, auf derartige Fragen könne man überhaupt keine allgemeingültige Antwort finden, da kein Fall wie der andere sei. Deshalb müsse jeder für sich sein Verhalten vor seinem eigenen ärztlichen Gewissen verantworten. Der Schlußsatz ist natürlich in gewissem Sinn richtig, aber er schließt die Möglichkeit einer Grundkonzeption nicht aus, denn die Ungleichheit der Fälle gilt auch sonst in der Medizin, und trotzdem suchen wir stets mit mehr oder weniger Erfolg, aber sicher mit Recht nach Behandlungsregeln.

Und es ist bei ein wenig Kritik schließlich auch jenen nicht recht zu geben, die derartige Berufungen auf die persönliche Entscheidung des Arztes als sachfremd zurückweisen und auch diese Extremsituationen nach rein medizinischen Gesichtspunkten glauben entscheiden zu können. Sie übersehen nämlich, daß dieser Standpunkt bereits eine grundsätzliche Stellungnahme für oder gegen die bedingungslose Verlängerung des Lebens voraussetzt.

Die offene Frage ist also, ob der Arzt sich in konkreten Einzelsituationen der angedeuteten Art auf die Seite des Lebens oder des Todes schlagen soll. Sie hätte noch vor wenigen Dezennien fast grotesk geklungen. Heute wird sie dem Arzt geradezu aufgezungen. Er täuscht sich, wenn er glaubt, ihr ausweichen zu können. Die Lebensverlängerung ist als allgemeingültiges Ziel ärztlicher Tätigkeit offensichtlich fragwürdig geworden. Man muß deshalb versuchen, die Aufgabe des Arztes überzeugender zu formulieren, so umfassend, daß sich daraus eine Grundlage für alle ärztlichen Entscheidungen ergibt – auch solche von der Radikalität, wie sie von der heutigen Medizin gefordert werden. Die Schwierigkeit dabei ergibt sich aus der Erkenntnis, daß eine solche Grundlage eben nicht allein aus den von allen anerkannten naturwissenschaftlichen Erkenntnissen über den Menschen abgeleitet werden kann, sondern außermedizinische Entscheidungen voraussetzt, denen nicht alle in gleicher Weise zustimmen. Trotzdem muß eine Position gesucht werden, die wenigstens von möglichst vielen in unserer pluralistischen Welt akzeptiert werden kann.

## 2. *Das Wohl des Menschen als Maßstab ärztlicher Eingriffe*

Eine erste Grundthese wird wahrscheinlich noch allen annehmbar erscheinen: Das Ziel jeder medizinischen Maßnahme ist das Wohl des Menschen.

Dann aber setzen schon Fragen ein, auf die eine übereinstimmende Antwort nicht leicht zu finden ist. So zunächst: Was ist das Wohl des Menschen, sein Leben oder seine Gesundheit? Oft ist das Leben nur unter Aufopferung der Gesundheit zu erhalten. Was der eine dann noch für lebenswert hält, hält der andere für lebensunwert, und der dritte vertritt den Standpunkt, von «lebensunwert» dürfe man gar nicht sprechen; wozu das führe, hätten wir ja erlebt. Und wenn dann noch religiöse Gesichtspunkte ins Spiel gebracht werden, z. B. der Wille Gottes, wird die Verwirrung komplett. Der eine meint, es sei Gottes Wille, jedes Leben zu erhalten, der andere, gerade die ergebene Annahme von Krankheit und Tod sei Christenpflicht. Wenn dann die beiden kontroversen Vertreter des Willens Gottes einem Arzt oder Kranken gegenüberstehen, der die ganze Religion für Unfug hält, sind sie alle drei in ihrer Not verloren.

Wie soll man also zu einer Lösung kommen? Da die Offenbarung keine ausdrücklichen Hinweise über die Beurteilung ärztlicher Extremeingriffe enthält, sind wir auf Schlußfolgerungen aus dem Menschenbild der Bibel, auf den sittlichen Instinkt, insbesondere der Christen, und auf unsere natürliche Vernunft angewiesen. Gerade diese letzte Basis, die der allgemeinemenschlichen Einsichten, hat für Fragen ärztlicher Ethik in unserer Zeit große Bedeutung, da sie am ehesten eine Verständigung auch mit Nichtchristen ermöglicht.

