



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Nr. 1/2012

ISSN 2194-2730

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,
wir freuen uns, Ihnen die erste Ausgabe der „Ludwigshafener Ethischen Rundschau“ (LER) präsentieren zu dürfen.

Ethik ist eine praktische Disziplin. Ihr Ziel ist nicht allein der theoretische Diskurs, sondern die Umsetzung im Konkreten, die Befähigung zum verantwortungsvollen Handeln.

Im Gesundheitswesen gilt das besonders, da hier der einzelne Mitarbeiter oft vor ethischen Problemen steht. Die relevanten bio- und medizinethischen Fragestellungen werden jedoch nur von regionalen und nationalen Gremien sowie in der ethischen Fachpresse diskutiert. Aber wo liegt die Bedeutung dieser Themen für die praktische Arbeit am Patienten? Wie können die Ergebnisse dieser Diskussionen in die Krankenhäuser oder etwa Einrichtungen der Pflege transportiert werden?

Die LER wird mehrmals im Jahr ausgesuchte ethische Debatten aus Medizin und Pflege für Mitarbeitende im Gesundheitswesen aufgreifen. Sie wird aktuelle Entwicklungen kommentieren und Anregungen für Ihre Arbeit „vor Ort“ geben. Wir erheben dabei keinen Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit. Es geht uns und unseren Autoren darum, zur Auseinandersetzung mit verschiedenen ethischen Themen und Positionen anzuregen.

Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Daher freuen wir uns jederzeit über Ihr konstruktives Feedback. Bleiben Sie mit uns ethisch am Ball.

Ihre Johann Spermann SJ, Birgit Meid-Kappner und Klaus Klother

Inhalt

2	Ethik konkret: Beihilfe zur Selbsttötung Johannes Lorenz
8	Ethik konkret: Organspende Samuel Dekempe
12	Was ist Ethik? Stephan Koch, Christine Stroppel
16	Ethik und Pflege Klaus Klother
21	Der barmherzige Samariter – Ein geistlicher Impuls Eberhard Schockenhoff
26	Rezension: Hille Haker: Hauptsache gesund? Jonas Pavelka, Anselm John

Das Zitat »

Ethik kann uns erklären, ob, wann und warum wir bei unserer Entscheidung möglicherweise ein schlechtes Gefühl haben (müssen).

Stephan Koch und Christine Stroppel, Seite 16

Beihilfe zur Selbsttötung. Gebotene Hilfe oder ethisch fragwürdige Praxis?

Zum aktuellen Stand der ethischen Diskussion

Die Frage, wie wir sterben möchten, stellen wir uns nicht erst im Alter. Durch die Medien oder auch in Alltagsgesprächen werden wir immer wieder mit den Themen Tod und Sterben konfrontiert. Allgemeine Zustimmung findet sicherlich die Ansicht, dass ein Lebensende unter Schmerzen – womöglich noch „angekettet“ an lebensverlängernde Maschinen auf einer Intensivstation – nicht das ist, was man sich für das Ende des eigenen Lebens wünscht.

Seit einigen Jahren ist es in den Niederlanden und Belgien erlaubt (und in den Medien gleichzeitig höchst umstritten), sich nach einer wohlüberlegten Entscheidung von einem Arzt töten zu lassen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Es ist auch möglich, sein eigenes Leben unter ärztlicher Aufsicht selbst zu beenden. Ein Arzt kann in solch einem Fall ein entsprechendes Mittel bereitstellen, das der Patient eigenverantwortlich zu sich nimmt, um aus dem Leben zu scheiden. Wichtig: Es ist nicht der Arzt, der das Leben des Patienten beendet, sondern der Patient selbst, der sich mit dem vom Arzt bereitgestellten Mittel eigenständig tötet. Das kann z.B. eine Injektion sein, die sich der Patient durch einen Knopfdruck selbst verabreicht.

In der Sprache der Ethik spricht man im ersten Fall von aktiver Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen, im zweiten Fall von Beihilfe zur Selbsttötung oder assistiertem Suizid. Aus ethischer Sicht gibt es zu beiden Praktiken vieles zu sagen. In Deutschland ist die Beihilfe zur Selbsttötung anders als in Österreich zwar nicht strafbar, die Bundesärztekammer ist dennoch der Meinung, dass

Der Autor

Johannes Lorenz,
Dipl. Theologe, Mitarbeiter
des Heinrich Pesch Hauses
und Doktorand am Lehrstuhl
für Moralthologie der
Universität Freiburg

„die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung [...] keine ärztliche Aufgabe [sei].“ Ist diese Einschätzung der Ärztekammer mit Blick auf die Entwicklungen in den Niederlanden und Belgien noch zeitgemäß? Hinken wir in unserem Land nicht offensichtlich der Entwicklung hinterher? Manche Befürworter der Beihilfe zur Selbsttötung fordern deshalb von Ärzten, sie sollten jetzt bereits Beihilfe zur Selbsttötung leisten. Ihr Argument: Die Einstellung in der Gesellschaft könne sich nur so verändern. Andererseits lässt sich fragen, ob die Beihilfe zur Selbsttötung tatsächlich eine gebotene Hilfe darstellt oder nicht vielmehr ethisch fragwürdige Praxis? Und nochmal: Liegt die Beihilfe zur Selbsttötung im Aufgabenbereich eines Arztes?

Hinken wir in
unserem Land nicht
offensichtlich der
Entwicklung hinterher?

Ausdruck der Selbstbestimmung?

Im Zentrum der Auseinandersetzung um die Frage nach der Beihilfe zur Selbsttötung steht das Argument der Befürworter, dass jeder Mensch selbst entscheiden könne, wann sein Leben nicht mehr gelebt werden müsse. Dies gilt auch für die Diskussion um die aktive Sterbehilfe. Ein wichtiger Vertreter dieser Ansicht ist der Gründer und Geschäftsführer des schweizerischen Vereins *Dignitas* („Menschenwürdig leben – menschenwürdig sterben“), Ludwig Minelli. Seiner Meinung nach hat jede Person das Recht und die Freiheit, das eigene Leben zu beenden. Denn das Wichtigste in der Gesellschaft sei die Sicherung der Selbstbestimmung jedes einzelnen Menschen. Der Arzt, der dem Wunsch des sterbewilligen Patienten nachkommt, achtet demnach das Recht dieses Menschen auf Selbstbestimmung. Demzufolge sollte jeder Arzt einem Patienten Mittel zur Verfügung stellen dürfen, die der Patient frei und selbstbestimmt zu sich nimmt, um vorzeitig sein Leben zu beenden. Damit der Arzt vertretbar handelt, müssen aus Sicht der Befürworter drei wichtige Voraussetzungen erfüllt sein: 1. Der Patient muss selbstbestimmungsfähig sein. 2. Der Tod des Patienten muss nahe bevorstehen. 3. Der Arzt muss dem Patienten aufgezeigt haben, welche schmerzstillenden Therapien es für ihn alternativ gibt. Darüber hinaus, so die Befürworter weiter, müsse klar sein, dass jede Beihilfe zur Selbsttötung eine *ultima ratio*, eine letzte, nur in Ausnahmefällen zur Verfügung stehende Lösung sein

Nach Meinung von Dignitas hat jede
Person das Recht und die Freiheit,
das eigene Leben zu beenden.

kann. Ein Arzt also, der auf diese Voraussetzungen achtet und den Sterbewunsch eines Patienten erfüllt, indem er für seine Selbsttötung sorgt, trägt zur Selbstbestimmung des Patienten bei, achtet seine Würde, hilft ihm, sich von großen Schmerzen zu befreien und handelt human und ethisch richtig.

Auf der Gegenseite vermisst man an dieser Argumentation grundsätzlich die Frage nach der eigentlichen Aufgabe des Arztes. Darf ein Arzt, der seinem Beruf nach Krankheiten heilen und Schmerzen vermeiden soll, Mittel bereitstellen, die zum Tod seines Patienten führen? Darf und kann zu irgendeinem Zeitpunkt überhaupt entschieden werden, ob ein Leben noch lebenswert ist? Die Gegner der Beihilfe zur Selbsttötung sind der Ansicht, dass die Freiheit

und die Würde jedem Menschen von Anbeginn seines Lebens bis zu seinem Ende zukommt, unabhängig davon, in welchem gesundheitlichen Zustand er sich gerade befindet. Es gilt sogar die Würde der Person dann noch zu achten, wenn diese Person selbst sagt, es sei für sie nicht mehr sinnvoll zu leben. Kann man es wirklich als höchsten Ausdruck der Selbstbestimmung bezeichnen, wenn man das Leben, welches Fundament der Selbstbestimmung ist, beendet?

