

Stephan Ernst

Am Anfang und Ende des Lebens – Grundfragen medizinischer Ethik

HERDER 
FREIBURG · BASEL · WIEN



2., aktualisierte und erweiterte Auflage 2024

© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2020
Alle Rechte vorbehalten

www.herder.de

Umschlaggestaltung: Verlag Herder

Satz: Barbara Herrmann, Freiburg

Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN Print 978-3-451-39832-2

ISBN E-Book (PDF) 978-3-451-83832-3

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 13 |
| Vorwort zur Zweiten Auflage | 16 |
| Einführung: Aufgabe und Vorgehen einer Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht | 17 |
| 1. Herausforderungen für eine Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht | 18 |
| 2. Selbstverständnis der vorliegenden theologischen Ethik | 22 |
| 3. Vorgehen einer Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht .. | 27 |
| Grundlegung: Verhältnismäßigkeit als Grundprinzip der medizinischen Ethik | 32 |
| 1. Der Ruf nach Ethik in der Medizin | 32 |
| 2. Skepsis gegenüber einheitlichen prinzipienethischen Begründungsansätzen | 36 |
| 3. Die vier medizinethischen Prinzipien | 40 |
| 4. Probleme der vier medizinethischen Prinzipien | 43 |
| 5. Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit | 46 |
| 5.1 Zugang aus der Praxis | 46 |
| 5.2 Ausgangspunkt: Die Ambivalenz menschlichen Handelns .. | 48 |
| 5.3 Präzisierung des Prinzips „Verhältnismäßigkeit“ | 50 |
| 5.4 Situationsgerechtigkeit und Unbeliebigkeit ethischer Entscheidungen | 52 |
| 6. Interpretation der vier medizinethischen Prinzipien vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit her | 54 |
| 6.1 Nicht schaden (Non-maleficence) | 54 |
| 6.2 Wohltun und Fürsorge (beneficence) | 58 |
| 6.3 Respekt vor der Autonomie (autonomy) | 62 |
| 6.4 Gerechtigkeit (justice) | 66 |
| 7. Zum Zusammenhang der vier medizinethischen Prinzipien .. | 72 |

| | |
|---|-----|
| 8. Exkurs: Verhältnismäßigkeit als Prinzip verantwortlicher Entscheidungen am Beispiel der Corona-Krise | 74 |
| 8.1 Das zentrale Dilemma | 74 |
| 8.2 Auf der Suche nach einer angemessenen Bewältigung der Krise | 77 |
| 9. Schuld und Tragik – Krankheit und Schuld | 85 |
| Erster Teil: Ethische Fragen am Ende des Lebens | 92 |
| 1. Strikte Ablehnung der Tötung auf Verlangen | 94 |
| 1.1 Formen der Sterbehilfe und begriffliche Abgrenzungen | 94 |
| 1.2 Rechtliche Regelungen in Deutschland: Grundlagen und Einwände | 96 |
| 1.2.1 Strafrechtliche Bestimmungen | 96 |
| 1.2.2 Standesrechtliche Grundsätze | 98 |
| 1.2.3 Menschenwürde und Lebensschutz als Grundlage | 99 |
| 1.2.4 Anfragen und Einwände | 101 |
| 1.3 Die Position der katholischen Kirche: Argumente und Anfragen | 104 |
| 1.3.1 Theologische Begründung des Tötungsverbots als Grundlage | 104 |
| 1.3.2 Säkulare und theologische Einwände | 108 |
| 2. Bedingte Befürwortung der Tötung auf Verlangen | 112 |
| 2.1 Zwei Fälle als Diskussionsgrundlage | 112 |
| 2.2 Die rechtliche Regelung in den Niederlanden | 114 |
| 2.2.1 Bestimmungen und Ziele | 114 |
| 2.2.2 Gefahr des Dammbruchs? | 116 |
| 2.3 Autonomie und Lebensqualität als Kriterien | 121 |
| 2.3.1 Freiheit und Selbstbestimmung als Grundwerte | 121 |
| 2.3.2 Grenzen der Selbstbestimmung? | 124 |
| 2.4 Nicht-intrinsische, interessensbasierte Begründungen des Tötungsverbots | 127 |
| 2.4.1 Modelle der Begründung | 127 |
| 2.4.2 Bleibendes Unbehagen | 130 |
| 3. Verhältnismäßigkeit wahren: Sterbehilfe und Palliativmedizin | 133 |
| 3.1 Ausnahmen vom Tötungsverbot – Logik der Begründung | 134 |
| 3.2 Konsequenzen für die Beurteilung der Sterbehilfe | 141 |

| | |
|--|-----|
| 3.2.1 Zum Ziel ärztlichen Handelns | 142 |
| 3.2.2 Begründung des Behandlungsverzichts und Behandlungsabbruchs | 144 |
| 3.2.3 Abbruch künstlicher Ernährung | 146 |
| 3.2.4 Begründung der indirekten Sterbehilfe | 149 |
| 3.2.5 Tötung auf Verlangen oder Palliativmedizin? | 151 |
| 3.3 Bleibende Fragen | 155 |
| 4. Zentrale Bedeutung des Patientenwillens | 159 |
| 4.1 Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung | 160 |
| 4.2 Absicherung der Patienten-Autonomie | 164 |
| 4.3 Die Frage der Reichweitenbegrenzung | 167 |
| 4.4 Die Empfehlung umfassender Beratung | 173 |
| 4.4.1 Die Möglichkeit „negativer Selbstbindung“ | 173 |
| 4.4.2 Eingehende medizinische Beratung als Hilfe zur Selbstbestimmung | 175 |
| 4.4.3 Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen | 176 |
| 4.4.4 Weitere Beratung mit Vertrauenspersonen | 178 |
| 4.5 Wenn kein Patientenwille vorliegen kann: Entscheidungen in der Neonatologie | 179 |
| 4.5.1 Rechtlicher Rahmen, Empfehlungen und Leitlinien . | 181 |
| 4.5.2 Ethische Orientierungspunkte | 184 |
| 5. Assistierter Suizid und Sterbefesten | 189 |
| 5.1 Rechtliche Regelung des assistierten Suizids in Deutschland . | 190 |
| 5.2 Gründe für eine ethische Legitimierung der Suizidbeihilfe . | 196 |
| 5.3 Theologisch-ethische Überlegungen | 200 |
| 5.3.1 Das strikte Verbot der Suizidbeihilfe: Wie tragfähig sind die Gründe? | 200 |
| 5.3.2 Die Unterscheidung von Respektieren und Gutheißen | 203 |
| 5.3.3 Die Frage der Verhältnismäßigkeit | 208 |
| 5.3.4 Die Frage erlaubter und unerlaubter Mitwirkung . | 213 |
| 5.3.5 Suizidbeihilfe auch in konfessionellen Einrichtungen? | 218 |
| 5.4 Sterbefesten | 220 |
| 5.4.1 Ist Sterbefesten Suizid? | 221 |
| 5.4.2 Ist die pflegerische Versorgung beim Sterbefesten Mitwirkung am Suizid? | 223 |