Woher also bestimmt sich das Wohl des Menschen? Es muß von seinem Wesen ablesbar sein. Und über das Wesen des Menschen sollten wir zunächst einmal unser anthropologisches Konzept befragen. Es enthält verschiedene Aussagen: Der Mensch ist ein biologisches Wesen, er ist ein geistig-personales Wesen, er ist ein soziales Wesen, und er ist ein geschichtliches Wesen. Vor allem aber ist er *ein* Wesen. Er ist nicht eine Summe von Teilen, etwa Leib, Geist und Seele, sondern eine konkrete Einheit. Der eine ganze Mensch muß allerdings sowohl naturwissenschaftlich als auch geisteswissenschaftlich gesehen werden, und er kann sich existentiell erfahren. Erst in diesen verschiedenen Aspekten wird sein eigentliches Wesen erkennbar. Natürlich sind auch Phänomene wie Würde, Liebe, Freiheit biologische Vorgänge (und nichts «dazu»). Aber sie sind als solche, d. h. mit naturwissenschaftlichen Methoden, nicht adäquat, ihrem Sinngehalt entsprechend erfaßbar. Auch die geschichtliche Verwirklichung seiner selbst in Beziehung zu seinem Mitmenschen ist nicht eine zusätzliche Aufgabe des Menschen, sondern ein ihn konstituie-

render Wesenszug. Diese anthropologische Gesamtansicht unserer heutigen Wissenschaft entspricht durchaus dem Menschenbild der Bibel. Wenn man das Gesagte im Auge behält, kann man aber sehr wohl auch in traditioneller Terminologie sagen: Dem Wohl des Menschen dient und sittlich recht ist deshalb alles, was der «Natur» des Menschen gemäß ist. Es gehört nun unaufgebbar zur «Natur» des Menschen, daß er nicht nur biologische Natur ist, und es gehört zu seiner «Natur» auch das Recht und die Pflicht, seine biologische Natur zu meistern. Deshalb sollte man in der ethischen Qualifikation von Eingriffen in den menschlichen Organismus nicht das Begriffspaar «natürlich» und «künstlich» gebrauchen, sondern die Unterscheidung sinnvoll und sinnlos. Es wäre geradezu naturwidrig, bei der Suche nach einem ethischen Maßstab das wesensnotwendig mehrdimensionale Menschenbild auf seinen biologischen Aspekt einzuengen und aus der biologischen Natur bei aller hinweisenden Bedeutung, die sie für uns hat, eine ethische Norm zu machen.

Deshalb ist auch in unserer modernen Medizin jede ärztliche Maßnahme, die dem Wohl des *ganzen* Menschen dient, wenigstens prinzipiell gerechtfertigt, und wenn es das Plastikherz, die Manipulation der Erbanlage oder was sonst immer wäre. Das Ausmaß des Eingriffs kann keine ethische Grenze in dem Sinn setzen, als wäre dies gerade noch erlaubt, jenes aber vermessen und daher zu verwerfen. In gesamt menschlicher Sicht dürfen und müssen vielmehr in der konkreten Situation Chancen und Risiken, Verlust und Gewinn jedes Eingriffs abgewogen werden, um zu entscheiden, ob er dem Wohl des Kranken dient. Natürlich kann ein solcher Eingriff auch einer selbstherrlichen Gesinnung entspringen. Doch ist diese nicht an den Umfang der Maßnahme gebunden.

### 3. Töten und Sterbenlassen ist nicht dasselbe

Wenn der Arzt wenigstens grundsätzlich zu Eingriffen jeden Ausmaßes berechtigt ist, muß er sie dann nicht auch unter allen Umständen ausführen, wenn das Leben des Kranken in Gefahr ist, wenn der Verzicht auf eine solche Maßnahme dessen Tod bedeutet? Würde ein Verzicht nicht der Euthanasie im Sinne der aktiven Lebensbeendigung gleichkommen und damit unter das Tötungsverbot fallen? Begrenzt dieses nicht unsere These vom Wohl des Menschen als Maßstab ärztlichen Handelns?