Die Befürworter müssen sich zudem kritisch fragen lassen, ob ein Mensch überhaupt noch vollkommen selbstbestimmt entscheiden kann, wenn er unter Schmerzen leidet, einsam oder verzweifelt ist. Gerade in solchen Fällen erscheint vielen Patienten ein Weiterleben sinnlos und hoffnungslos. Umfragen zufolge waren viele sterbewillige Patienten froh über ihre Rettung, nachdem ihnen von Ärzten oder Angehörigen verständlich gemacht werden konnte, dass man sie auch in ihrem jetzigen Zustand als Menschen wertschätze und nicht verlieren wolle. Würde ein Arzt dem Wunsch nach Selbsttötung entsprechen, dann würde er damit die Sinnlosigkeit des Weiterlebens eines schwerkranken Patienten bestätigen. Hängt der Wert des menschlichen Lebens tatsächlich davon ab, ob man gesund ist oder nicht?

Würde ein Arzt dem Wunsch nach Selbsttötung entsprechen, dann würde er die Sinnlosigkeit des Weiterlebens bestätigen.

Die Aufgabe des Arztes?

Eine zweite Frage im Zusammenhang der Beihilfe zur Selbsttötung steht, wie oben bereits kurz angesprochen, mit dem ärztlichen Ethos in Zusammenhang: Liegt es im Aufgabenbereich eines Arztes, Leben zu beenden? Die Befürworter der Beihilfe zur

Selbsttötung weisen darauf hin, dass es nicht der Arzt sei, der das Leben beendet, sondern der Patient selbst, indem er beispielsweise einen Medikamentencocktail zu sich nimmt. Der Arzt würde in einem solchen Fall keine direkte Verantwortung für den Tod des Patienten tragen.

Die Gegner jedoch nehmen den gesamten Handlungsablauf von Arzt und Patient in den Blick und stellen fest: Der Arzt ist zwar am Vorgang der Tötung nicht direkt beteiligt, doch weiß er genau, zu welchem Zweck er das Mittel für den Patienten bereitstellt. Demnach nimmt es der Arzt billigend in Kauf, dass der schwerkranke Patient aus dem Leben scheidet. Die Handlungsabsicht des Arztes ist auch auf den Tod des Patienten und nicht nur auf die Bereitstellung der Mittel gerichtet. Man könnte sagen, dass der Arzt ein Urteil über den Wert oder Unwert des Lebens fällt, was ihm schon von Berufswegen nicht zusteht. Gemäß der ärztlichen Berufsordnung sollen Ärzte der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung dienen, Leben erhalten, Leiden lindern, die natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit sichern und Sterbenden Beistand leisten.

Was wären die Folgen, wenn es erlaubt wäre?

Ein drittes Argument hängt mit der Frage zusammen, welche Folgen unserer Gesellschaft drohten, wenn die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland allgemein akzeptiert wäre. Es wird befürchtet, dass sich dadurch die Einstellung unserer Gesellschaft gegenüber kranken Menschen drastisch verändern könnte. Wenn eine Gesellschaft es nicht nur zulässt, sondern für einen ethisch richtigen Weg ansieht, dass schwerstkranken Menschen am besten geholfen wäre, wenn sie sich für den Zeitpunkt ihres eigenen Todes entscheiden würden, dann droht ein wesentliches Grundprinzip unserer Verfassung zerstört zu werden („Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Art. 1 Abs. 1 GG). Kein Mensch, so besagt die Auslegung des Grundgesetzes, kann ein endgültiges Urteil darüber fällen, wem die Menschenwürde zugesprochen werden kann und wem nicht, noch nicht einmal der betroffene Mensch selbst. Die Würde kommt dem Menschen nicht von außen zu, sondern ist dem Menschen als Mensch selbst eigen. Sie muss ihm nicht erst zuerkannt werden und kann ihm folglich auch nicht aberkannt werden. Die Würde des Menschen ist vielmehr zu achten und dies ohne jedwede Bedingung.

Mit einer Entscheidung für die Beihilfe zur Selbsttötung wächst zudem der Druck auf schwerkranke Menschen: Wenn sie von ihren Angehörigen gepflegt werden und um die Möglichkeit wissen, dass sie um die notwendigen Mittel bitten könnten, um frühzeitig zu sterben, wird sich der Druck auf diesen schwerkranken Menschen ungemein erhöhen. Der Wunsch, die sich um ihn kümmernden Angehörigen endlich von Belastung zu befreien, beeinflusst die Entscheidung zu sterben. Bin ich überhaupt noch nützlich oder meinen Angehörigen als Pflegelast zumutbar? Bin ich als alleinstehender Mensch überhaupt noch für jemanden wichtig, oder falle ich nur noch der Allgemeinheit zur Last? Die Gegner sprechen in diesem Zusammenhang von einem steigenden gesellschaftlichen Erwartungsdruck auf die kranken Menschen. Sie plädieren dafür, statt die Beihilfe zur Selbsttötung zu fördern, besser das Augenmerk auf die weitere Erforschung von schmerzlindernden Therapien zu legen, wie das bereits in der Palliativmedizin und -pflege geschieht.

Die Würde kommt dem Menschen gemäß dem Grundgesetz nicht von außen zu, sondern ist dem Menschen als Menschen selbst eigen.

Zusammenfassung

Sowohl die Befürworter als auch die Gegner der Beihilfe zur Selbsttötung wollen ethisch gerechtfertigte Argumente liefern. Die Befürworter sehen darin eine Chance, schwerkranken Menschen ein selbstbestimmtes Sterben in Würde zu ermöglichen und unnötig großes Leid zu vermeiden. Ihrer Ansicht nach liegt es im Ermessen jedes einzelnen Menschen, darüber zu entscheiden, wann er seinem durch eine schwere Krankheit geprägten Dasein ein Ende setzen möchte. Der Arzt hilft ihm dabei, schmerzlos aus dem Leben zu scheiden, indem er ihm die medikamentöse Möglichkeit dazu gibt.

Die Akzeptanz der Beihilfe zur Selbsttötung hätte fatale Folgen.

Gemäß der Gegenposition hätte eine Akzeptanz der Beihilfe zur Selbsttötung fatale Folgen. Nicht nur der Respekt vor jedem menschlichen Leben wäre damit in Frage gestellt, sondern auch die Rolle des Arztes. Er wäre nicht mehr länger ein Heiler, sondern ein Mensch, der in der Hilfe zur Selbsttötung eine sinnvolle und ethisch wertvolle Lösung sieht und der das noch dazu als Ausdruck der Selbstbestimmung des Patienten hochschätzt. Für die Gegner der Beihilfe zur Selbsttötung widerspricht die Tötungsabsicht des Arztes zum einen seiner Berufsordnung und zum anderen

ganz grundsätzlich der Würde des Menschen, die auch noch dann gilt, wenn eine schwere Krankheit auf ihm lastet.

Die Anhänger beider Positionen versuchen in ihrer Argumentation ethisch sensibel vorzugehen. Dabei gehen sie von unterschiedlichen Voraussetzungen aus. Die einen rücken den Wert der Selbstbestimmung an den Ausgang der ethischen Argumentation, die anderen den Begriff der Würde des Menschen, der die Grundlage dafür bildet, dass ein Mensch überhaupt selbstbestimmt sein kann. Aus ethischer Sicht gilt es, beide Sichtweisen sachgerecht gegenüber zu stellen, um danach zu prüfen, welche Position die ethisch richtige ist.

Literatur:

- » Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Freiburg i. Br. 2009
- » Zeitschrift für medizinische Ethik, Heft 3 (2009), Thema: Beihilfe zum Suizid
- » Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011)

Organspende – Auf der Grenze zwischen Leben und Tod

Im Alter von anderthalb Jahren erkrankt Burkhard Tapp an einer Lungenentzündung. Nach einigen Jahren stellt man fest, dass er ohne eine neue Lunge nicht mehr weiterleben kann.

Burkhard Tapp ist 1956 geboren. Auf den Bildern seiner Homepage, auf denen er mit Fahrrad und Trikot posiert, macht er einen fitten und sportlichen Eindruck. Was jedoch nicht zu erkennen ist: Burkhard Tapp lebt seit zehn Jahren mit einer transplantierten Lunge.

Im Alter von anderthalb Jahren erkrankt er an Masern und bekommt eine Lungenentzündung. Bei der Untersuchung werden Bronchiektasien festgestellt, eine Erweiterung der Atemwege, die zu einem ständigen Entzündungsherd der Lunge führt. Diese Krankheit begleitet ihn seither und bestimmt sein Leben. Nach dem Studium der Sozialpädagogik und den ersten Jahren im Beruf wird klar, dass Burkhard Tapp mit seiner Krankheit nicht mehr weiterarbeiten kann und eine neue Lunge benötigt.

1991 wird ihm mitgeteilt, dass er ohne eine Transplantation nur noch zwei Jahre leben könne. Deshalb wird Burkhard Tapp im gleichen Jahr auf die Warteliste für Lungentransplantationen gesetzt. „Wenn man auf der Warteliste ist, kann man sein Leben nicht planen“, denn man müsse Tag und Nacht erreichbar sein, dürfe nicht ins Ausland reisen und ist in der ständigen Erwartung, den entscheidenden Anruf mit der Information eines vorhandenen Spenderorgans zu bekommen.