| | |
|--|-----|
| 6. Organspende und Hirntod | 224 |
| 6.1 Organspende – Zeichen von Solidarität und Nächstenliebe . | 225 |
| 6.2 Ethische Fragen bei Lebendspende und postmortaler Organspende | 232 |
| 6.3 Ist der Hirntod der Tod des Menschen? | 235 |
| 6.3.1 Rechtliche, standesrechtliche und kirchliche Position | 236 |
| 6.3.2 Ursprung des Hirntod-Kriteriums | 238 |
| 6.3.3 Gegensätzliche Kritik am Hirntod-Kriterium | 240 |
| 6.3.4 Begründung des Ganzhirntods als Tod des Menschen | 242 |
| 6.3.5 Neue Zweifel und Diskussion des Hirntod-Kriteriums | 245 |
| 6.3.6 Konsequenzen | 248 |
| 6.4 Zustimmungs- oder Widerspruchsregelung? | 249 |
| 6.4.1 Zahlen und Entwicklungen | 249 |
| 6.4.2 Die Frage der gesetzlichen Regelung – Deutschland im europäischen Vergleich | 251 |
| 6.4.3 Ethische Diskussion und Begründung | 253 |
| Zweiter Teil: Ethische Fragen am Anfang des Lebens | 258 |
| 1. Der moralische Status des menschlichen Embryos | 260 |
| 1.1 Zwei Vorbemerkungen | 261 |
| 1.2 Erste Frage: Kommt allen Menschen Menschenwürde und Lebensrecht zu? | 263 |
| 1.2.1 Position: Nicht allen Menschen kommt Personsein und Schutzwürdigkeit zu | 263 |
| 1.2.2 Argumente für die Menschenwürde und Schutz- würdigkeit aller Menschen | 266 |
| 1.3 Zweite Frage: Wann liegt ein menschliches Individuum vor? | 270 |
| 1.3.1 Menschsein vom Moment der Befruchtung an | 270 |
| 1.3.2 Menschsein ab der Nidation | 274 |
| 1.3.3 Weitere Zeitpunkte für den Beginn des menschlichen Individuums | 277 |
| 1.3.4 Die Bedeutung epigenetischer Faktoren für die Embryonalentwicklung | 280 |
| 1.4 Fazit: Tutilorismus und Verhältnismäßigkeit | 284 |

| | |
|--|-----|
| Inhalt | 9 |
| 2. Stammzellforschung | 285 |
| 2.1 Stammzellforschung – Stammzelltherapie – Embryonenverbrauch | 286 |
| 2.1.1 Grundlagen und Ziele der Stammzellforschung | 286 |
| 2.1.2 Möglichkeiten der Stammzellgewinnung | 288 |
| 2.2 Positionen zur Forschung mit embryonalen Stammzellen in Deutschland | 291 |
| 2.2.1 Die rechtliche Regelung in Deutschland und die Position der Kirchen | 291 |
| 2.2.2 Argumente für die Forschung auch in Deutschland | 293 |
| 2.2.3 Stichtagslösung und Stichtagsverschiebung | 294 |
| 2.3 Überlegungen zur ethischen Bewertung der Stichtagsregelung | 297 |
| 2.3.1 Stammzellimport als Mitwirkung am Embryonenverbrauch? | 297 |
| 2.3.2 Stichtagsverschiebung – eine Farce? | 301 |
| 2.4 Embryonenschutz und Stammzellforschung | 303 |
| 3. Technisch assistierte Reproduktion | 304 |
| 3.1 Methoden der technisch assistierten Reproduktion | 305 |
| 3.2 Die rechtliche Situation in Deutschland | 308 |
| 3.3 Die Position der Kirchen | 309 |
| 3.4 Theologisch-ethische Diskussion der technisch assistierten Reproduktion | 313 |
| 3.4.1 Anfragen an das lehramtliche Verbot homologer IVF und seine Begründung | 314 |
| 3.4.2 Ethisch relevante Folgeprobleme der künstlichen Befruchtung | 318 |
| 3.5 Embryonenspende und Embryonenadoption | 319 |
| 3.5.1 Gründe für die Embryonenspende | 321 |
| 3.5.2 Rechtliche Fragen | 322 |
| 3.5.3 Theologisch-ethische Diskussionen | 324 |
| 3.5.4 Was dennoch zu bedenken ist | 327 |
| 3.5.5 Fazit | 331 |
| 3.6 Eizellspende und Leihmutterschaft | 332 |
| 3.6.1 Sollte die Eizellspende in Deutschland legalisiert werden? | 333 |
| 3.6.2 Sollte die Leihmutterschaft in Deutschland verboten bleiben? | 336 |
| 3.7 Social Freezing | 339 |

| | |
|--|-----|
| 4. Schwangerschaftsabbruch | 341 |
| 4.1 Ethische und rechtliche Aspekte des Schwangerschafts- abbruchs | 342 |
| 4.1.1 Die Position der katholischen Kirche und ihre Problematik | 343 |
| 4.1.2 Die rechtliche Regelung in Deutschland | 346 |
| 4.1.3 Theologisch-ethische Würdigung der rechtlichen Regelung | 351 |
| 4.1.4 Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts? | 355 |
| 4.2 Schwangerschaftskonfliktberatung in katholischen Einrichtungen | 360 |
| 4.3 Empfängnisverhütung | 365 |
| 4.4 Sterilisierung | 369 |
| 4.5 Die „Pille danach“ | 372 |
| 5. Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik | 375 |
| 5.1 Methoden der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik . . | 376 |
| 5.2 Überlegungen zur ethischen Bewertung der Pränatal- diagnostik | 382 |
| 5.2.1 Chancen der Pränataldiagnostik | 382 |
| 5.2.2 Ethisch herausfordernde Nebenfolgen | 384 |
| 5.2.3 Konsequenzen: Reproduktive Autonomie mithilfe von Beratung | 389 |
| 5.3 Rechtliche Regelung der Pränataldiagnostik: Das Gendiagnostik-Gesetz | 390 |
| 5.4 Ethische Überlegungen zum Nicht-invasiven Pränataltest . | 392 |
| 5.5 Überlegungen zur ethischen Bewertung der Präimplantations- diagnostik | 396 |
| 5.5.1 Befürwortende Argumente | 396 |
| 5.5.2 Ethische Bedenken | 397 |
| 5.6 Zur rechtlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik . | 398 |
| 5.7 Ethische Überlegungen zur rechtlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik | 401 |
| 5.8 Reproduktive Autonomie | 405 |

| | |
|--|-----|
| Inhalt | 11 |
| 6. Genome Editing und genetisches Enhancement | 407 |
| 6.1 Genome Editing – Grundlagen, Methode, Ziele | 408 |
| 6.2 Selbstperfektionierung oder Hybris? | 410 |
| 6.3 Therapeutische Anwendungsmöglichkeiten und ihre ethische Bewertung | 413 |
| 6.3.1 Somatiche Gentherapie | 414 |
| 6.3.2 Keimbahn-Gentherapie | 416 |
| 6.4 Möglichkeiten des Enhancements und ihre ethische Bewertung | 420 |
| 6.4.1 Das Argument: Recht auf Naturwüchsigkeit | 421 |
| 6.4.2 Argumente unter Verweis auf problematische Folgen | 423 |
| 6.4.3 Die Frage nach Zielen und Mitteln | 424 |
| 6.5 Fazit | 426 |
| Schluss: In Ängsten beistehen – Christlicher Glaube im Bereich medizinischen Handelns (Eine Skizze) | 429 |
| 1. Theologisch fragwürdige Antworten | 430 |
| 2. Gottes Zuwendung bezeugen | 433 |
| Anhang | 441 |
| 1. Sachregister | 441 |
| 2. Namensregister | 448 |
| 3. Ausgewählte Literatur | 454 |
| 4. Abbildungsverzeichnis und -nachweis | 456 |