Es ist unmöglich, hier im einzelnen auf die schwierige Frage einzugehen, ob es überhaupt ausnahmslos gültige sittliche Verbote gibt und ob die Tötung aus Mitleid oder auf den ausdrücklichen oder vermutbaren Wunsch des Kranken unter sie fällt. Dies ist auch nicht notwendig, da der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen gar nicht als Tötung im eben genannten Sinn angesehen werden kann. Die Unterscheidung von Tötung einerseits und Zulassung des eigenen oder eines fremden Todes andererseits (wenn die Lebensverlängerung nicht mehr dem «Wohl des Menschen» dient), fällt vielen schwer. Die Einsicht in die Richtigkeit dieser Differenzierung ist dann am ehesten dadurch zu vermitteln, daß man sich klar macht, was die zunächst täuschend einleuchtende Gleichsetzung von Töten und Sterbenlassen bedeutete. Wenn man mit einer christlichen Ethik und mit der überwiegenden Mehrzahl aller Ärzte den Standpunkt vertritt, daß die direkt intendierte aktive Tötung eines Kranken z. B. durch die Überdosis eines Narkotikums unbedingt und unabhängig von seinem Wunsch und der Situation zu verwerfen sei, unabhängig deshalb auch von seiner Lebenserwartung, dann müßte das auch für den Verzicht auf ärztliche Maßnahmen gelten, wenn Töten und Sterbenlassen identisch wären. Das hätte aber die unausweichliche Konsequenz, daß jeder Arzt, der bei einem Sterbenden auf künstliche Atmung, künstlichen Kreislauf und so fort verzichtet, sich der Euthanasie schuldig machte, auch wenn es sich um eine hoffnungslose Situation, etwa um multiple Krebsgeschwülste, handelte. Denn auch bei solchen Kranken könnte man das Leben häufig noch ein wenig verlängern. Die Kürze der Zeit spielte dann ja keine Rolle. Es ist wohl nicht schwer einzusehen, daß das Unsinn wäre, ganz abgesehen davon, daß man sich bald nur mehr mit riesigem Aufwand um Sterbende kümmern könnte und für sinnvolle Therapie weder Ärzte noch Apparaturen hätte. Wenn also eine Lebensverlängerung, z. B. ausschließlich um den Preis der Sprache und des Sprachverständnisses, also der Kommunikation mit der Umwelt, oder um den Preis anderer so schwerer Störungen zu erreichen ist, daß man nur von einer Verlängerung der Qual sprechen kann, dann muß erwogen werden, ob solche Maßnahmen wirklich dem Wohl des Betroffenen dienen, und es darf bei negativer Antwort ohne Zweifel auf den in dieser konkreten Situation sinnlosen Versuch, das Ende des Lebens hinauszuschieben, verzichtet werden. Dabei kann und muß die Entscheidung «sinnvoll» oder «sinnlos» nach unserer mensch-

lichen Einsicht gefällt werden, denn eine andere Instanz steht uns nicht zur Verfügung.

Dieser Auffassung gegenüber ist auch der gelegentlich von juristischer Seite gebrachte Einwand hinfällig, es gebe auch eine Tötung durch Unterlassen. Natürlich! Der Begriff «unterlassen» bedeutet aber bereits, daß ich etwas nicht tue, wozu ich die Pflicht hätte. Diese Pflicht ist aber eben fragwürdig und nicht unbedingt, sondern hängt von der Situation ab, was juristisch selbstverständlich zugestanden wird: Kein Jurist wird es verurteilen, wenn ein Arzt in einer hoffnungslosen Situation auf Gewaltmaßnahmen verzichtet, die nur geeignet wären, das eindeutig verlorene Leben um Minuten zu verlängern. Genaugenommen sieht die Rechtsprechung auch nur die «pflichtwidrige» Unterlassung als schuldhaft an. Doch wird diese präzise Formulierung nicht selten vergessen.

Der Verzicht auf eine forcierte Lebensverlängerung, wenn diese sinnlos geworden ist, oder wenn gegen sie schwerwiegende sittliche Verpflichtungen ins Gewicht fallen, hat auch einen theologischen Aspekt. Ein solcher Verzicht bedeutet nämlich die Anerkennung nicht nur technischer Ausweglosigkeiten, sondern auch menschlicher. Er bedeutet die Annahme menschlicher Kreatürlichkeit und mit ihr letztlich die des Todes. Sie ist zeugnishaft nur glaubwürdig, wenn sie freiwillig geleistet wird und nicht erst dann, wenn das Ende technischer Möglichkeiten keine andere Entscheidung mehr zuläßt. Durch eine aktive Tötung oder Selbsttötung würde andererseits die Bereitschaft zur Annahme des Todes gerade nicht zum Ausdruck gebracht werden, weil darin erst recht der Wunsch artikuliert wird, wenigstens Todesart und Todeszeitpunkt selbst zu bestimmen.

Es muß freilich zugestanden werden, daß es infolge des medizinisch-technischen Fortschrittes Situationen gibt, in denen der Unterschied zwischen aktiver Tötung und Verzicht auf Lebensverlängerung undeutlich wird. Am offenkundigsten ist dies bei jenen Kranken, die bei fehlender Spontanatmung maschinell beatmet werden und bei denen man bei Bewußtlosigkeit und dem Fehlen jeder Hoffnung auf Erholung unter besonderen Umständen dazu neigen könnte, die Beatmungsapparatur abzustellen. Jeder Arzt wird sich nur sehr zögernd und in Ausnahmefällen zu einem solchen Vorgehen entschließen. Immerhin ist es wichtig, sich klarzumachen, daß es sich dabei wenigstens äußerlich um ein aktives Verhalten, sinngemäß doch um den Verzicht auf weitere Therapie handelte, also nicht um Töten, sondern um Ster-

benlassen, das zumindest nicht grundsätzlich verworfen werden kann.