Bereits nach drei Wochen auf der Warteliste erreicht Burkhard Tapp den ersten Anruf mit der Aussicht auf eine neue Lunge. Wegen einer Infektion kann er die Transplantation jedoch nicht wahrnehmen. Eine Woche später erhält er den nächsten Anruf; auch hier kommt es krankheitsbedingt zu keinem Eingriff.

Der Autor

Samuel Dekempe,
studentischer Mitarbeiter
am Lehrstuhl für
Caritaswissenschaft der
Universität Freiburg

Das Risiko, den Gesundheitszustand nach einer Transplantation nicht aufrechterhalten zu können, wird als zu hoch angesehen. Damit sein Gesundheitszustand stabil bleibt, wird Burkhard Tapp 1993 als nicht transplantierbar eingestuft.

Als Burkhard Tapp im Februar 2002 einen Kongress zur Wartesituation von Transplantationspatienten besucht, bekommt er, nach mehr als zehn Jahren Wartezeit, den entscheidenden Anruf. „Meine Antwort war erst einmal: Das passt mir gerade gar nicht.“ Nachdem er aber alles Organisatorische geklärt hatte, wird Burkhard Tapp von Berlin nach Hannover gebracht. Man beginnt noch am gleichen Vormittag mit der Operation.

Das Stadium des Hirntodes

Laut Statistischem Bundesamt waren mit 41 % Herz- und Kreislauferkrankungen die Haupttodesursachen im Jahr 2010. Infolge der aussetzenden Versorgung der Organe mit Blut und Sauerstoff setzt schließlich auch die Gehirnfunktion aus. Ein umstrittener und derzeit viel diskutierter Fall liegt dagegen vor, wenn etwa infolge eines Unfalls das Gehirn nicht mehr durchblutet und mit Sauerstoff versorgt wird, der restliche Organismus aber noch einige Stunden bis Tage funktionsfähig bleibt. Dieser sogenannte Hirntod bedeutet laut Definition der Bundesärztekammer den unumkehrbaren Ausfall der Gesamtfunktion von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm, was sich bis auf die Atmung auswirkt, so dass der Organismus nur noch per künstlicher Beatmung aufrecht erhalten werden kann. Der Hirntod wird laut Bundesärztekammer als Kriterium für den Tod eines Menschen angesehen.

In diesem Stadium können Organe oder Gewebe entnommen werden. Das Transplantationsgesetz (TPG) nennt dafür neben der Zustimmung des Verstorbenen oder eines Angehörigen zur Entnahme von Organen oder Gewebe den ärztlich festgestellten Hirntod als notwendige Voraussetzung.

Den Tag, an dem Burkhard Tapp seine neue Lunge transplantiert bekam, bezeichnet er als seinen zweiten Geburtstag. „Ich habe mir eigentlich nie Gedanken darüber gemacht, von wem die Lunge kam, ob es ein Mann oder eine Frau war. Aber ich bin meinem Spender und seinen Angehörigen dankbar und fühle mich dazu verpflichtet, mit der Lunge und meiner Gesundheit sorgsam umzugehen“.

Den Tag, an dem
Burkhard Tapp
seine neue Lunge
transplantiert
bekam, bezeichnet
er als seinen zweiten
Geburtstag.

Ein umstrittenes Kriterium

Per Gesetz gelten hirntot diagnostizierte Menschen als tot. In Deutschland wird deshalb keine Vollnarkose bei der Entnahme von Organen vorgenommen; es wird lediglich eine Lokalanästhesie durchgeführt, um mögliche Muskelkontraktionen zu vermeiden. Die Menschen, die den Hirntod sterben, können sich auf der üblichen Kommunikationsebene nicht mehr äußern. Es sind sich jedoch auch Fachleute nicht einig, wann zum Beispiel genau der Zeitpunkt des aufgehobenen Schmerzempfindens eingetreten ist: Auch nach einer Hirntoddiagnose kann es noch Bereiche im Gehirn geben, die durchblutet werden. Es besteht deshalb die Möglichkeit, dass Menschen, die für hirntot erklärt und denen Organe entnommen werden, doch noch etwas verspüren.

Das Kriterium des Hirntodes bleibt also umstritten. Ob man hirntote Menschen als tot bezeichnet ist eine Sache der medizinischen Definition, welche nicht von der Ethik geleistet werden kann. Fest steht sicher, dass die Grenze zwischen Leben und Tod zum jetzigen Zeitpunkt nicht eindeutig zu ziehen ist. Man weiß aber, dass es bei einem Hirntod kein Zurück ins Leben mehr gibt. Brisanter wird die Diskussion dadurch, dass mit dem Hirntod die Möglichkeit der Organentnahme verknüpft ist. Wird am Hirntodkriterium festgehalten, vereinfacht sich der Umgang mit Spenderorganen, und deren Zahl erhöht sich.

Das Problem der geringen Zahl an Organspenden überhaupt (welche einem großen Bedarf an Organen gegenüber steht) kann aber allein durch das Hirntodkriterium nicht gelöst werden. Gering ist die Zahl vorhandener Spenderorgane auch deshalb, weil nur in wenigen Fällen Verstorbene zu Lebzeiten ihren Willen oder Unwillen zur Organspende dokumentiert haben. Oft werden Angehörige gebeten, gemäß dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen eine Entscheidung zu treffen. Diese wird häufig dadurch erschwert, dass hirntote Patienten den Eindruck machen, als würden sie noch leben. Atmung, Verdauung, Herzschlag und Kreislauf werden nämlich noch aufrechterhalten, damit die Durchblutung der zu entnehmenden Organe gewährleistet bleibt. Viele Angehörige entscheiden sich deshalb gegen eine Organspende.

Es bleibt festzuhalten: Unabhängig von der Hirntod-Debatte ist es unumgänglich,

Es besteht die Möglichkeit, dass Menschen, die für hirntot erklärt und denen Organe entnommen werden, doch noch etwas verspüren.

Es ist unumgänglich, frühzeitig über den Ablauf einer Organspende zu informieren.

frühzeitig über den Ablauf einer Organspende zu informieren. Der Bundesverband der Organtransplantierten e.V., zu dem auch Burkhard Tapp gehört, weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung einer psychologischen Betreuung der Angehörigen hin, um mit der Entscheidung für oder gegen eine Spende leben zu können.

Die Position der Kirchen

Auch die Kirchen haben sich zum Thema Organspende in einem gemeinsamen Papier geäußert. In der Stellungnahme der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) und des Rates der Evangelischen Kirche (EKD) sprechen sich beide Kirchen klar für die Organspende aus, solange sie ethischen Grundsätzen entspricht. Das Papier weist etwa auf die Verantwortung der Ärzte hin, ethisch respektvoll mit dem Hirntoten umzugehen. Darüber hinaus betonen beide die Freiwilligkeit einer Zustimmung zur Organspende. „Kein Mensch [darf] zu einer Gewebe- oder Organspende verpflichtet und dazu gedrängt werden“. Deshalb trägt auch der vermittelnde Arzt eine große Verantwortung, weil niemand die freiwillige Zustimmung zur Organspende sicher kontrollieren kann.

3917 Organe wurden im Jahr 2011 transplantiert. Täglich sterben drei Menschen, die auf der Warteliste für ein neues Organ stehen. Die DBK und der EKD zeigen deshalb auf, wie wichtig es ist, das allgemeine Bewusstsein für die Notwendigkeit der Organspende zu schärfen. Zivilgesellschaftliche Gruppierungen haben innerhalb der Gesellschaft den Auftrag, grundsätzlicher über Organspende aufzuklären, um dem Mangel an Organen entgegenwirken zu können. Das gemeinsame Schreiben sagt auch, dass aus christlicher Sicht die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Menschen mit Behinderung ist. Auch die Kirchen können die Hirntod-Debatte nicht lösen. Sicher ist, dass es mit Organspenden möglich ist, Menschenleben zu retten, und dass es einen verantwortlichen Umgang damit braucht.

Beide betonen die Freiwilligkeit einer Zustimmung zur Organspende.

Mehr Infos zum Thema und zu Burkhard Tapp:

- » www.burkhard-lebt-weiter.de
- » www.dso.de
- » www.bdo-ev.de
- » Burkhard Tapp bietet jeden dritten Donnerstag im Monat in der Zeit von 10:00 Uhr – 12:30 Uhr eine „Lungen-Tx-Sprechstunde“ im Freiburger Uni-Klinikum an.

Was ist Ethik?

Soll die demenzkranke, bettlägerige 93 Jahre alte Patientin eine PEG-Sonde bekommen, weil sie die Nahrungsaufnahme verweigert? Soll Herr Schmidt, der an einer Krebserkrankung im Endstadium leidet, wegen der Lungenentzündung noch in ein anderes Krankenhaus verlegt werden? Solche und ähnliche Fragen stellen sich im Pflegealltag. Es sind zunächst nicht Fragen nach der Machbarkeit oder den Kosten, sondern *ethische* Fragestellungen. Denn es wird nicht danach gefragt, ob etwa eine Behandlung möglich oder bezahlbar ist, sondern danach, wie man sich entscheiden soll. Ethik hat also mit unserem Tun in Beruf oder dem Alltag zu tun. Was versteht man unter Ethik? Was will sie? Wen betrifft sie? Um darauf eine Antwort zu finden, ist es hilfreich, sich zunächst dem Begriff Ethik zu nähern. Danach werden verschiedene ethische Zusammenhänge skizziert und schließlich ausgewählte Anwendungsbereiche der Ethik vorgestellt.