Vorwort

Im Spätsommer 2013 fand in Cadenabbia am Comer See eine von der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. veranstaltete mehrtägige Tagung statt, bei der renommierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Medizin, Zell- und Molekularbiologie, Rechtswissenschaften, Philosophie und Theologie – zum Teil Mitglieder des Deutschen Ethikrats – über zentrale ethische Fragen am Beginn des menschlichen Lebens diskutierten: über Fragen des verantwortlichen Umgangs mit den Möglichkeiten der assistierten Reproduktion, der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, der Stammzellforschung und mit menschlichen Embryonen.¹ Zu einem der Abendvorträge war auch der damalige Präfekt der Glaubenskongregation, Gerhard Ludwig Kardinal Müller, eingeladen, der in seinem Referat die Positionen des Lehramts der katholischen Kirche vortrug und die anwesenden Wissenschaftler darüber belehrte, was in diesen Fragen moralisch erlaubt und unerlaubt und was schwere Sünde sei. Die Diskrepanz zu den durchaus auch von hohem Verantwortungsbewusstsein geleiteten Auffassungen der allermeisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung wurde dabei erschreckend deutlich.

Deutlich wurde damit aber auch, wie notwendig es immer noch ist – obwohl von Seiten der theologischen Ethik bereits eine intensive Auseinandersetzung stattgefunden hat² –, die lehramtliche Morallehre mit der Realität wissenschaftlicher, in diesem Fall medizinischer Forschung und Praxis, aber auch mit philosophischen, theologischen, juristischen und gesellschaftlichen Positionen sowie ganz einfach auch mit dem wirklichen Leben selbst zu konfrontieren und in einen Dialog zu bringen. In

¹ Aus der Tagung (5–8. September 2013) ist folgender Band hervorgegangen, der die dort gehaltenen Referate enthält: *Norbert Arnold* (Hg.), Biowissenschaften und Lebenschutz. Wissenschaft und Kirche im Dialog, Freiburg 2015.

² Neben zahlreichen theologisch-ethischen Einzeluntersuchungen zu den verschiedenen Themen der medizinischen Ethik ist auf folgende Überblickswerke zu verweisen: Lexikon der Bioethik, hg. von W. Korff/L. Beck/P. Mikat, 3 Bände, Gütersloh 1998; *Dietmar Mieth*, Was wollen wir können. Ethik im Zeitalter der Biotechnik, Freiburg 2002; Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs (*Quaestiones disputatae 217*), hg. von K. Hilpert/D. Mieth, Freiburg 2006; *Eberhard Schockenhoff*, Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Freiburg 2009. – Von evangelischer Seite: *Hartmut Kreß*, Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz, Selbstbestimmungsrechte, Rechtspolitik, 3., erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart 2024.

diesem Dialog müsste es darum gehen, das von den christlichen Kirchen vertretene Anliegen eines umfassenden Schutzes des menschlichen Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende in die Realität medizinischen Handelns und Entscheidens herunterzubrechen und dabei die Grenzen des Verantwortlichen neu zu bedenken und kritisch zu diskutieren.

Das vorliegende Buch möchte aus theologisch-ethischer Sicht einen weiteren Beitrag zu einem solchen Dialog und zur Kommunikabilität christlicher Ethik leisten. Es ist als *Einführung in Grundfragen der medizinischen Ethik* aus theologisch-ethischer Sicht gedacht. Diese Einführung richtet sich vor allem an Studierende, an Lehrerinnen und Lehrer der Fächer Religion, Philosophie oder Ethik, an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Erwachsenenbildung, an hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der pastoralen Praxis und Seelsorge, aber auch an Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger und an alle, die an medizinisch-ethischen Fragen interessiert sind.

Eine solche Einführung muss naturgemäß in vieler Hinsicht Stückwerk bleiben. Weder können alle ethisch relevanten Themen der Medizin behandelt werden, noch lassen sich die einzelnen Themen umfassend bearbeiten. Die vorliegende Einführung konzentriert sich lediglich auf zentrale Fragen am Anfang und am Ende des menschlichen Lebens, und auch diese werden nur in einigen wichtigen Aspekten beleuchtet. Auch konnten die zahllosen Argumente pro und contra bei einzelnen Themen nicht vollständig erfasst, sondern nur in Auswahl angeführt werden.

Es geht aber auch weniger um Vollständigkeit. Der eigentliche Beitrag zur Kommunikabilität und zum Dialog besteht eher darin auszuloten, welche Bedeutung das ethische Grundprinzip der *Verhältnismäßigkeit* der Handlung für die Frage nach einem verantwortlichen Umgang mit den Möglichkeiten der Medizin haben kann, das Prinzip also, nach dem es in verantwortlichen Entscheidungen darum geht, *langfristig und im Ganzen gesehen Unverhältnismäßigkeit des Handelns* zu vermeiden. Es handelt sich um ein Prinzip, das ärztliches und pflegerisches Handeln, aber auch – wie sich angesichts der Corona-Krise zeigt – politische Entscheidungen im Blick auf Fragen von Gesundheit und Medizin immer schon leitet. Es ist ebenso im juristischen Bereich als „Übermaßverbot“ beheimatet und findet sich schließlich auch in Texten des Lehramts der katholischen Kirche. Damit soll ein Prinzip an die Hand gegeben und seine Anwendung exemplarisch verdeutlicht werden, das sich dann eigenständig auf weitere ethische Entscheidungsfragen generell, aber eben auch im Bereich der Medizin anwenden lässt. Der Ansatz bei diesem

Prinzip verdankt sich in vielem der inspirierenden Theologie und Ethik meines akademischen Lehrers Peter Knauer SJ.

Dem Verlag Herder und seinem Lektor Herrn Clemens Carl danke ich für die entgegenkommende, ermunternde und konstruktive Betreuung bei der Entstehung des Manuskripts und der Drucklegung, meinem wissenschaftlichen Mitarbeiter, Herrn Hendrik Weingärtner, für zahlreiche Recherchen und die Mitarbeit an der Entstehung des Textes.

Stephan Ernst

Vorwort zur Zweiten Auflage

Die vorliegende Neuauflage des Buchs „Am Anfang und Ende des Lebens“, einer Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht, bietet die Möglichkeit, aktualisierend auf neuere Entwicklungen seit 2019 einzugehen. Dies betrifft nicht nur die Einbeziehung neuer Gesetzentwürfe (z. B. zum assistierten Suizid) bzw. Gesetzestexte (etwa zur Patientenverfügung), Bestimmungen der BÄK, neuer Texte des Deutschen Ethikrats und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, neuer kirchlicher und lehramtlicher Verlautbarungen sowie neuerer Literatur zu den einzelnen im Buch angesprochenen Themen. Die Aktualisierung des Buchs schlägt sich vielmehr auch darin nieder, dass neue Themen aufgenommen wurden: die Diskussion, ob in konfessionellen Einrichtungen assistierter Suizid angeboten werden könnte; das Vorhaben, den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafrechts zu regeln; die Frage der Legalisierung der Eizellspende und der Leihmutterenschaft; eine rückblickende Ergänzung zur Corona-Pandemie; aber auch das Thema Geschlechtsumwandlung hat in einem Exkurs Aufnahme gefunden. In einem Schlusskapitel werden schließlich auch – wie es in einer theologisch-ethischen Medizinethik zu erwarten ist – spirituelle Aspekte im Umgang mit Leid, Krankheit, Sterben, Behinderung, insgesamt also mit der Erfahrung der Verletzbarkeit und Endlichkeit des Menschen, angesprochen. Hinzugekommen ist auch ein thematisches Literaturverzeichnis, das zu einzelnen Themen jeweils einige repräsentative und für das Eigenstudium weiterführende Titel nennt.