Eine zweite Situation, in der häufig die Gefahr einer nicht zu billigenden Euthanasie gesehen wird, kann bei der Bekämpfung von Schmerzen unheilbar Kranker eintreten. Gerade gewissenhafte Ärzte scheuen sich dabei manchmal, ausreichende Dosen schmerzstillender Medikamente zu verabreichen, weil sie fürchten, dadurch zu einer Lebensverkürzung beizutragen und so das Leben unverantwortlich negativ zu manipulieren. Aber auch dies beruht auf einem Mißverständnis. Es ist etwas grundlegend Verschiedenes, ob ich Mittel verabreiche, um einen Kranken zu töten, oder ob ich sie gebe, um seine Schmerzen zu beherrschen, auch wenn sie seine Kräfte beeinträchtigen und dadurch sein Leben verkürzen sollten. Das erste ist unbedingt zu verurteilen, das zweite ist unsere ärztliche Pflicht.

#### 4. *Homo homini homo!*

##### *Der Mensch – dem Mitmenschen zugewandte Person*

Wer aber soll den Maßstab anlegen und nach den aufgezeigten Gesichtspunkten bestimmen, was im konkreten Fall dem Wohl des ganzen Menschen dient? Zunächst er selbst! Wenn dem Wohl des Menschen dienen heißt, ihm zu größtmöglicher Freiheit in der Verwirklichung seines Lebens zu verhelfen, dann darf seine Freiheit nicht schon durch die Entscheidung, wie sie gefördert werden kann, beeinträchtigt werden. Der Arzt muß also – soweit es möglich ist und um so mehr, je größer der in Frage stehende Eingriff ist – den Wunsch des Kranken achten und ihm durch eine ausreichende, was nicht heißt perfektionierte Information zu einem Entschluß helfen. Natürlich kann der Patient die Entscheidung dem Arzt als dem Sachkundigen vertrauensvoll überlassen, aber er muß es freiwillig tun und darf darin nicht manipuliert werden. Selbstverständlich gibt es auch Situationen, in denen weder der Patient noch dessen Angehörige zu einer Entscheidung fähig sind, dann obliegt sie dem Arzt allein, aber auch dann muß er sie im Sinn des vermutbaren Willens des Kranken fällen. Gerade wenn man die Manipulation der biologischen Dimension des Menschen als sachgerecht ansieht, muß man sich davor hüten, seine personale Entscheidung zu manipulieren. Dies wäre tatsächlich «naturwidrig», da sie den Menschen dort, wo er Subjekt sein sollte, zum Objekt machte.

Es verstieße aber ebenso gegen die personale

Natur des Menschen, wenn er nur als isoliertes Einzelindividuum gesehen würde und seine wesensgemäße Stellung seinen Mitmenschen gegenüber unbeachtet bliebe. Ohne Zweifel betreffen ärztliche Maßnahmen und gerade solche besonderer Größe nicht nur den einen Kranken, sondern auch seine Familie, andere von der gleichen Krankheit Befallene und schließlich die gesamte Gesellschaft. Zwischen ihnen, dem Kranken und dem Arzt bestehen gegenseitige Verpflichtungen. Man denke nur an Fortschritt und Lehre in der Wissenschaft und nicht zuletzt an die Aufbringung und Verteilung der notwendigen finanziellen Mittel. Diese verschiedenen Rücksichtnahmen können einander sehr wohl widersprechen. Hilfe ich einem Kranken mit großem Einsatz, mindert es die Möglichkeiten für einen anderen; experimentiere ich an einem, kann es dem anderen nützen. Erhalte ich einen körperlichen oder geistigen Krüppel am Leben, verstoße ich nicht gegen das Wohl seiner Familie oder des Staates? All dies muß mitbeachtet werden, wenn der Entschluß für oder gegen einen Eingriff gefaßt werden soll. Und es gilt auch für jene äußersten Situationen, in denen es um die unmittelbare Erhaltung des Lebens geht. Diese Mitberücksichtigung der Interessen anderer klingt zunächst anstößig. Sie ist aber gar nicht zu umgehen, solange die Möglichkeiten ärztlicher Hilfe beschränkt sind. Und wird sich dies jemals grundsätzlich ausschließen lassen? Vorläufig ist gerade durch den medizinisch-technischen Fortschritt etwa die Notwendigkeit der Auswahl bestimmter Patienten für eine aufwendige ärztliche Hilfe nur verschärft worden. In den Nierenzentren entsprechen die künstlichen Nieren, in den Organtransplantationszentren die für die Transplantation geeigneten Organe nicht der Zahl der Kranken, denen mit ihnen geholfen werden könnte. Also muß man auswählen, wer für den Eingriff herangezogen werden soll – und wen man sterben läßt. Dieses Vorgehen mag hart erscheinen, aber es ist unumgänglich und sittlich vertretbar, wenn es die Situation erfordert und verantwortungsvoll dabei vorgegangen wird. Bei dieser «Selektion» können und müssen sehr verschiedene Umstände berücksichtigt werden. Immer aber werden die ärztlichen Chancen des Einzelnen am schwersten ins Gewicht fallen. Trotzdem wird das Urteil im Einzelfall gelegentlich strittig sein, ja es mag sich retrospektiv als irrig erweisen. Dies ist aber im Grunde bei jeder medizinischen Entscheidung so und kann den Arzt deshalb von ihr nicht entbinden.