Bei „Ethik“ denkt man schnell an das Schulfach, welches in vielen Ländern als Ersatzfach für den Religionsunterricht angeboten wird. Auch mit „Moral“ wird der Begriff „Ethik“ gerne in Verbindung gebracht oder sogar verwechselt. Die Herkunft des Begriffes zeigt schnell Unterschiede auf: Ethik kommt vom griechischen *ethikā*, was so viel wie „sittliches Verständnis“ meint. Ethik ist zu unterscheiden von *Ethos*, das ebenfalls aus dem Griechischen kommt und „Gewohnheit, Sitte, Gebrauch“ meint. Mit *Ethos* gleichbedeutend ist das aus dem Lateinischen kommende Wort *Moral*.

Dem griechischen Philosophen Aristoteles (384–322 v.Chr.) zufolge, der den Begriff Ethik in die Philosophie einführte, ist Ethik das philosophische, wissenschaftliche Nachdenken über das *Ethos* bzw. die *Moral*. Die Ethik ist also das Nachdenken über unser Handeln und unsere tatsächlichen Gewohnheiten.

Die Autoren

Stephan Koch (Dipl. Theologe) und **Christine Stroppel** (Dipl. Sozialpädagogin (BA); M.A. Caritaswiss.) arbeiten am Lehrstuhl für Caritaswissenschaft der Universität Freiburg.

Während die Moral nur beschreibt, reflektiert die Ethik über das Beschriebene. Aus dieser Reflexion können sich Urteile, Vorgaben oder Regeln ergeben, die dann nicht mehr beschreiben, sondern möglicherweise vorschreiben. Ethik lässt sich vergleichen mit einer Theorie vom guten und richtigen Handeln.

Eine Grundorientierung: Die Frage nach sich und dem anderen

„Alles, was ihr also von anderen erwartet, das tut auch ihnen!“ (Matthäus 7,12)

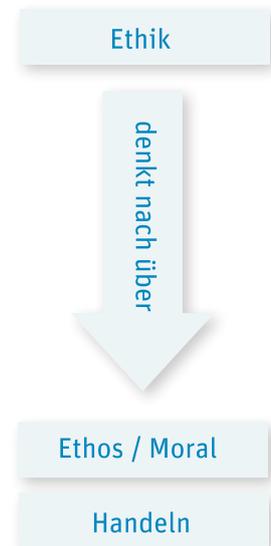
Dieser Satz aus der Bergpredigt formuliert religionsübergreifend und allgemein anerkannt eine Richtschnur des menschlichen Handelns. Diese sogenannte „Goldene Regel“ hat zuerst einmal mich selbst und meine eigenen Bedürfnisse im Blick. Zum anderen geht sie über mich allein hinaus und richtet den Blick auf mein Umfeld, meine Mitmenschen und die sich daraus ergebenden wechselseitigen Beziehungen, in denen ich stehe.

Für sich selbst herauszufinden, wie man möchte, dass andere Menschen mit einem umgehen, berührt die Frage, wie man leben möchte und was man sich unter einem guten Leben vorstellt. Die Forderung, die Ergebnisse dieser Überlegungen auch auf andere Menschen zu übertragen, verweist auf das Miteinander-Leben, auf das Leben in Gemeinschaft(en): Freundeskreis, Familie, Arbeitsplatz, Verein, Stadt, usw.

Weil die Bedürfnisse bei Menschen unterschiedlich aussehen können, besteht nicht selten eine Abweichung zwischen dem, was ich für mich in Anspruch nehme, und dem, was ich anderen zugestehe. Im besten Fall ist mein Gegenüber in der Lage, seine Meinung in gleicher Weise und in gleichem Umfang kund zu tun wie ich. Ist dies der Fall, können sich mehrere Menschen über ihr Zusammenleben (in einer Gemeinschaft oder Gesellschaft) austauschen und gleichberechtigt einigen. Seit Jahrhunderten versuchen Menschen daher, den Ergebnissen dieser Verhandlungen durch die Überführung in gesetzliche Regelungen Nachdruck zu verschaffen und somit für Orientierung und Klarheit zu sorgen.

Die Religion gab lange Zeit Orientierung in Fragen der

Eine ganz besondere Qualität bekommt die Frage nach dem „guten Leben“ und nach der richtigen oder falschen Handlung dann, wenn der Gesprächspartner noch nicht oder nicht mehr in der Lage ist, sich entsprechend zu äußern.



„richtigen Lebensführung“ und dem, was unter „gut“ und „böse“ zu verstehen ist. In unserer heutigen, pluralistischen Welt sind Austausch und Aushandeln komplexer, weil nicht mehr alle Gesprächspartner die gleichen Werte teilen.

Eine ganz besondere Qualität bekommt die Frage nach dem „guten Leben“ und nach der richtigen oder falschen Handlung dann, wenn der Gesprächspartner noch nicht oder nicht mehr in der Lage ist, sich entsprechend zu äußern. Dies kann zum Beispiel im Umgang mit Kindern und kranken, nicht mehr sprachfähigen Menschen der Fall sein. Als Schwierigkeit kommt hinzu: So sehr man sich in helfenden, erziehenden und pflegenden Berufen um „Begegnung auf Augenhöhe“ bemüht, ist ein Machtgefälle oftmals sichtbar und fühlbar.

Dieses ungleiche Verhältnis ist nicht grundsätzlich negativ. Es kann jedoch Gefahren mitbringen. Dass etwa das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Patient und Arzt bzw. Pflegekraft ein Verhältnis ungleicher Partner ist und sich darin Probleme verbergen können, sollte man sich daher zumindest grundsätzlich vor Augen führen.

Die Ethik will Anhaltspunkte für die Gestaltung des Miteinanders geben, indem sie Handlungen nach bestimmten Kriterien beurteilt. Vor allem bei den ungleichen Verhältnissen zwischen Menschen ist dies wichtig und für alle Beteiligten hilfreich. Im Laufe der Geschichte und in gegenwärtigen Diskussionen gab und gibt es dabei ein sehr breites Spektrum von Ansätzen, die von unterschiedlichen Voraussetzungen ausgehen und folglich auch verschiedene Ziele haben.

Ethik will Anhaltspunkte für die Gestaltung des Miteinanders geben, indem sie Handlungen nach bestimmten Kriterien beurteilt.

Die verschiedenen Teilbereiche der Ethik

Bestrebungen, sich mit ethischen Fragen auseinander zu setzen, kannte bereits die Antike. So gaben Erfahrungen zum Beispiel sozialer Ungleichheit, von Diskriminierung oder Gewalt immer schon Anlass, den Umgang miteinander und die jeweiligen Handlungs- und Begründungskontexte zu hinterfragen, stets auf der Suche nach „dem Gerechteren“, „dem Besseren“, „dem Menschenwürdigeren“.

Menschen sind immer eingebunden in ein soziales Netz, sie leben in einer sie umgebenden Welt, und sind im beruflichen wie privaten Bereich Spieler auf verschiedenen Spielfeldern.

Es finden sich ethische Fragestellungen unter anderem auch in der Politik, der Wirtschaft und im Recht.

Diese Komplexität und Vielfalt menschlichen Lebens und Handelns hat es notwendig gemacht, die Ethik in verschiedene Bereiche zu unterteilen. Es finden sich ethische Fragestellungen in der Medizin, aber auch in der Politik, der Wirtschaft und im Recht. Eine erste Unterscheidung innerhalb der Ethik wäre die nach den Bereichen des Individuellen und Sozialen, also dem Gesellschaftlichen. Die sogenannte Individualethik beschäftigt sich mit dem Handeln eines jeden Einzelnen. Demgegenüber denkt die sogenannte Sozialethik darüber nach, wie eine Gesellschaft sein muss, damit gutes und richtiges Handeln sowie menschenwürdiges Leben gelingen kann.

Im Laufe der Zeit haben sich verschiedene sogenannte „Bereichsethiken“ herausgebildet. Sie sind Theorien menschlichen Handelns in Bezug auf bestimmte Handlungsbereiche. Wichtige Bereichsethiken sind die Medizin- und Bioethik. Die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Betonung der Eigenständigkeit der Pflege gegenüber der Medizin haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass neben dem ärztlichen nun auch das pflegerische Handeln spezieller ethisch durchleuchtet wird (Pflegeethik).