Ich danke dem Herder-Verlag für die Möglichkeit dieser zweiten, erweiterten und aktualisierten Auflage und seinem Lektor, Herrn Clemens Carl, für die hilfreiche Begleitung. Ebenso habe ich auch diesmal Herrn Hendrik Weingärtner für zahlreiche wichtige Recherchen und Gespräche zu danken.

Würzburg, 14. Juni 2024

Stephan Ernst

Einführung

Aufgabe und Vorgehen einer Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht

Ethische Grundfragen der Medizin gehören zu den zentralen Themen der theologischen Ethik bzw. der Moraltheologie. In der Ausbildung von Theologinnen und Theologen, Religionslehrerinnen und Religionslehrern spielen sie ebenso eine Rolle wie im Religions- und Ethikunterricht und in der theologischen Erwachsenenbildung. In klinischen Ethik-Komitees, die inzwischen in praktisch allen Krankenhäusern eingerichtet wurden, wird in der Regel immer auch der Rat von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, Theologinnen und Theologen eingeholt.¹ Im Deutschen Ethikrat, der regelmäßig ethische Fragen der Biomedizin behandelt, gehören zu den Mitgliedern stets auch Vertreter der Kirchen und der Theologie. Offensichtlich wird im Bereich der medizinischen Ethik der Theologie und den Kirchen immer noch eine Kompetenz im Blick auf ethische Wertorientierung und verantwortliches Handeln zugewiesen.

Inhaltlich bilden dabei in der theologischen Ethik die Fragen nach einem verantwortlichen Umgang mit den Möglichkeiten der Medizin am Anfang und am Ende des menschlichen Lebens einen gewissen Schwerpunkt. Wichtige Themen am Beginn des menschlichen Lebens sind die künstliche Befruchtung, die Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, der Schwangerschaftsabbruch, die Embryonenforschung, mögliche Eingriffe in das Erbgut des Menschen sowie als Voraussetzung die Frage nach dem Beginn der Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos. Zentrale Themen am Ende des Lebens sind vor allem die Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Sterbens durch die verschiedenen Formen der Sterbehilfe, den assistierten Suizid, die Festlegungen einer Patientenverfügung und die Palliativmedizin sowie die Frage der Organspende. Angesichts dieser Themen stellt sich die Frage: Wo liegen die Chancen der modernen Medizin und Biotechnologie? Wo liegen aber auch die Grenzen des ethisch Vertretbaren? Dürfen wir alles, was wir können?

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit kann es im folgenden Text an vielen Stellen immer wieder vorkommen, dass verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet wird. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen Personen jedes Geschlechts (m/w/d); alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen.

1. Herausforderungen für eine Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht

1.1 Zu all diesen Fragen bemüht sich die theologische Ethik, begründete Stellungnahmen, Bewertungen und Kriterien für die Entscheidungsfindung zu erarbeiten. Sie tut dies einerseits vor dem Hintergrund des christlichen Glaubens und – im Fall der katholischen theologischen Ethik – der entsprechenden Tradition lehramtlicher Moralverkündigung. Andererseits aber steht die theologische Ethik, wenn sie sich in den politischen und gesellschaftlichen Diskurs über medizinethische Themen einbringen will, im Dialog und in der Auseinandersetzung mit der philosophischen und der explizit medizinischen Ethik als einer von Medizinern selbst entwickelten Form der Ethik. Dies beinhaltet einerseits die Chance, zwischen christlichen Wertvorstellungen und der gegenwärtigen pluralen Gesellschaft vermitteln zu können. Andererseits sind mit dieser Vermittlerrolle nicht unerhebliche Spannungen verbunden, die von der theologischen Ethik einen enormen Spagat verlangen.

Zum einen nämlich gibt es zahlreiche dezidierte und strikte Vorgaben des Lehramts zu allen angesprochenen Themen der Medizin und Biotechnologie. Als durchgängiges Anliegen lässt sich dabei *der unbedingte und uneingeschränkte Schutz des menschlichen Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende* erkennen. Menschliches Leben soll in allen seinen Phasen – von der Zygote, dem frühen Embryo und dem Fötus an bis hin zum Ende des Lebens, auch bei schwerer Krankheit, Demenz und Koma sowie in der Sterbephase – uneingeschränkt als wertvoll und schützenswert verstanden und geachtet werden.² Gerade in den Phasen, in denen

² Vgl. etwa: Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion *Dignitas personae* über einige Fragen der Bioethik (8. September 2008), Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 183, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 2008, Nr. 1: „Jedem Menschen ist von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod die Würde einer Person zuzuerkennen. Dieses Grundprinzip, das *ein großes Ja' zum menschlichen Leben* ausdrückt, muss im Mittelpunkt des ethischen Nachdenkens über die biomedizinische Forschung stehen, die in der Welt von heute eine immer größere Bedeutung gewinnt.“ – Vgl. auch: *Gott ist ein Freund des Lebens*. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der DBK in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der ACK, Trier 1990, 62: „Der aus der Würde sich herleitende Schutz des Menschen muss für alle Menschen in gleicher Weise und vom Anfang an gelten. Er darf nicht von Entwicklungsphasen oder angeblichen ‚Graden des Menschseins‘ abhängig gemacht werden, weil diesen damit die Bedeutung von Selektionskriterien zukäme. Menschliches Leben ist in seiner Würde nur dann geschützt und gesichert, wenn grundsätzlich jede Möglichkeit verfügender Manipulation ausgeschlossen ist.“

menschliches Leben am schwächsten und verletzlichsten ist, soll seine unbedingte Würde und Unverfügbarkeit für den Menschen zur Geltung gebracht und gewahrt werden. Diesem Anliegen entsprechend werden eine Reihe von medizinischen und biotechnischen Möglichkeiten als Verstoß gegen diese Unverfügbarkeit benannt und mit prinzipiellen, also ausnahmslosen Verboten belegt. Beispiele dafür sind etwa das Verbot der künstlichen Befruchtung³, das Verbot der verbrauchenden Embryonienforschung⁴, das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs⁵ sowie das Verbot der aktiven Sterbehilfe bzw. der Tötung auf Verlangen⁶ und des assistierten Suizids⁷.

Zum anderen aber sieht sich diese Position, so wichtig und berechtigt das Anliegen eines möglichst umfassenden Schutzes des menschlichen Lebens und seiner Unverfügbarkeit ist, im gegenwärtigen gesellschaftlich-politischen, philosophischen und medizinischen Diskurs massiven Anfragen und Vorwürfen gegenüber.

1.2 Ein erstes Problem besteht darin, dass die prinzipiellen Verbote des Lehramts – *inhaltlich* gesehen – vielen als rigoristisch erscheinen, weil sie es nicht erlauben, in konkreten ethischen Konflikten und Dilemmata situationsbezogen und abwägend entscheiden zu können. Es scheint nicht möglich zu sein, die Komplexität der verschiedenen konkreten Situationen ernst zu nehmen und den Menschen in ihren individuellen Lebenslagen gerecht zu werden. So wird etwa eingewendet, dass die prinzipielle Ablehnung der Tötung auf Verlangen und auch des assistierten Suizids dazu führen kann, dass Menschen ihren dringenden Wunsch, sterben zu dürfen, nicht realisieren können, dass sie vielmehr gegen ihren

³ Vgl. Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung *Donum vitae* (10. März 1987), Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 74, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1987, 20–30.