Die Sicht des Menschen als einer dem Mitmen-

schen zugewandten Person ist besonders dann von Bedeutung, wenn medizinische Eingriffe in Frage stehen, die ihrem Ziel nach gar nicht dem Wohl dessen dienen sollen, an dem sie vorgenommen werden. Als Beispiel dafür können das Experiment am Menschen im weitesten Sinn des Wortes und die Organspende gelten, soweit es sich um einen lebenden Spender handelt. Sie bringen für den Betroffenen nur gesundheitliche Nachteile oder zumindest Risiken. So könnte der Standpunkt vertreten werden, keinem Menschen dürfe absichtlich geschadet werden und ebenso dürfe kein Mensch sich selbst schaden. Es ist hier jedoch zunächst wieder ähnlich wie bei der Frage nach der Schmerzbekämpfung mit gleichzeitiger Gesundheitsschädigung. In vielen Fällen wird nicht *durch* die Schädigung des einen dem andern oder der Allgemeinheit, z. B. in Unterricht und Forschung, gedient, sondern eine medizinische Maßnahme hat gleichzeitig wünschenswerte Folgen in einer Richtung und zugelassene nachteilige, oft nur unbedeutende Risiken in der anderen. Da es sich nicht um die gleiche Person handelt, muß natürlich das Verhältnis von Gewinn und Verlust ein besonders günstiges sein, sonst müßte auf den Eingriff verzichtet werden, auch wenn dadurch der Fortschritt der Wissenschaft nicht so rasch erfolgte, wie man es wünschen möchte.

Aber noch etwas ist in dieser Situation zu beachten: Wenn von Nachteilen für den Menschen gesprochen wurde, an dem der Eingriff vorgenommen wird, etwa durch das Experiment oder die Organspende, wird häufig übersehen, daß diese Ausdrucksweise nur dann ohne weiteres berechtigt ist, wenn man ausschließlich das biologische Wohl des Betroffenen im Auge hat. Das aber ist, wie dargestellt wurde, nicht sachgerecht. Auch diese «nachteiligen» Folgen müssen am menschlichen Gesamtwohl gemessen werden. Auch ein solcher Spender darf nicht nur als biologischer Organismus gesehen werden, der z. B. eine Niere verliert, sondern als ein Mensch, der sein Leben in der Zuwendung zum Nächsten verwirklicht. Dieser Verwirklichung des Lebens kann eine Organspende durchaus dienen, wenn sie bewußt aus Nächstenliebe geleistet wird. Daraus wird allerdings sofort eine Voraussetzung klar, die einem solchen lebenden Organspender gegenüber erfüllt werden muß – nämlich besonders gewissenhafte Aufklärung über die sicheren und möglichen Nachteile, die er auf sich nimmt, und es wird auch klar, daß diese in einem vernünftigen Verhältnis zum erwarteten Erfolg stehen müssen.

5. *Die letzte Entscheidung: Wann ist ein Mensch tot?*

Der technische Fortschritt unserer heutigen Medizin hat aber auch Situationen geschaffen, in denen der Arzt unsicher ist, ob er überhaupt einem Menschen gegenübersteht oder einer Leiche. Während nämlich bis vor kurzem durch den Stillstand von Atmung oder Kreislauf innerhalb von Minuten der eindeutige Tod des Menschen eintrat, hat man jetzt die Möglichkeit, die Funktion des Herzens und der Lunge durch Maschinen zu ersetzen und so den Funktionsstillstand und den strukturellen Verfall des übrigen Körpers hinauszuschieben. Die schwierige Frage, wann ein solches Wesen tot sei, wurde deshalb besonders dringlich, weil man frisch Verstorbene als Organspender brauchte. Die Antwort war bald gefunden: ein Mensch sei dann tot, wenn sein Gehirn tot sei. Diese These wurde im Hinblick auf die Kompetenz der Medizin auch von Juristen und Theologen akzeptiert, und die Diskussion beschränkte sich rasch nur mehr auf die Kriterien für die Feststellung des Gehirntodes. Ganz so einfach ist die Problematik allerdings nicht. Die These Gehirntod ist gleich Menschentod unterstellt nämlich, daß das Gehirn die anderen Organe an Bedeutung so übertrage, daß man seinen Verfall mit dem Ende des Menschen identifizieren könne, selbst wenn andere Organe noch weiterleben. Eine Vorrangstellung des Gehirns ist auch gar nicht zu bezweifeln. Schon die Kompliziertheit seines Baues und seine funktionelle Leistung insbesondere für die Integration des Gesamtorganismus begründen sie. Die fehlende Regenerationsfähigkeit der Ganglienzellen und die Unmöglichkeit, das Gehirn maschinell zu ersetzen, wenn man von seiner atmungsanregenden Aufgabe absieht, unterstreichen seinen Vorrang. Und besonders deutlich wird er, wenn man den Entwicklungsgrad des Gehirns innerhalb des Tierreiches ins Auge faßt. Nicht so sehr sein Unterschied gegenüber den verwandten Arten ist dabei das entscheidende, als vielmehr die Tatsache, daß das Gehirn in der Stammesgeschichte eine Evolution zeigt, die von keinem anderen Organ auch nur annähernd erreicht wird. Die Gehirnentwicklung ist ja geradezu das Kriterium für die stammesgeschichtliche Ordnung.