Kurz zusammengefasst

Ethik stellt nicht allein Regeln oder Verbote auf. Das Ziel der Ethik ist vielmehr, den Menschen zu einem verantwortungsvollen Handeln zu *befähigen*. Dabei spielen Regeln und Verbote sicherlich eine Rolle. Aber das vorrangige Ziel der Ethik ist die praktische Umsetzung im Handeln. Dazu kann die Ethik dem Menschen Hilfestellungen geben, da sie ihm Wege aufzeigt, wie er sich verhalten kann oder auch, wie er sich zu verhalten hat. Insbesondere in schwierigen Situationen, etwa bei der Frage, ob die 93 Jahre alte Patientin eine PEG-Sonde erhalten soll, kann die Ethik dabei helfen, eine Entscheidung zu treffen. Gerade in solchen Situationen, in denen wir großes Unbehagen und ein schlechtes Gefühl haben, ist die Ethik hilfreich und von Nutzen. Die Ethik kann uns die Entscheidung zwar nicht abnehmen, aber sie kann uns erklären, ob, wann und warum wir bei unserer Entscheidung möglicherweise ein schlechtes Gefühl haben (müssen).

Das Ziel der Ethik ist es, den Menschen zu einem verantwortungsvollen Handeln zu *befähigen*.

Literatur:

- » Settimio Monteverde (Hrsg.), Handbuch Pflegeethik: ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2012
- » Monika Bobbert, Pflegeethik als neue Bereichsethik. Konturen, Inhalte, Beispiele, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003), 43–63

Ethik und Pflege – zwischen Emanzipation und Professionalisierung

Nur sehr wenige Berufsbilder sind in ähnlichem Ausmaß moralisch aufgeladen wie die von Medizin und Pflege. Gegenstand ihrer Arbeit ist nicht irgend etwas, sondern das Leben und die Gesundheit des einzelnen Menschen, also die grundlegendsten Güter überhaupt. Hinzu kommen ethische Konflikte, welche wesentlich zu diesen beiden Arbeitsfeldern gehören: Etwa wird allein durch die Verortung in einem Krankenhaus eine Handlung, die (juristisch ausgedrückt) rein äußerlich den Tatbestand schwerer Körperverletzung erfüllt, zu einer richtigen, weil medizinisch erforderlichen Handlung, nämlich einem operativen Eingriff. Die ethischen Probleme auf einer Intensivstation (zum Beispiel bei der Frage nach Therapieverzicht bzw. -abbruch) sind in der Regel noch sehr viel komplizierter und schwieriger zu lösen.

Seit Jahrhunderten gibt es im medizinischen Bereich Berufskodizes (Hippokratischer Eid, Genfer Ärztegelöbnis etc.), welche verbindliche gemeinsame Werte formulieren und eine Handlungsrichtung fest setzen. Es sind zumindest Eckpfeiler für das ärztliche Handeln, an denen sich der oder die Einzelne orientieren kann. Im Rahmen des Medizinstudiums gilt Ethik mittlerweile als Pflichtfach. Medizin und Ethik gehören also, so könnte man sagen, wie selbstverständlich zusammen.

Die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege (auch in Deutschland werden immer mehr entsprechende Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten eingerichtet) haben dazu geführt, dass seit einigen Jahren die Ethik mit ins Pflicht-Curriculum der Pflegeausbildung aufgenommen wurde. Neben der fachlichen Ausbildung wird mittlerweile die ethische Fort- und

Der Autor

Dr. Klaus Klother,
Promotion in Moral-
theologie, Referent für
Ethik in Medizin und Pflege
im Heinrich Pesch Haus

Weiterbildung als wichtiger Teil des Berufsbildes der Pflege angesehen. Eng damit verbunden ist das Hervorbringen eigener Ethikkodizes für Pflegeberufe: Zum Beispiel benennt der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) die vier Grundsätze „Gesundheit fördern“, „Krankheit verhüten“, „Gesundheit wiederherstellen“ und „Leiden lindern“. Also: Pflege und Ethik gehören natürlich ebenso selbstverständlich zusammen.

Professionalisierung und Akademisierung der Pflege haben dazu geführt, dass die Ethik mit ins Pflicht-Curriculum der Pflegeausbildung aufgenommen wurde.

Konkurrenzverhältnis Medizin – Pflege?

Aber warum ist diese Entwicklung so wichtig und richtig? Geht es um den scheinbar ewigen „Kampf“ zwischen Medizin und Pflege? Ist es eine überfällige Reaktion der Pflege auf das dominante Selbstverständnis und Selbstbewusstsein von Ärzten und deren Verhalten gegenüber den Kolleginnen und Kollegen aus der pflegerischen Arbeit? Ist der Bezug zur Ethik ein Ausdruck der Emanzipation heraus aus dem Schatten der Medizin? Einerseits ja, andererseits nein.

Auf der einen Seite stellt die gesamte Weiterentwicklung (und in diesem Zuge auch die Akademisierung) der Pflege eine Art Emanzipation dar. Historisch betrachtet wurde die Pflege lange Zeit als fremdbestimmtes ärztliches Hilfspersonal angesehen. Durch die Professionalisierung der Ausbildungen nicht-ärztlicher Heilberufe wurde schließlich das berufsspezifische Handeln weitaus intensiver (im guten Sinne kritisch) reflektiert. Ein Erfolg dieser Entwicklung ist eine immer klarer werdende Beschreibung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von Pflege (und im Anschluss daran auch der Medizin). Spätestens dadurch ist ein selbstbewussteres Auftreten der Pflege gegenüber anderen Berufen ermöglicht worden.

Andererseits geht es aber nicht um eine Art Aufstand der schwachen Pflege gegen eine starke Medizin. Ziel dieses Prozesses kann nicht die Abwertung der Medizin zugunsten einer stärker werdenden Pflege sein (als Resultat der fast schon ermüdenden Vorverurteilung des Arztbildes). Das Etablieren einer Bereichsethik innerhalb der Pflege sollte nicht in Konkurrenz, sondern als Ergänzung zu einer medizinischen Bereichsethik stehen.

Historisch betrachtet wurde die Pflege lange Zeit als fremdbestimmtes ärztliches Hilfspersonal angesehen.

Es geht um den Patienten!

Ob man nun von „Pflegeethik“ als Pendant zu einer wissenschaftlichen „Medizinethik“ spricht, ist für die Umsetzung zweitrangig. Im wissenschaftlichen Diskurs und der Definition innerhalb der Ausbildungswege gibt es sicherlich gute Gründe für eine Unterscheidung zwischen Medizin- und Pflegeethik. In der alltäglichen Praxis sollte es Medizin und Pflege (und im Übrigen auch der Verwaltung als der klassischen dritten Säule) jedoch um die Arbeit am Patienten gehen. Und eben dort, quasi vor Ort, arbeiten alle Berufsgruppen gemeinsam im Team oder sogar stationsübergreifend. Eine künstliche Trennung zwischen verschiedenen Berufs-Ethiken würde den Arbeitsalltag eher behindern. Wenn man schon nach einem Begriff dafür sucht, passt am ehesten die Bezeichnung „Klinische Ethik“. Denn damit sind alle ethischen Probleme und Konflikte gemeint, welche im Tagesgeschäft auftauchen: Sowohl die der Medizin als auch die der Pflege. Hinzu kommen dann auch noch strukturell-organisatorische Fragen zur Einbindung von ethischen Strukturen wie etwa Ethikkomitees. Und spätestens dort ist eine Zusammenarbeit aller Berufsgruppen aus den Einrichtungen über Hierarchiegrenzen hinweg zum Wohle des Patienten sinnvoll und richtig.

Eine künstliche Trennung zwischen verschiedenen Berufs-Ethiken würde den Arbeitsalltag eher behindern.

Notwendige Zusammenarbeit

Ein einziger der am Gesundheitswesen beteiligten Berufe allein kann den Situationen nicht gerecht werden. Eine Disziplin, welche das Handeln nur eines der beteiligten Berufszweige im Blick hat, kann nur einen Beitrag von vielen leisten. Die Zunahme an Arbeit in Teams oder über Abteilungsgrenzen hinaus verdeutlicht, dass alle an der Arbeit Beteiligten aufgefordert sind, ethische Probleme benennen, Beurteilungen begründen und diese kommunizieren zu können. Alle Beteiligten müssen eine gewisse moralische Sensibilität und Sprachfähigkeit mitbringen, damit nach allen Sachfragen (für die es in der Regel nur eine sachlich richtige Lösung gibt) gleichberechtigt und auf Augenhöhe Lösungen ermittelt werden können. Alle Beteiligten müssen sich dafür gleichermaßen verantwortlich fühlen. Erst durch das

Alle Beteiligten müssen moralische Sensibilität und Sprachfähigkeit mitbringen.

Zusammenspiel der verschiedenen beteiligten Blickrichtungen kann die gesamte, meist sehr komplexe Situation erfasst und eine situationsgemäße Lösung gefunden werden. Persönliche Einstellungen, Werte und Überzeugungen müssen in diesem Zuge reflektiert und respektiert werden.