⁴ Vgl. Instruktion *Donum vitae*, 16–18.

⁵ Vgl. Johannes Paul II., Enzyklika *Evangelium vitae* (25. März 1995), Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 120, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1995, Nr. 58–78; Katechismus der Katholischen Kirche, Nr. 2270–2275.

⁶ Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie *Iura et bona* (20. Mai 1980), Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 20, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1980, 8f; Enzyklika *Evangelium vitae*, Nr. 64–67; Katechismus der Katholischen Kirche, Nr. 2276–2279.

⁷ Vgl. Enzyklika *Evangelium vitae*, Nr. 66; ebenso: Kongregation für die Glaubenslehre, Schreiben *Samaritanus bonus* über die Sorge an Personen in kritischen Phasen und in der Endphase des Lebens (14. Juli 2020), Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 228, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 2020, 30–38.

eigenen Willen zum Weiterleben und zum Leiden gezwungen werden. Dies wird als Verstoß gegen die Autonomie und Selbstbestimmung und damit gegen die Würde des Menschen gesehen (► I, 2.3.1)⁸. Ebenso ist das strikte Verbot praktisch jeder Form der künstlichen Befruchtung – auch innerhalb der Ehe – für viele nicht nachvollziehbar. Menschen fühlen sich in ihrer reproduktiven Selbstbestimmung und in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung bevormundet (► II, 3.4.1). Ähnliches gilt für die Maßgabe, dass bereits die Zygote und der frühe Embryo ebenso unbedingt zu schützen seien wie das Leben eines neugeborenen oder erwachsenen Menschen. Die sich daraus ergebende Konsequenz, dass nicht nur der Schwangerschaftsabbruch auch in vielen schweren individuellen Konfliktfällen abgelehnt wird, sondern dass auch die „Pille danach“ – selbst nach einer Vergewaltigung – als verboten angesehen wird, stößt vielfach auf Unverständnis. Demgegenüber wird im gesellschaftlichen und philosophischen Diskurs eher von einer gestuften Schutzwürdigkeit des sich entwickelnden Embryos bzw. Fötus ausgegangen, was dann auch in der ethischen Bewertung der Präimplantationsdiagnostik und der Embryonenforschung einen größeren Spielraum zulässt (► II, 1.2.1; 1.3.2 und 1.3.3).

1.3 Über diese inhaltlichen Anfragen an die lehramtliche Moralverkündigung hinaus besteht ein weiteres Problem darin, dass auch die *Argumente*, die das Lehramt für seine Positionen anführt, im allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs über medizinethische Fragen kaum Akzeptanz finden, weil sie von Grundannahmen ausgehen, die für säkulare Vernunft nicht nachvollziehbar sind (► I, 1.3.2). So lässt sich die Begründung der „Heiligkeit des menschlichen Lebens“⁹ durch Verweis auf die Gottebenbildlichkeit des Menschen sowie die Begründung der umfassenden Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens mit dem Argument, dass „allein Gott Herr über das menschliche Leben“¹⁰ sei, nur unter der Voraussetzung der Existenz Gottes nachvollziehen. Dies ist aber eine Voraussetzung, die in einer pluralen Gesellschaft nicht durchgängig geteilt wird und auch nicht rational aufgewiesen werden kann. Aber auch unter der

⁸ Im Text finden sich immer wieder solche Verweise auf andere Abschnitte innerhalb des Buchs. Dabei bezieht sich die römische I auf den Ersten Teil: Ethische Fragen am Ende des Lebens, und die römische II auf den Zweiten Teil: Ethische Fragen am Anfang des Lebens. Darüber hinaus gibt es Verweise auf die Einführung und die Grundlegung.

⁹ Vgl. Instruktion *Donum vitae*, Nr. 5; Katechismus der Katholischen Kirche, Nr. 2258.

¹⁰ Vgl. ebd.

Annahme der Existenz Gottes, ja sogar unter der Annahme des christlichen Glaubens, stellt sich die Frage, wie sich die Aussage, dass allein Gott Herr über das menschliche Leben ist und nicht der Mensch, begründen lässt. Ist Gott nicht Herr über *alle* Dinge und über *alles*, was geschieht, Gutes wie Schlechtes? Wie aber lässt sich dann etwas Normatives und Verpflichtendes daraus ableiten? Und: Hat Gott dem Menschen nicht nur das Leben, sondern auch seine Vernunft, Freiheit und Verantwortung gegeben? Warum sollte dann das Leben eines Menschen seiner eigenen Verantwortung und Selbstbestimmung entzogen sein? Auch Argumente, dass bestimmte Eingriffe in die Natur – etwa in die Genstruktur von Lebewesen – eine „hybride Anmaßung“ seien, dass der Mensch hier „Gott spielen“ wolle oder „unzufrieden mit Gottes Schöpfung“ sei (► II, 6.2), lassen sich kaum belasten. Drückt sich in der Natur wirklich ein verpflichtender Wille und Plan des Schöpfers aus:¹¹ Gibt es in der Natur nicht Gutes und auch Schlechtes?

1.4 Eine weitere Anfrage betrifft das gerade auch im medizinethischen Bereich – etwa im Blick auf schwierige Fragen im Rahmen der Geburtshilfe – vom Lehramt verschiedentlich angewendete „Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung“ (► Grundlegung, 6.1.1). Nach diesem Prinzip galt und gilt es etwa im Fall, dass bei der Geburt das Leben der Mutter durch den Fötus bedroht ist, als unerlaubt, das Kind zu töten, um die Mutter zu retten. Andererseits galt und gilt es als erlaubt, eine Totaloperation zur Entfernung eines Gebärmutterkrebses auch bei bestehender Schwangerschaft durchzuführen und dabei den Tod des Kindes zu verursachen. Als Grund wurde angegeben, dass man im ersten Fall das Kind *direkt* tötet, was aber nicht erlaubt sei, während bei der Entfernung der Gebärmutter direkt der lebensbedrohliche Krebs beseitigt, der Tod des Fötus aber nur *indirekt* in Kauf genommen werde. Man dürfe nicht etwas Schlechtes tun, um dadurch Gutes zu erreichen. Der gute Zweck – so besagt ein in der Tradition der katholischen Moraltheologie gut beheimatetes Prinzip – heilige nicht das schlechte Mittel. Diese Begründungsform ist freilich heute für viele nur schwer nachvollziehbar und auch innerhalb der theologischen Ethik fragwürdig geworden. Kann es wirklich verantwortlich sein, lieber den Tod von zwei oder mehr Menschen in Kauf zu nehmen, als einen zu retten? Was heißt „direkt“ und „indirekt“ genau?

¹¹ Zur theologischen Auseinandersetzung mit der argumentativen Berufung auf den Plan Gottes vgl. *Christoph Böttigheimer/Alexis Fritz (Hg.), Ein sinnvoller Plan Gottes? Von der Teleologie des göttlichen Willens* (QD 330), Freiburg 2023.

Angesichts solcher Anfragen sieht sich die theologische Ethik vor der Aufgabe, wie sie sich so verhalten kann, dass sie einerseits nicht faktisch die Akzeptanz und Relevanz im allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs über medizin- und bioethische Fragen verliert, andererseits aber auch nicht das Grundanliegen christlicher Ethik, nämlich einen möglichst umfassenden Schutz menschlichen Lebens, aufgibt.