Freilich muß man sich fragen: Berechtigten all diese Merkmale zu einer Qualifikation des Gehirns, die es erlaubt, Sein oder Nichtsein des Menschen vom Ausfall dieses einen Organs abhängig zu machen? Gegen alle angeführten Besonderheiten ließe sich nämlich der Einwand erheben, es handle sich zwar um eine deutliche, aber doch nur um eine

quantitative Sonderstellung. Und selbst das Gewicht des an das Gehirn gebundenen Bewußtseins und der mit ihm zusammenhängenden geistigen Leistungen könnte als unzureichendes Kriterium angesehen werden, da diese Leistungen gerade für das, was man so Leben nennt, eine relativ bescheidene Rolle spielen. Daran knüpft sich ein weiteres Bedenken: Tod, so wendet man ein, müsse als Gegenbegriff zu Leben für alle Lebewesen gleich definiert werden. Dies ist aber auf Grund der These «Gehirntod ist gleich Tod des Individuums» schlechthin unmöglich, denn viele Lebewesen haben kein Gehirn, oder es spielt bei ihnen bei weitem nicht die Rolle wie beim Menschen. Mit diesen schwerwiegenden Argumenten wird die bisher so gut wie allen Todesdefinitionen zugrunde liegende Gleichsetzung von Gehirntod und Menschentod, z. B. von Gerlach<sup>1</sup>, entschieden verworfen. Man könne nur Partialtod und Totaltod unterscheiden. Der Gehirntod sei nur eine Form des Partialtodes. Der Tod des Individuums sei erst beim Totaltod, d. h. nach dem Absterben aller Organe, eingetreten. Dieses gut fundierte Konzept ist klar, logisch und naturwissenschaftlich unanfechtbar.

Die Frage ist nur: Wie groß ist der Aussagewert dieser zweifellos sauberen Definition? Wieweit wird sie der «Sache» gerecht und welchen Wert hat sie dann, wenn wir sie brauchen? Denn wir fragen ja nicht im luftleeren Raum, sondern in dieser oder jener Situation, in der wir handeln müssen: beatmen, transplantieren, obduzieren oder begraben. Dies ist kein oberflächlicher Pragmatismus, wenn nicht verschiedene Anweisungen für je verschiedene Situationen gesucht werden, sondern eine einheitliche Konzeption, die allen Situationen gerecht wird. Wenn nach der Definition des Menschentodes gefragt wird, muß wieder nach dem Wesen des Menschen gefragt werden. Dieses aber ist nicht identisch mit seinem naturwissenschaftlichen Aspekt. Deshalb ist eine nur naturwissenschaftliche Definition des menschlichen Todes eine verzerrte Definition. Man mag einwenden, daß diese Auffassung weniger eine Erkenntnis als ein Bekenntnis sei. Immerhin das Bekenntnis zu einem mehrdimensionalen Menschenbild, das die Naturwissenschaft allein zwar nicht liefern, das sie aber auch nicht negieren kann, wenn sie ihre methodisch selbstgesetzte Grenze einhält, und ein Bekenntnis, dem sich viele anschließen werden, genaugenommen alle, denen Würde, Liebe usw. etwas bedeuten. Sie leben dieses Bekenntnis, gleichgültig, ob sie es in Worten aussprechen oder nicht.