Ethische Fallbesprechungen mit Beteiligung unterschiedlicher Fachrichtungen sind ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Denn dadurch erst wird man der Komplexität der alltäglich auftretenden ethischen Probleme gerecht, die sich eben nicht allein fachspezifisch (etwa allein aus pflegerischer Fachkompetenz heraus) lösen lassen. Leider wird dieser Weg in der täglichen Praxis noch nicht ausreichend gegangen,

wie eine Studie der Uniklinik Nijmegen ergeben hat: In nicht moderierten ethischen Fallbesprechungen, so das Ergebnis der Studie, wird nach wie vor ein überwiegender Anteil der Sprechzeit von Ärzten beansprucht. Allerdings geschieht dies nicht nur aus selbst gewählter Dominanz heraus. Vielmehr wird dieses Resultat erst dadurch ermöglicht, dass das Team eine entsprechende Erwartungshaltung den Ärzten gegenüber hat. Ärzte wiederum sprechen Pflegenden ein sehr viel höheres Mitspracherecht und eine deutlich gleichberechtigtere Rolle in Entscheidungsfindungsprozessen zu als es Pflegende oftmals selbst für sich tun. Ein Gegenbeispiel stellt die Altenpflege dar, wo Entscheidungen mehr noch als im Krankenhaus von Ärzten und Pflegenden gemeinsam gefällt werden.

Ärzte sprechen Pflegenden ein sehr viel höheres Mitspracherecht und eine deutlich gleichberechtigtere Rolle in Entscheidungsfindungsprozessen zu als es Pflegende oftmals selbst tun.

Eine gemeinsame Ethik

Weder Medizin noch Pflege verfügen über Sonderethiken mit außergewöhnlichen Rechten und Pflichten, eigenen Normen und exotischen Begründungsstrukturen. Sie unterscheiden sich nicht in ihren Begründungsmustern oder ihrem Geltungsanspruch, sondern in ihrem spezifischen Blickwinkel. In beiden Fällen kommt eine allgemeine philosophische Ethik zur Anwendung. Ethik in Medizin und Pflege ist eine (philosophisch begründete) Reflexion des beruflichen Handelns in Medizin und Pflege auf der Basis allgemeiner ethischer Begriffe und Theorien. Wichtig ist daher eine grundsätzliche, nachhaltige ethische Sensibilisierung und Schulung aller Mit-

arbeitenden, um auf diesem schwierigen Gebiet sprachfähig zu werden. Die Tatsache, dass die heute auftauchenden ethischen Probleme im Alltag eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung hoch komplex sind und nur im Team gelöst werden können, macht eine fachlich wie ethisch versierte Pflege erforderlich. Nur das enge Zusammenspiel der unterschiedlichen Fachbereiche und der ihnen eigenen Kompetenzen vermag den ethischen Problemen in ihrer Vielschichtigkeit gerecht zu werden. Ungleiche Spielpartner können dafür nur hinderlich sein. Selbstbewusste und professionelle Diskurspartner sind jedoch in der Lage, auch für schwierige Problemkonstellationen verantwortbare Entscheidungen zu fällen und gangbare Lösungswege auszuloten. Es ist ein fast schon moralischer Auftrag an die Pflege, sich die nötigen ethischen Kompetenzen anzueignen und auf verstärkte Kommunikation zu drängen. Umgekehrt darf und muss von der Medizin die Offenheit für gemeinsame Reflexion und Entscheidungsfindung eingefordert werden.

Nur das enge Zusammenspiel der unterschiedlichen Fachbereiche und der ihnen eigenen Kompetenzen vermag den ethischen Problemen gerecht zu werden.

Literatur:

- » Monika Bobbert, Pflegeethik als neue Bereichsethik. Konturen, Inhalte, Beispiele, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003), 43–63
- » Otfried Höffe, Artikel „Medizinische Ethik“, in: Ders. (Hg.), Lexikon der Ethik, München 62002, 160-167
- » Marianne Rabe: Ethik in der Pflegeausbildung, in: Ethik in der Medizin 4 (2006), 379–384
- » Timo Sauer, Arnd T. May, Pflegiothek: Ethik in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Berlin 2011

Der barmherzige Samariter

Ein geistlicher Impuls

Was haben die Gleichnisse Jesu mit guten Witzen gemeinsam? Jeder versteht sofort die Pointe, auf die es ankommt. Bei einem gelungenen Witz wissen wir, wann wir lachen müssen; beim Hören oder Erzählen der Parabeln Jesu erfassen wir spontan und ohne weiteres Nachdenken die Sinnspitze, die niemand anderes als uns selber meint. So verhält es sich auch mit dem bekanntesten Gleichnis der Bibel, das in Anschluss an seine Hauptfigur unter der Bezeichnung „vom barmherzigen Samariter“ in die Weltliteratur einging (Lukas 10,25–37).

Auf die Frage des Gesetzeslehrers „Wer ist mein Nächster?“ antwortet Jesus in unerwarteter Weise. Der Nächste wurde in dieser Zeit (und somit auch vom Gesetzeslehrer) als Objekt gesehen, auf das sich die Verpflichtung zur Liebe richtet. Die Frage des Gesetzeslehrers zielte auf die Reichweite des Liebesgebotes ab, also an wen sich die Liebe des Menschen zu richten hat und an wen nicht mehr. Jesus sollte exakt die Grenzlinie markieren, die ihm die Gewissheit gibt: bis hierher und nicht weiter.

Der, der deine Hilfe braucht!

Jesus dagegen dreht in seiner Antwort die Frageperspektive um und erzählt sein Gleichnis aus der Sicht des Opfers, das unter die Räuber gefallen ist. Dieser Perspektivenwechsel ermöglicht seinen Zuhörern den entscheidenden Schritt eines gedanklichen Rollenwechsels: Die Zuhörer sollen sich selbst mit den Augen derer betrachten lernen, die auf ihre Hilfe angewiesen sind. Jesus

Der Autor

Dr. Eberhard Schockenhoff,
Professor für Moraltheologie
an der Universität Freiburg,
stellv. Vorsitzender im
Deutschen Ethikrat

will seine Zuhörer dazu bringen, sich in die Situation des unter die Räuber Gefallenen zu versetzen und sich mit dem zu identifizieren, der ihrer Unterstützung bedarf. Die Adressaten des Gleichnisses sollen sich so als *Subjekt* der Nächstenliebe begreifen lernen und nicht nur auf das *Objekt* der Liebe konzentrieren.

Die unmittelbare Antwort auf die Frage „Wer ist mein Nächster?“ lautet daher: Jeder, der deine Hilfe braucht! Dass es gerade ein Samariter war, also der Angehörige eines den Juden verhassten Volkes, ist eine gezielte Provokation, durch die Jesus jedes Denken in Schubladen erschüttern will, das die Menschen aufgrund ihrer sozialen Stellung in gute und schlechte einteilt.

Ausgerechnet der verachtete Samariter, von dem man es am wenigsten erwartet hätte, handelt richtig, während die offiziellen religiösen Repräsentanten des Landes in ihrer geschäftigen Alltagsroutine für den Ruf der Stunde taub bleiben. Anders als die (richtig oder falsch) handelnden Personen, mit denen sich alle Angesprochenen vergleichen können, wird das Opfer durch keinerlei typisierende Merkmale näher beschrieben. Es bleibt anonym, weil die Not tausend Gesichter hat. Dennoch wird die Reaktion des Samariters in sehr persönlicher Weise geschildert. Er zeigt angesichts des namenlosen Fremden, von dem er außer seiner Not nichts weiß, Mitleid und Erbarmen. Der Wortlaut des Gleichnisses besagt: Der Samariter lässt sich von dem Verwundeten und seiner Not im Innersten berühren und stellt durch seine spontane Reaktion eine Beziehung der Empathie zu dem Notleidenden her. Doch erschöpft sich diese nicht in bloßen Mitleidsgefühlen, sondern wird durch das tatkräftige Handeln des Samariters zur notwendigen praktischen Hilfe, zur echten *Compassion* (Mitleiden).

Ausgerechnet der verachtete Samariter, von dem man es am wenigsten erwartet hätte, handelt richtig, während die offiziellen religiösen Repräsentanten des Landes in ihrer geschäftigen Alltagsroutine für den Ruf der Stunde taub bleiben.

Grenzenlose Nächstenliebe

Alle diese sorgfältig gewählten Erzählzüge der Parabel verweisen darauf, dass die Verpflichtung zur Nächstenliebe in den Augen Jesu ohne Grenze und Einschränkung für jeden (als Subjekt der Liebe) und gegenüber jedem (als Objekt der Liebe) gilt; sie umfasst potentiell alle, die auf unsere Hilfe angewiesen sind. Von der Vordringlichkeit der Liebe gibt es keine Dispens, weder durch die gesellschaftliche Stellung, die einer

innehat, noch aufgrund anderweitiger Verpflichtungen. Sowohl der Priester als auch der Levit, die an dem zusammengeschlagenen Opfer vorbeigingen – gleichlautend heißt es von beiden: „er sah ihn und ging weiter“ (Lukas 10,31f.) – mögen respektable Motive für ihr Nicht-Handeln gehabt haben. Der Priester und der Levit werden keineswegs als besonders abstoßende Figuren beschrieben. Sie repräsentieren nicht den gewissenlosen Amoralisten, sondern den von anderen Aufgaben in Anspruch genommenen Durchschnittsmenschen, der dem Anspruch der Liebe aus vermeintlich guten Gründen ausweicht. Jedem fallen, wenn er mit fremder Not konfrontiert wird, genug Gründe ein, die an sich beabsichtigte Hilfe vorerst aufzuschieben. Jeder kann persönliche oder berufliche Verpflichtungen anführen, die ihn von dem abhalten, worauf es angesichts der Not des Nächsten in den Augen Jesu *jetzt* und *vor allem anderen* ankommt.