2. Selbstverständnis der vorliegenden theologischen Ethik

2.1 Die vorliegende Medizinethik aus theologischer Sicht sieht in dieser Situation ihre Aufgabe nicht darin, lediglich die lehramtlichen normativen Vorgaben zu erläutern und noch weiter argumentativ zu untermauern. Gerade um der *Kommunikabilität* christlicher Ethik innerhalb unserer pluralen und säkularen Gesellschaft willen sieht sie ihre Aufgabe vielmehr darin, ausgehend von den Anliegen und Aussagen des Lehramts sowie ihren Begründungen diese mit den Anfragen und Einwänden säkularer Wissenschaft und Erfahrung zu konfrontieren und ihnen auszusetzen. Es geht darum, die zentralen Argumente aller Positionen im interdisziplinären Dialog mit der Medizin, mit den Humanwissenschaften und der Philosophie auf ihre Tragfähigkeit hin zu prüfen, um auf diese Weise differenzierte Stellungnahmen mit belastbaren Gründen zu erarbeiten. Dabei soll vor allem auch nicht dem – sicher auch kritisch zu führenden – Dialog mit ethischen Ansätzen ausgewichen werden, die mit möglichst wenigen weltanschaulichen Grundannahmen oder metaphysischen Voraussetzungen auskommen, etwa einer utilitaristischen Ethik (Peter Singer/Dieter Birnbacher) oder einer rein interessensbasierten Ethik (Norbert Hoerster), die aber dafür äußerst belastbare Argumente liefern. Nur so lässt sich – abgesehen vom Verlust der Akzeptanz und Relevanz – die Gefahr einer *Immunisierung* der moralischen Aussagen des Lehramts gegen säkulare Einwände und damit letztlich eine *Ideologisierung* vermeiden, die gerade *nicht im Interesse der Kirche* und des Anspruchs ihrer Moralverkündigung auf *Wahrheit* sein kann.

Dieser Aufgabenstellung liegt ein Selbstverständnis der theologischen Ethik zugrunde, nach dem sich verantwortliche Entscheidungen und ethische Normaussagen nicht unmittelbar aus der Offenbarung und dem Glauben oder aus dem Willen Gottes ableiten und begründen lassen, sondern mit Hilfe der menschlichen *Vernunft* und aufgrund von *Erfahrung* im menschlichen Zusammenleben und im Umgang mit der Welt zu ermitteln und in ihrer Gültigkeit aufzuweisen sind.

2.2 Die Grundlage für diese Konzeption der theologischen Ethik bildet der Offenbarungsbegriff, wie er durch das Zweite Vatikanische Konzil in der Dogmatischen Konstitution über die göttliche Offenbarung *Dei Verbum*, Nr. 2 formuliert worden ist:

„Gott hat in seiner Güte und Weisheit beschlossen, sich selbst zu offenbaren und das Geheimnis seines Willens kundzutun (vgl. Eph 1,9): dass die Menschen durch Christus, das fleischgewordene Wort, im Heiligen Geist Zugang zum Vater haben und teilhaftig werden der göttlichen Natur (vgl. Eph 2,18; 2 Petr 1,4). In dieser Offenbarung redet der unsichtbare Gott (vgl. Kol 1,15; 1 Tim 1,17) aus überströmender Liebe die Menschen an wie Freunde (vgl. Ex 33,11; Joh 15,14–15) und verkehrt mit ihnen (vgl. Bar 3,38), um sie in seine Gemeinschaft einzuladen und aufzunehmen.“

Offenbarung wird danach nicht mehr – wie in einem *instruktionstheoretischen* Offenbarungsmodell – im Sinne der Mitteilung von Satzwahrheiten durch Gott verstanden, die dann im Glauben für wahr zu halten sind, sondern – im Sinne eines *kommunikationstheoretischen* Offenbarungsmodells – als *Selbstmtteilung Gottes*.¹² Offenbarung besteht nach diesem Verständnis darin, dass Gott dem Menschen nicht einzelne Lehraussagen mitteilt, die dieser dann für wahr zu halten hat, sondern darin, dass Gott sich selbst für den Menschen öffnet und ihm lebendige Gemeinschaft mit sich schenkt: Die Welt und die Menschen sind hineingenommen in die innertrinitarische Liebe zwischen Vater und Sohn, die der Heilige Geist ist. Gott ist den Menschen mit derselben Unbedingtheit und Verlässlichkeit zugewandt, mit der er seinen eigenen Sohn liebt. Glauben bedeutet entsprechend, im eigenen Leben von der Gewissheit dieser unbedingten Zuwendung Gottes auszugehen.¹³

2.3 Auf der Basis dieses Offenbarungsverständnisses aber lassen sich dann konkrete ethische Entscheidungen und Normaussagen nicht mehr als direkter Gegenstand göttlicher Offenbarung verstehen. Die eigentliche Bedeutung der christlichen Offenbarung und des Glaubens für das ethische Handeln kann in dieser Sicht nicht darin bestehen, zusätzliche, zur säkularen Moral hinzukommende ethische Normen mitzuteilen und in ihrer Gültigkeit zu begründen. Sie kann auch nicht darin bestehen, den

¹² Vgl. dazu: Max Seckler, Der Begriff der Offenbarung, in: Handbuch der Fundamentaltheologie, hg. von W. Kern/J. Pottmeyer/M. Seckler, Bd. 2: Traktat Offenbarung, Tübingen/Basel²2000, 45–48.

¹³ Vgl. zu diesen Formulierungen die Zusammenfassung des gesamten Glaubensinhalts in: Peter Knauer, Der Glaube kommt vom Hören. Ökumenische Fundamentaltheologie, Norderstedt⁷2015, 19.

Verpflichtungsgrad ethischer Normen – etwa durch Verweis auf die Autorität Gottes oder die Androhung besonderer (Höllen-)Strafen – zu steigern. Die Bedeutung des Glaubens, verstanden als existentielles Vertrauen auf Gottes unbedingte Zuwendung, entfaltet sich vielmehr im Blick auf die Frage, wie man das, was man bereits als richtig und verantwortlich erkannt hat, auch wollen und in die Tat umsetzen kann. Der christliche Glaube hat seine Relevanz darin, zum tatsächlichen ethischen Wollen und Handeln zu *motivieren* und zu *befreien*.

Seine zum ethischen Handeln *motivierende* Funktion erfüllt der christliche Glaube dadurch, dass er das menschliche Handeln in einen neuen und umfassenderen Sinnhorizont einfügt, der sich im Bekenntnis zur Schöpfung, Erlösung und Vollendung der Welt durch Gott ausspricht. Aus dem Glauben an Gottes Schöpfung, an seine Erlösung und an die Vollendung der Welt durch Gott wird der Glaubende dazu bewegt, sich – als Mitarbeiter mit dem Wirken Gottes – für diese Welt und die Menschen einzusetzen.¹⁴ Die *befreiende* Bedeutung für das ethische Handeln besteht dagegen darin, dass der Glaube die grundlegende Existenzangst des Menschen entmachten kann, die aus seiner Endlichkeit und Verletzbarkeit resultiert und die ihn immer wieder unausweichlich dazu bringt, sich allein um sich selbst zu sorgen und sich abzusichern und dies auch um den Preis, unverantwortlich und unmenschlich zu handeln. In der Gewissheit des Glaubens nämlich, von Gott unbedingt angenommen zu sein, muss die Existenzangst nicht mehr handlungsbestimmend sein.¹⁵ Es muss dem Menschen nicht mehr in allem um sich selbst, um seine Interessen und seine Machtansprüche, gehen. Es wird vielmehr möglich, von sich selbst abzusehen und sich dem Mitmenschen zuzuwenden. Der Glaube befreit aber nicht nur zum Wollen und zum Handeln, sondern ebenso zum Sehen und Erkennen des ethisch Gesollten. Menschen neigen nur allzu leicht dazu, die Not anderer und die eigene Ungerechtigkeit aus Angst, Bequemlichkeit oder eigenen Interessen und Machtansprüchen auszublenden und nicht sehen zu wollen. Auch hier kann der Glaube, indem er die Angst entmachtet, dazu führen, dass man bereit wird, sich der Wirklichkeit im Ganzen und dem Anspruch der eigenen Vernunft zu stellen.