Wenn man aber aus einer solchen gesamt-menschlich wertenden Perspektive die biologischen Argumente für die Sonderstellung des Gehirns prüft, dann erhalten die zunächst als zu leicht befundenen Kriterien ein ganz anderes Gewicht, da alles, was den Menschen im Eigentlichen charakterisiert, seine geistige Dimension, seine personale Individualität und Identität an das Gehirn gebunden ist. Auch die zunächst einsichtige Forderung, den Individualtod für alle Lebewesen einheitlich mit dem Totaltod gleichzusetzen, verliert dann an Selbstverständlichkeit. Die Individualität nimmt nämlich in der Evolutionsreihe gleichsinnig mit der Differenzierung der Organismen und mit der Bedeutung psychischer Phänomene zu. Ein Mensch ist in ausgeprägterem Sinn ein Individuum als ein Frosch oder gar als ein niederer Mehrzeller. Der Begriff Individuum ist nicht gleichsinnig, sondern nur analog verwendbar, und dementsprechend auch der Begriff Individualtod. Es mag angemessen sein, ihn mit dem Totaltod im Grenzfall jener Tiere gleichzusetzen, die 99/100 ihres Bestandes verlieren können, ohne zu sterben, weil sie sich aus einem beliebigen Reststück wieder regenerieren können. Bei ihnen sollte man vielleicht besser von Exemplaren als von Individuen sprechen. Die Gleichsetzung von Individualtod und Totaltod verliert aber in der aufsteigenden Tierreihe zunehmend an Sinngehalt. Ja, sie würde schließlich zu der Konsequenz führen, daß ein Herzspender erst nach dem Tode des Empfängers wirklich tot wäre, obwohl er längst begraben ist.

Das Gewicht, das die biologischen Gründe für eine Sonderstellung des Gehirns durch die ergänzende Mitberücksichtigung des geistigen Aspektes erhalten, ist besonders überzeugend, weil es sich dabei nicht um eine Vermischung oder Summation von Argumenten handelt, sondern um das eine und gleiche Argument, das in verschiedener Weise gesehen wird. Es ergibt gerade deshalb eine – auch strenger standhaltende – wenngleich nicht rein naturwissenschaftliche Grundlage für die These: Gehirntod ist Menschentod.

Freilich ist diese These nur als eine Annäherungslösung zu verstehen. Es ist bekannt, daß erhebliche Teile des Gehirns zerstört sein können, ohne daß vom Tod des Menschen die Rede sein kann. Andererseits müssen wir konsequenterweise annehmen, daß es auch gewisse den Menschen überlebende Partien des Gehirns gibt, wie es nach unserer These ein den Menschen überlebendes Herz gibt. Aber welche Teile sind es? Sind es überhaupt bestimmte Teile, oder herrscht hier ein Quantitätsprinzip? Wir

wissen sehr wenig. Die technische Medizin hat uns zwar neue Einblicke vermittelt, aber solche, die uns nur unsicherer machen. Seit wir die Gelegenheit haben, den Tod sozusagen auf Zeitlupentempo auseinanderzuziehen, zeigt sich, daß das, was bei raschem Ablauf als Einschnitt erschien, jetzt den Eindruck eines Vorgangs macht. Und wir müssen fragen: Erscheint der Tod – auch der Tod des Menschen – (nicht sein Sterben) nur als hingezogener Vorgang und ist doch in Wirklichkeit ein Schnitt, oder ist er tatsächlich eine Entwicklung? Es ist zu bezweifeln, ob die Medizin hierauf je eine Antwort geben können, ähnlich wie in der Frage des Lebensbeginns. Deshalb wurde unsere These eine Annäherungslösung genannt, aber eben doch eine brauchbare Lösung. Denn ungeachtet der Unsicherheit, ob es einen Todeszeitpunkt im physikalischen Sinn gibt und, wenn ja, wo er genau liegt, muß man ihn nach all dem Gesagten doch im Bereich des Hirntodes ansetzen. Unsere These schließt also schon einen Sicherheitsfaktor ein, sofern sie auf den Tod (d. h. den Stillstand des Strukturstoffwechsels) des *gesamten* Gehirns bezogen wird.

Dieser Forderung muß auch die methodische Feststellung des Gehirntodes gerecht werden, gleichgültig, ob sie sich auf klinische, elektrophysiologische Symptome oder auf die Registrierung des zerebralen Kreislaufstillstandes stützt. Bei allem Fortschritt enthalten diese technischen Methoden aber auch noch manche Unsicherheitsfaktoren, die um so bedeutender sind, je rascher die Todesfeststellung erfolgen soll.

So könnte der Einwand gemacht werden, daß bei dieser Lage eine frühzeitige, d. h. für Transplantationen rechtzeitige Entnahme lebenswichtiger Organe überhaupt nicht zu verantworten sei. Gerade daran hat sich der ganze Fragenkomplex entzündet – und mit Recht. Natürlich würde man mit einer solchen Ablehnung einer Entscheidung gegenüber dem vermutlich toten Spender ausweichen. Man würde aber gleichzeitig eine sehr folgenschwere Entscheidung gegenüber dem sicher lebenden Organempfänger treffen. Man würde ihm unter Umständen die letzte Lebenschance nehmen. Auch ein vorsichtshalber überlanges Warten wäre kein befriedigender Ausweg, da jeder so erzielte Zuwachs an Sicherheit hinsichtlich der Todesfeststellung in gleichem Maße den Erfolg der Transplantation gefährdete. Und selbst wenn in dem unausweichlich und unmittelbar vor dem Tode stehenden, ja nach unseren heutigen Kenntnissen schon toten Spender doch noch ein (elektrischer)