Die Pointe seines Gleichnisses zielt nicht nur darauf, dass die Verpflichtung zu einer uneingeschränkten Liebe stärker wiegt als die eigennützige Sorge um sich selbst. Der Liebe kommt im Konfliktfall auch der Vorrang gegenüber allen anderen moralischen Pflichten zu, die einen Menschen in einer gegebenen Situation beanspruchen können.

Jedem fallen, wenn er mit fremder Not konfrontiert wird, genug Gründe ein, die an sich beabsichtigte Hilfe vorerst aufzuschieben.

Der Nächste ist der mir begegnende Mensch

Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter wurde in der Tradition stets als das klassische Zeugnis eines ethischen Universalismus verstanden, der auch kleinste Ausnahmen verbietet.

Diese Auslegung des Liebesgebotes im Gleichnis vom barmherzigen Samariter stellt im ethischen Denken der Menschheit einen Durchbruch dar. Im 20. Jahrhundert wurde zu Recht im Sinne Jesu darauf hingewiesen, dass es nicht um eine allgemeine Menschheits- oder „Allerweltsliebe“ geht, sondern um eine unbequeme Liebe, die jeden einzelnen Nächsten im Blick hat, der mir im konkreten Umgang begegnet.

Das Beharren auf der Konkretheit der Nächstenliebe trifft die Sinnspitze des Gleichnisses, welche dem universellen Anspruch des Gebotes nicht widerspricht. Die Liebe soll nicht nur theoretisch bleiben, sondern zu einem konkreten und praktischen

Jesus will nicht belehren oder in einer moralischen Streitfrage einen großzügigeren Standpunkt vertreten, sondern zum konkreten Handeln auffordern.

Tun der Nächstenliebe anleiten. Das ergibt sich insbesondere aus der Verschiebung der Aussagerichtung, die Lukas von der Frage des Gesetzeslehrers zur Antwort Jesu vornimmt. Erscheint in der Eingangsfrage der Nächste noch als Objekt der Liebe (im Sinne von: „Wen soll ich lieben?“), so gibt ihr Jesus in seiner abschließenden Gegenfrage eine Wendung hin zum Subjekt der Liebe. Die Frage „Wer von den Dreien ist dem unter die Räuber Gefallenen der Nächste geworden?“ zielt nicht auf eine abstrakte Definition oder eine theoretische Festlegung des Nächsten, sondern darauf, dass die Zuhörer sich selbst als die Nächsten derer entdecken lernen, die ihrer Hilfe tatsächlich am meisten bedürfen. Das ist der eigentliche Sinn der Gleichnisrede Jesu: Jesus will nicht belehren oder in einer moralischen Streitfrage einen großzügigeren Standpunkt vertreten, sondern zum konkreten Handeln auffordern. Von seiner Sprachform her ist das Gleichnis vom barmherzigen Samariter daher von der abstrakten Ebene einer universalistischen Ethik zu unterscheiden. Es beschreibt keine abstrakten Regeln oder Prinzipien, sondern zielt auf den Gesinnungswandel der Zuhörer und ihre Bereitschaft zum konkreten Tun der Liebe. Das Gleichnis versteht sich als Beispielerzählung, welche von den Adressaten auf die eigene Lebenssituation übersetzt werden soll.

Die Spannung zwischen dem universalen Prinzip und der konkreten Situation der Nächstenliebe wird greifbar in der Beschreibung des Benediktiners Viktor Warnach: „Der Nächste ist mir jeder, dem zu helfen gerade ich berufen bin, weil ich mit ihm durch die Fügung des Lebens in diese konkrete Situation geraten bin.“¹ Weil gläubige Christen hinter der Fügung ihres Lebens nicht einen Zufall oder ein blindes Geschick sehen, sondern darin den Willen Gottes entdecken, heißt dies zugleich: Als Nächster gilt uns „jeder, den Gott uns auf den Weg stellt, oder vielmehr, dem wir durch Gottes Berufung in der jeweiligen Situation zum Nächsten werden“².

¹ V. Warnach, *Agape. Die Liebe als Grundmotiv der neutestamentlichen Theologie*, Düsseldorf 1951, 255f.

² A.a.O., 100.

Hilfe zur Selbsthilfe und Nächstenliebe

Der Schluss des Gleichnisses verweist auf einen weiteren Aspekt, in dem wir die Bedeutung professioneller Befähigungen und institutioneller Voraussetzungen angesprochen sehen können, die für die dauerhafte Unterstützung notleidender Menschen erforderlich sind. Der Samariter begnügt sich nicht damit, dem Verwundeten akute Nothilfe zu leisten, sondern er sorgt auch für sein dauerhaftes Wohlergehen. Die Fürsorge des Samariters wird durch die drei Verben „verbinden“, „transportieren“

und „beherbergen“ umschrieben. Indem auf diese Weise die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen gewährleistet werden, die eine weitere Unterstützung des Verwundeten sicherstellen sollen, wird zugleich seine Abhängigkeit gegenüber dem Samariter begrenzt. Bei allem Nachdruck, den Jesus auf das persönliche Tun und die konkrete Ausführung des Guten legt, sieht er zugleich die Gefahr, dass der Nächste zum Objekt einer einseitigen Mitleidsbeziehung wird. Deshalb fordert er dazu auf, demjenigen, der unsere Hilfe benötigt, zum Nächsten zu werden und uns so als aktive Subjekte einer Beziehung zu erweisen, in der dem Gegenüber Wertschätzung und Achtung entgegengebracht wird. Nach der Logik des Gleichnisses vom barmherzigen Samariter erfüllt sich der Sinn tätiger Liebe erst darin, dass die Empfänger aus der bloßen Opferrolle befreit werden. Auch für sie gilt, dass sie nicht nur passiv Hilfe empfangen, sondern dazu befähigt werden sollen, sich als Nächste derer zu erweisen, die ihre Hilfe benötigen.

Der Samariter begnügt sich nicht damit, dem Verwundeten akute Nothilfe zu leisten, sondern er sorgt auch für sein dauerhaftes Wohlergehen.

Literatur:

- » Viktor Warnach, Agape. Die Liebe als Grundmotiv der neutestamentlichen Theologie, Düsseldorf 1951

Rezension zu „Hauptsache gesund?“ von Hille Haker

Die Frankfurter Moraltheologin und Sozialethikerin Hille Haker legt unter dem Titel „Hauptsache gesund?“ ein neues Buch vor, in dem sie sich ethischen Problemfeldern annimmt. Ein zentrales Thema ist dabei das der verantworteten Elternschaft.

Haker war in den Jahren 2003 bis 2005 Dozentin für christliche Ethik an der Harvard University. Als Ethikerin in den USA erfuhr sie, dass der Umgang mit Techniken der Fortpflanzungsmedizin und die Nachfrage nach ihren Möglichkeiten fortgeschritten sind.

Während in Deutschland über das Embryonenschutzgesetz und die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) diskutiert wurde, sind die Möglichkeit zu Eizellen- und Samenzellspende im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sowie eine Leihmutterschaft in den USA bereits seit einigen Jahren gegeben.



Hille Haker, *Hauptsache gesund?*
Ethische Fragen zur Pränatal- und
Präimplantationsdiagnostik – zur
aktuellen Debatte, Kösel-Verlag,
München 2011, 272 S., 19,99 Euro
(ISBN-Nr.: 978-3466368716)

Auch in anderen Ländern, wie zum Beispiel Indien und China [133], sind Techniken der Reproduktionsmedizin, etwa im Zusammenhang mit der chinesischen Ein-Kind-Politik, verbreitet. Demgegenüber positioniert sich der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg einschränkender, indem er in Ei- und Samenzellspende im Rahmen einer künstlichen Befruchtung (heterologe Insemination) eine klare Einschränkung der Menschenrechte gesehen hatte. Hakers Buch ist auch aufgrund ihrer Begegnungen und Erfahrungen mit vorgeburt-

Die Autoren

Jonas Pavelka, Dipl.
Theologe, Studienleiter für
medizinische Ethik an der
Katholischen Akademie
Freiburg, und Anselm John,
Dipl. Psychologe.

lichen Diagnoseverfahren während einer Schwangerschaft (PND) und der assistierten Fortpflanzung in den USA entstanden.