¹⁴ Vgl. dazu: *Alfons Auer*, Glaube, Hoffnung und Liebe. Die Öffnung eines traditionellen moraltheologischen Traktats in die Dimension des Gesellschaftlichen, in: Funktion und Struktur christlicher Gemeinde, hg. von J. Hepp u. a., Würzburg 1971, 91–114; *Ders.*, Autonome Moral und christlicher Glaube, Düsseldorf 1971,³ 1989, 163–184.

¹⁵ Vgl. dazu: *Peter Knauer*, Handlungsnetze. Über das Grundprinzip der Ethik, Frankfurt 2002, 145f.; *Ders.*, Der Glaube kommt vom Hören, 21f.

Das Gemeinte lässt sich an der oft gestellten Frage verdeutlichen, ob es ein spezifisches Profil und einen besonderen ethischen Anspruch christlicher Krankenhäuser gibt. So scheint es, dass ausgehend von der christlichen Überzeugung, dass jedem Menschen als Ebenbild Gottes eine unbedingte und auch in der Krankheit unverlierbare Würde zukommt, in einem christlichen Krankenhaus die *umfassende Sorge* für den Kranken im Blick steht, in der es nicht nur um die Heilung körperlicher Dysfunktionen und die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit geht, sondern auch um eine ganzheitliche Zuwendung zum Kranken in seinen existentiellen Nöten und Leiden, die mit dem Kranksein verbunden sind. Allerdings gilt dieser Anspruch, auch wenn er möglicherweise in der Geschichte durch das Christentum zur Geltung gebracht und realisiert wurde, *grundsätzlich für jedes Krankenhaus*. Das spezifische Profil eines christlichen Krankenhauses ist, genau genommen, nicht der ethische Anspruch als solcher. Er besteht nicht in einzelnen ethischen Standards, die nur hier angelegt werden. Der ethische Anspruch besteht vielmehr auch schon im Vorhinein zum Glauben. Um einzusehen, dass man die Würde des Menschen auch in seiner Krankheit achten und sich ihm zuwenden soll, braucht man noch keinen Glauben. Spezifisch für ein christliches Krankenhaus könnte eher sein, dass das gläubige Vertrauen auf Gottes Zuwendung seine Mitarbeiter:innen dazu bereitmacht, diesem Anspruch und Selbstverständnis auch tatsächlich gerecht werden zu wollen.¹⁶ Für ein christliches Krankenhaus wäre, auf der Basis der befreienden Kraft des Glaubens, die Bereitschaft, sich um dieses ethische Ideal zu bemühen, ein besonderes Kennzeichen, geradezu ein Markenzeichen.

2.4 Die vorliegende Medizinethik geht aber nicht nur davon aus, dass sich ethische Entscheidungen und Normaussagen allein mithilfe der Vernunft und der Erfahrung ermitteln und begründen lassen. Sie geht weiterhin davon aus, dass sich ethische Entscheidungen und Normaussagen nicht einfach – im Sinne des traditionellen Naturrechts – aus *natürlichen Zielausrichtungen* (Teleologien) der Natur ableiten und begründen lassen. Diese Form der Begründung, die in der lehramtlichen Moralverkündigung immer noch eine zentrale Rolle spielt, spätestens aber seit der darauf basierenden Begründung des Verbots aller künstlichen Empfängnisverhütung durch die Enzyklika *Humanae vitae* auch von vielen Katholiken in Frage gestellt wurde¹⁷, sieht sich philosophisch grundlegenden erkennt-

¹⁶ Vgl. dazu: Monika Bobbert, Ethikprofil katholischer Krankenhäuser: christlich motiviert, vernünftig begründet, in der Praxis umgesetzt, in: M. Heimbach-Steins/Th. Schüller/Judith Wolf (Hg.), Katholische Krankenhäuser – herausgeforderte Identität, Paderborn 2017, 247–290. Vgl. ausführlicher auch: Michael Fischer, Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive, Münster 2012.

¹⁷ Vgl. dazu: Paul VI., Enzyklika *Humanae vitae* über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens, lateinisch – deutsch, Nachkonziliare Dokumentation, Bd. 14, Trier 1968, Nr. 11–14. Zur Erläuterung und Kritik an der lehramtlichen Argumen-

nistheoretischen Einwänden gegenüber. Wie nämlich lassen sich solche Zielausrichtungen in der Natur überhaupt wissenschaftlich und allgemein nachvollziehbar eindeutig feststellen? Und selbst wenn sie sich eindeutig feststellen ließen, bleibt die Frage, warum es ethisch verpflichtend sein sollte, in seinem Handeln diesen Zielausrichtungen zu entsprechen. Warum sollte es unverantwortlich sein, von diesen Teleologien abzuweichen, wenn es dafür einen entsprechenden Grund gibt?¹⁸ Werden hier nicht – im Sinne eines *naturalistischen Fehlschlusses* – aus Tatsachenaussagen einfach ohne weitere Begründung ethische Verpflichtungen und Verbote abgeleitet?¹⁹

Ausgehend von diesen Zweifeln hat sich deshalb – spätestens nach dem Zweiten Vatikanischen Konzil – innerhalb der theologischen Ethik zunehmend ein Modell der Begründung ethischer Normen und Entscheidungen durchgesetzt, das von einer *Güter- und Übelabwägung* ausgeht. Was in einer Entscheidungssituation richtig und falsch, verantwortlich oder unverantwortlich ist, lässt sich weder aus der Offenbarung noch aus der Einsicht in den Willen Gottes noch aus der Natur ableiten, sondern ist durch Vergleich und Abwägung der Chancen und Risiken, der Güter und Übel, des Nutzens und Schadens, die sich aus den verschiede-

tation vgl. Stephan Ernst, Die Enzyklika *Humanae vitae* – Rezeption, Weiterentwicklung und Kritik. Zentrale Argumente und die Frage ihrer Tragfähigkeit, in: K. Hilpert/S. Müller (Hg.), *Humanae vitae* – die anstößige Enzyklika. Eine kritische Würdigung, Freiburg 2018, 105–126.

¹⁸ Vgl. dazu paradigmatisch: Dieter Birnbacher, Analytische Einführung in die Ethik, Berlin 2003, 360–381, bes. 374–381 über schwache religiöse Moralbegründung. Vgl. ebenso: Norbert Hoerster, Ethik und Interesse, Stuttgart 2003, 83–90.

¹⁹ Bereits der schottische Aufklärungsphilosoph David Hume schreibt: „In jedem Moralsystem, das mir bisher vorkam, habe ich immer bemerkt, dass der Verfasser eine Zeitlang in der gewöhnlichen Betrachtungsweise vorgeht, das Dasein Gottes feststellt oder Beobachtungen über die menschlichen Dinge vorbringt. Plötzlich werde ich damit überrascht, dass mir anstatt der üblichen Verbindungen von Worten mit ‚ist‘ und ‚ist nicht‘ kein Satz mehr begegnet, in dem nicht ein ‚sollte‘ oder ‚sollte nicht‘ sich finde. Dieser Wechsel vollzieht sich unmerklich; aber er ist von grösster Wichtigkeit. Dies *sollte* oder *sollte nicht* drückt eine neue Beziehung oder Behauptung aus, muss also notwendigerweise beachtet und erklärt werden. Gleichzeitig muss ein Grund angegeben werden für etwas, das sonst ganz unbegreiflich scheint, nämlich dafür, wie diese neue Beziehung zurückgeführt werden kann auf andere, die von ihr ganz verschieden sind.“ – Vgl. David Hume, Ein Traktat über die menschliche Natur, III. Buch, 1. Abschnitt, hg. von H. Brandt, Hamburg 1973, 211. – Im Rahmen der analytischen Ethik des 20. Jahrhunderts wurde dieses „Hume‘sche Gesetz“ von George Edward Moore als „naturalistic fallacy“ bezeichnet. Vgl. George Edward Moore, Principia Ethica, Stuttgart 1970, 74–101.

nen Handlungsmöglichkeiten ergeben, zu ermitteln.²⁰ Durch einen solchen Ansatz konnte die theologische Ethik nicht nur der Situationsbezogenheit und Wandelbarkeit ethischer Wert- und Normvorstellungen besser gerecht werden, sondern sich auch grundsätzlich und vorbehaltlos für die Erkenntnisse der Human- und Naturwissenschaften öffnen und sich so zu einer *integrativen Wissenschaft* bzw. *Integrationswissenschaft*²¹ entwickeln.

3. Vorgehen einer Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht

3.1 Auf der Linie dieser skizzierten Konzeption theologischer Ethik soll in der vorliegenden Medizinethik aus theologisch-ethischer Sicht versucht werden, sich den eingangs genannten medizin- und bioethischen Fragen vom Prinzip der *Verhältnismäßigkeit* her zu nähern.²²

Dazu soll das Prinzip der Verhältnismäßigkeit zunächst (► Grundlegung, 5) als zentrales ethisches Kriterium erläutert und entfaltet werden, mit dessen Hilfe sich ethische Abwägungen durchführen lassen und sich zwischen verantwortlichem und unverantwortlichem, ethisch zulässigem und unzulässigem Handeln unterscheiden lässt. Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit bietet sich dabei aus verschiedenen Gründen an:

- Ein erster, aus der Praxis stammender Grund besteht darin, dass damit eine Regel aufgegriffen wird, die faktisch – bewusst oder unbewusst, ausdrücklich oder unausdrücklich – in Entscheidungen und im Handeln von

²⁰ Vgl. dazu grundlegend und maßgeblich: *Bruno Schüller*, Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moraltheologie, Düsseldorf ³1987; ebenso: *Franz Böckle*, Fundamentalmoral, München ⁶1994; *Johannes Gründel*, Normen im Wandel. Eine Orientierungshilfe für christliches Leben heute, München ²1984.

²¹ Vgl. dazu erstmals: *Werner Schöllgen*, Konkrete Ethik, Düsseldorf 1961, 31–45. – Dann auch: *Heinz Ringeling*, Ethik vor der Sinnfrage. Religiöse Aspekte der Verantwortung, Gütersloh 1980, 113–127. – Vgl. auch: Handbuch der Christlichen Ethik, hg. von A. Hertz/W. Korff/T. Rendtorff/H. Ringeling, Bd. I., Dritter Teil: Christliche Ethik als Integrationswissenschaft, Freiburg ²1978, 389–473. – Vgl. schließlich auch: *Alfons Auer*, Autonome Moral, 44.

²² Einen ersten ausdrücklichen Versuch von theologisch-ethischer Seite, das Prinzip der Verhältnismäßigkeit für die Medizinethik fruchtbar zu machen, bietet: *Matthias Bender*, Verhältnismäßigkeit in der modernen Medizin. Von den außergewöhnlichen Mitteln zur Behandlungsqualität als personaler Abwägung, Würzburg 2016. – Der Begriff der Verhältnismäßigkeit bzw. Unverhältnismäßigkeit und seine Absetzung gegen die Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln wird hier allerdings noch nicht wirklich klar bestimmt.

Ärzt:innen, Pfleger:innen und Angehörigen, wenn sie verantwortlich handeln wollen, immer schon leitend ist.

- Ein zweiter, die Theorie betreffender Grund besteht darin, dass mit dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit eines der vier medizinethischen Prinzipien aufgegriffen wird, die heute innerhalb der Medizinethik selbstverständlich vorausgesetzt werden, nämlich das Nichtschadens-Prinzip. Damit wird von vornherein bei der von Medizinern selbst entwickelten und für sie leitenden Ethik angesetzt. Zugleich bietet das Prinzip der Verhältnismäßigkeit – auch dies wird in der *Grundlegung* zu zeigen sein – einen Ansatzpunkt, von dem her sich auch die übrigen drei medizinethischen Prinzipien – nämlich Respekt gegenüber der Autonomie des Patienten, Fürsorge und Gerechtigkeit – rekonstruieren und verstehen lassen (► *Grundlegung*, 6 und 7). Auch im Blick auf das Verhältnis dieser vier Prinzipien, die in der Praxis immer wieder in Konflikt miteinander geraten oder in Konkurrenz zueinander treten, bietet das Prinzip der Verhältnismäßigkeit Perspektiven, ihr Zusammenspiel und ihre wechselseitige Beziehung klarer zu bestimmen.
- Ein weiterer Grund für den Ansatz beim Prinzip der Verhältnismäßigkeit besteht darin, dass dieses Prinzip in lehramtlichen Texten zur Sterbehilfe selbst auftaucht und im Blick auf die Frage des Behandlungsverzichts und des Behandlungsabbruchs als entscheidendes Kriterium angeführt wird (► I, 3.1.1).²³ Ausgehend von diesem Ansatzpunkt soll das Prinzip allerdings nicht nur als Instrument zur Begründung einzelner Spezialfragen der medizinischen Ethik, sondern als Grundprinzip der Ethik und damit auch der Medizinethik verstanden werden. Im Unterschied zur lehramtlichen Prinzipienethik wird damit von der – auch in der Geschichte der theologischen Ethik gut beheimateten – Möglichkeit einer Güter- und Übelabwägung und der Wahl des geringeren Übels als tragender ethischer Begründungsform ausgegangen. Andererseits lässt sich – auch dies wird in der *Grundlegung* zu zeigen sein – vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit, anders als in einer utilitaristischen Ethik, auch das für die Tradition der katholischen Moraltheologie wichtige Prinzip, dass *der gute Zweck nicht das schlechte Mittel heiligt*, aufrechterhalten und besser verstehen (► *Grundlegung*, 6.1.2). So lassen sich von diesem Prinzip her einerseits lehramtliche Positionen aufbrechen, ohne doch andererseits in einen von Seiten des Lehramts befürchteten Relativismus zu verfallen.

²³ Vgl. Erklärung *Iura et bona*, 11; vgl. auch: Enzyklika *Evangelium vitae*, Nr. 65.