Lebensfunke wäre, so bedeutete die Organentnahme zu diesem Zeitpunkt nur eine zugelassene, nicht eine direkt intendierte Tötung. Diese Unterscheidung mag anstößig subtil erscheinen. Man bedenke aber, daß es etwas anderes ist, ob jemand einen Menschen aus irgendeinem Grund absichtlich tötet oder ob etwa die Feuerwehr über eine freie Straße zu einer Unfallstelle rast, weil Leben auf dem Spiel stehen, und dabei riskiert, einen Passanten, der möglicherweise unerwartet die Fahrbahn betritt, zu überfahren. Ganz ähnlich wäre die Situation bei einer solchen Transplantation, sofern verantwortlich auch hinsichtlich der Erfolgchancen vorgegangen wird. Zudem darf nicht vergessen werden, daß die getroffene Entscheidung so oder so, wenngleich gestützt auf biologische Fakten, letztlich eine menschliche ist. Für eine solche kann niemals eine mathematische Sicherheit, sondern nur eine moralische, d. h. jene praktische Sicherheit gefordert werden, die bei größter Gewissenhaftigkeit angemessen und erreichbar ist. Diese Auffassung ist keineswegs ein bequemer Ausweg für den Arzt, der nicht nur über sie reden, sondern auch nach ihr handeln muß. Das Bewußtsein einer Spur von theoretischer Unsicherheit und die Notwendigkeit, mit ihr immer besser fertig zu werden, hält nämlich das ärztliche Gewissen eher wach als die großspurige, aber lähmende Forderung oder gar die Illusion absoluter Sicherheit.

#### 6. *Stabilität und Aggiornamento ärztlicher Ethik*

Es ist offenkundig, daß mit diesen Überlegungen nicht schon alle ethischen Konfliktsituationen gelöst sind, zu denen der technische Fortschritt der modernen Medizin führt. Das ist auch nicht Sache einer ärztlichen Ethik. Sie ist wie jede Ethik kein Rezeptbuch, in dem man Verhaltensanweisungen nachschlagen kann, und sie ist kein Ersatz für die Gewissensentscheidung in der konkreten Situation. Sie ist in ihren natürlichen Quellen vielmehr

eine Abstraktion von menschlichen Erfahrungen in solchen Situationen und ein aus ihnen abgeleitetes Denksystem, das bei neuen konkreten Entscheidungen als Richtschnur dienen soll und dienen kann, weil sittliches Verhalten immer menschengemäßes Verhalten sein muß. Da der Mensch sich aber seinem Wesen nach geschichtlich wandelt, kann kein ethisches Konzept als fertig und endgültig angesehen werden. Vielmehr müssen auf neue Fragen neue Antworten gesucht werden, auch in der modernen Medizin. Andererseits wandelt sich der Mensch nicht kontinuierlos. Deshalb sollte es nicht als Schwäche, sondern als Bestätigung unserer Überlegungen erachtet werden, daß bei allem Wechsel der Problematik in den Lösungsversuchen traditionelle Elemente, wenn auch nicht immer ausdrücklich genannt, so doch deutlich erkennbar bleiben: das Ganzheitsprinzip, die Bedeutung von Mittel *und* Zweck, der Doppeleffekt oder die Unterscheidung von Tun und Unterlassen. Freilich ist die Aufrechterhaltung dieser gedanklichen Kontinuität nur dann berechtigt, wenn man die traditionellen Prinzipien nicht gedankenlos in ihrer scheinbaren Pluralität mitschleppt, sondern sich klar macht, daß sie ihrem eigentlichen Sinn nach auf nur eines konvergieren, was gerade im Denken unserer Zeit besonderes Gewicht hat – die unteilbare Ganzheit des konkreten Menschen, die von seiner Intention geprägte Einheit jeder menschlichen Handlung und die deshalb entscheidende Bedeutung dieser Intention für jede ethische Beurteilung.

<sup>1</sup> Gerlach, J., Individualtod – Partialtod – Vita reducta: Münch. Med. Wschr. 16 (1968).

<sup>2</sup> Gerlach, J., Die Definition des Todes in ihrer heutigen Problematik für Medizin und Rechtslehre: Arztrecht (1968).

#### RUDOLF KAUTZKY

geboren am 7. November 1913 in Wien, Katholik. Er ist Doktor der Medizin, seit 1967 Direktor der neurologischen Universitätsklinik von Hamburg-Eppendorf. Er veröffentlichte «Die ärztliche Manipulation des menschlichen Lebens»: Umschau in Wissenschaft und Technik (1968).