Haker legt ihr Hauptaugenmerk auf die Ethik der verantworteten Elternschaft, den Bereich der assistierten Fortpflanzung infolge von ungewollter Kinderlosigkeit und auf die PND, die sich über viele Jahre hinweg zum Standardprogramm der vorgeburtlichen Untersuchungen (auch in Deutschland) entwickelt hat. In ihrer Argumentation blendet sie dabei immer wieder konkrete Entscheidungssituationen Betroffener ein, die im Rahmen einer assistierten Fortpflanzung oder bei Feststellung einer Behinderung nach einer PND Entscheidungen über den Fortgang ihrer Schwangerschaft zu fällen hatten. In diesem Zusammenhang weist sie auf feststellbare Mängel in diesbezüglichen Beratungssituationen hin.

Die von ihr vertretenen grundsätzlichen ethischen Beurteilungsgrundsätze sind der Schutz des Lebens, der Respekt vor der Freiheit des Einzelnen und der Gleichbehandlungsgrundsatz [18–21]. Vor dem Hintergrund eines exemplarischen Erfahrungsberichtes [24–34] stellt sie die Unterschiede zwischen sozialer und biologischer Elternschaft heraus. Sie gelangt zu dem Schluss, dass die Sorge für ein Kind einen primären Sinngehalt von Elternschaft und elterlicher Verantwortung darstellt. Ihre ethische Fragestellung erhält schließlich „eine doppelte Ausrichtung: (...) Wie kann unter den Bedingungen der neuen Technologien Elternschaft als Bestandteil des guten Lebens im Sinne der Freiheit und Verantwortung für diese spezifische Lebensform gelingen? (...) Wie muss Elternschaft als gesellschaftliche Praxis gestaltet werden, um die Rechte und das Wohlergehen aller von ihr betroffenen Personen zu schützen und Eltern zur Erfüllung ihrer Sorgepflichten und Sorgerechte zu befähigen?“ [40]

Der Konflikt zwischen der persönlichen Freiheit in Fragen der Fortpflanzung auf der einen und der Fragwürdigkeit des unbedingten Anspruches auf ein Kind auf der anderen Seite stellt im Fortgang des Buches einen nächsten Bezugspunkt dar. Vor allem aber: Die Fürsorgepflicht der Eltern gegenüber dem Kind konkurriert manchmal mit ihrem Recht auf selbstbestimmtes Handeln. Haker weist darauf hin, dass die Pflicht zur Fürsorge als „illegitime“ Einschränkung der eigenen Autonomie gesehen werden kann. Zum einen kritisiert die Autorin den verengten Blick allein auf die

individuelle Freiheit der Eltern (Mutter) bei der Fortpflanzung, denn „[...] Elternschaft wird damit zumindest bis zur Geburt der ‚privaten‘ Autonomie überantwortet [...]“. [52] Zum anderen moniert sie eine generelle Entwicklung hin zu einer Individualisierung ethischer Fragen überhaupt.

Neben dem Konflikt zwischen Rechten und Pflichten der Eltern bildet die Auseinandersetzung mit der medizinischen Ausweitung der Schwangerschaft, deren Fortschritt Hille Haker durchaus würdigt, einen weiteren Schwerpunkt im Buch. Haker betont, dass sich bereits im Zuge der Ausbreitung der PND ein klarer Wertewandel abzeichnet. Es gibt nach ihrer Einschätzung deutliche Hinweise darauf, dass etwa der gesellschaftliche Druck auf Personen wächst, die keine vorgeburtlichen Diagnosen (wenn sie etwa einem erhöhten Risiko zur Vererbung von Brustkrebs unterliegen) durchführen lassen [110–115]: „Die Paare müssen eine recht hohe Kompetenz mitbringen, wenn sie bei diesem Angebot eine ‚autonome‘ Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Diagnostik treffen wollen.“ [119] Dabei sind große kulturelle Unterschiede festzustellen, die auch in Abhängigkeit zu den jeweiligen Gesundheitssystemen stehen. Diese definieren, was überhaupt als „krank“ bezeichnet wird. [121] Daher fordert die Ethikerin: „Wenn die gesamte Schwangerschaftsvorsorge darauf abgestellt ist, dass die Geburt eines gesunden Kindes den Zielpunkt darstellt, ist die Diagnose einer Behinderung nicht nur ein Schock für die Eltern, sondern eben auch eine ‚Störung des normalen Verlaufs‘ einer Schwangerschaft.“ [125] „Die Alternative zu diesem Automatismus liegt auf der Hand: Wir brauchen ein effektiveres und vor allem auch transparentes System der Fördermöglichkeiten für Kinder und Erwachsene mit Behinderungen (...)“ [126].

Im Dritten Kapitel spricht Haker schließlich auch den unlösbaren Konflikt zwischen stufenweisem und umfassendem Lebensschutz an. Sie beschäftigt sich hier nicht mit der Klärung der Frage nach dem moralischen Status des Embryos, sondern lenkt die Diskussion auf die Frage, wie es um die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen bestellt ist und welche gesellschaftlichen Verbesserungsmöglichkeiten bestehen [141ff.].

An dieser Stelle sei erwähnt, dass das Buch in seinem Stil nicht den Anspruch erhebt, ein wissenschaftlich-akademisches Publikum anzusprechen und dass Bezugnahmen

auf andere Autoren eher eine Ausnahme darstellen. Durch die Unterbrechung des Textes mit Erfahrungsberichten und Beispielen wird der Lesefluss sehr erleichtert, ohne dass das Niveau sinken würde. Die studierte Germanistin und Theologin vermag es, die wissenschaftlichen Erkenntnisse und geläufigen theoretischen Diskussionen durch ihre langjährige Tätigkeit und Forschung auf einem nachvollziehbaren Abstraktionsniveau darzulegen.

Seit den 50er Jahren hat sich nach Hakers Meinung im Verständnis der Gesellschaft die „natürliche Verbindung von Sexualität und Fortpflanzung“ [179] aufgelöst. Sie kritisiert in diesem Zusammenhang die Haltung der Kirche und schlägt vor, stattdessen nach den Sinngehalten sexueller Praktiken sowie dem verantwortlichen Umgang mit Sexualität zu fragen [180–182].

Im Falle von Eltern, die auf natürlichem Weg keine Kinder bekommen können, sind durch die Aufspaltung von Fortpflanzung und Sexualität große Eingriffsmöglichkeiten für die Medizin entstanden. Während es in Deutschland das Embryonenschutzgesetz gibt, das auch wirtschaftliche Interessen unterbinden möchte, hat sich die Kinderwunschbehandlung auf anderen Kontinenten bisweilen zu einer Fortpflanzungsindustrie entwickelt. Bei der künstlichen Befruchtung stehen Samen- und Eizellen von beliebigen Spendern ebenso wie Leihmütter „frei“ zur Verfügung. Damit steht auch die Frage im Raum, ob es für eine Elternschaft ausreicht, dass ein Kind zwar von anderen Menschen gezeugt, aber von den sozialen Eltern in Liebe angenommen und erzogen werden kann. Bezüglich derartiger Fragestellungen verweist Haker auf die Verantwortung von Eltern, die sich für ein Kind auf natürlichem Wege entschieden haben.

Im Rahmen der Beschäftigung mit der PID konzentriert sich die Argumentation von Hille Haker auf die Frage, ob ein Vorbehalt der Eltern gegenüber einem kranken Kind nicht eine Vorverlegung der Diagnostik darstellt und ob Elternschaft unter solch einem Vorbehalt stehen darf bzw. soll. Der Weg von der Möglichkeit medizinischer Kontrolluntersuchungen hin zur faktischen Auswahl nach bestimmten Merkmalen (from chance to choice) ist in der Praxis kurz [213–230]. Haker geht ausführlich auf den Aspekt der elterlichen Autonomie, die verantwortliche Elternschaft, welche der Anerkennung des Kindes bedarf, auf den Sinngehalt von Elternschaft und die Elternschaft als Ethik der Beziehung ein.

Um den unverfügbaren Charakter eines Kindes als etwas, das schon gegeben ist, zu betonen, setzt sie den Beginn der Elternschaft bereits vor der Schwangerschaft an. Das, was nicht kontrollierbar und nicht machbar ist, ist wesentlicher Bestandteil für alle Beziehungen. Für eine wirkliche Fürsorge der Eltern ist die Angewiesenheit des Kindes auf die Eltern wesentliche Voraussetzung. Denn unabhängig vom Status des beginnenden Lebens kann Fürsorge erst dann tatsächlich Fürsorge sein.

Das Buch „Hauptsache gesund?“ vermeidet Polarisierungen und verliert dadurch teilweise an Deutlichkeit. Umgekehrt liegt die Stärke des Buches in seiner Ausgewogenheit und dem ethischen wie theologischen Werben um Verständnis und Toleranz auf beiden Seiten. Letztlich bleibt jedoch strittig, ob es vor diesem Hintergrund als ethische Orientierungshilfe dienen kann.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
vertreten durch
P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229
67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dr. Klaus Klother
E-Mail: klother@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Birgit Meid-Kappner M. A.
Dipl. Theol. Johannes Lorenz

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand.de – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
Postfach 21 06 23
67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0
Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org
Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar