

## Abgeschlossene Fachtagungen

### 'Human Dignity' and 'Sanctity of Life' in Biomedical Ethics

Drittes Deutsch-Israelisches Symposium am 20./21. Mai 1997 in Ramat-Gan

Das Symposium stand im Rahmen eines bilateralen Austausches zur biomedizinischen Ethik zwischen Israel und Deutschland, der im März 1993 mit einem Symposium in Ramat-Gan begonnen und im Februar 1995 durch ein Symposium des Instituts für Wissenschaft und Ethik in Bonn fortgesetzt worden war. Das diesmalige Treffen fand wiederum in Ramat-Gan, Israel, an der Bar-Ilan University statt und wurde durch die Forschungsministerien der beiden Staaten finanziell unterstützt. Die Koordination für die israelische Seite lag bei der Dekanin der Fakultät für Jüdische Studien, Professor J. Dishon, sowie für die deutsche Seite bei Professor Dr. L. Honnefelder und Dr. M. Fuchs vom Institut für Wissenschaft und Ethik.

Während das erste Symposium Fragen in der Breite der biomedizinischen Ethik gewidmet war und das Symposium in Bonn das konkrete Problemfeld der ärztlichen Anwendung der Humangenetik vor allem im Bereich der Pränataldiagnostik thematisierte, sollte in Ramat-Gan diskutiert werden, inwieweit die Begriffe Menschenwürde und Heiligkeit des Lebens (Human Dignity, Sanctity of Life) in den konkreten Problemlösungen der biomedizinischen Ethik eine Rolle spielen und was sie leisten. Die Referenten und Moderatoren kamen aus den Bereichen Medizin, Biologie, Jurisprudenz, Geschichtswissenschaften, Philosophie, Theologie sowie Talmud-Studien.

Am Beginn des Symposiums stand der Versuch einer Bestimmung der Begriffe. Professor A. Kasher, Tel Aviv University, Department of Philosophy, unternahm es, die Bedeutung des Konzepts der Sanctity of Life für die Medizinethik zu umreißen. Er tat dies, indem er den Begriff der Sanctity of Life dem Begriff der Quality of Life gegenüberstellte. Für den Bereich der medizinischen Ethik, der weitgehend durch das praktische Wissen des Arztes und die berufsspezifischen Werte geprägt sei, stelle der Begriff der Quality of Life ein neues Konzept dar. Die Steigerung bzw. die Verbesserung der Lebensqualität sei jedoch kein absolutes Ziel. Kasher führte aus, dass es ihm in seinem ethischen Ansatz darum gehe, auf der Grundlage fundamentaler bürgerlicher Rechte nach fairen Lösungen für Konflikte zu suchen. Für eine solche Ethik stelle das Leben selbst die notwendige Voraussetzung dar. Der Schutz des Lebens sei grundlegender als die Steigerung der Lebensqualität. Der Abwehr von individuellen Gefahren komme daher ein Vorrang gegenüber Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität zu. Erst in ihrem Zusammenwirken ergebe sich aus den Konzepten Quality of Life und Sanctity of Life ein brauchbarer Ansatz zur Beurteilung konkreter Handlungen. Jeder bestimmte Grund bzw. Wille rechtfertige eine medizinische Behandlung nur dann, wenn er mit den Prinzipien Quality of Life und Sanctity of Life nicht kollidiere. Von daher erscheine

die Verbesserung der Sehkraft oder die Verbesserung der Zeitungslektüre-fähigkeit legitim, der Behandlungsabbruch bei einem demen-ten oder apallischen Patienten sei hingegen illegitim, weil er ein Verstoß gegen das Sanctity of Life-Prinzip bedeute und weil er ein Urteil über den inneren Zustand eines Patienten zugrunde lege, das von außen nicht gefällt werden könne. Ohne das Vorliegen eines living will dürfe daher, so Kasher, ein Behandlungsabbruch nicht vorgenommen werden.

Professor Dr. H.-L. Schreiber, Professor für Rechtsphilosophie und Strafrechtswissenschaften und Präsident der Universität Göttingen, gab die einleitenden Hinweise zum Konzept der Menschenwürde. Menschenwürde rangiere an der Spitze des deutschen Grundgesetzes als ein nichtinterpretierter Terminus. Die Verfassung greife sowohl die christliche wie die kantische Tradition auf, wenn sie Menschenwürde als unveräußerlichen absoluten Wert und als Basis der Gleichheit auffasse. Aus den neueren Deutungen stellte er den kommunikationsoziologischen Ansatz von N. Luhmann heraus, nach dem der Menschenwürdebegriff die Bedingung «des Gelingens der Selbstdarstellung eines Menschen als individuelle Persönlichkeit» beschreibe. Inhaltlich würden durch die Menschenwürde, so Schreiber, die elementaren Bedürfnisse des Lebens und das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung garantiert. Er schlug vor, das Konzept der Menschenwürde als Überschrift zu einer Liste konkreter Rechte zu verstehen.



[Die deutsche Delegation in Israel]

Professor Dr. A.G. Wildfeuer von der Katholischen Fachhochschule NRW führte zur Natur und zum Status des menschlichen Embryos aus, dass zwischen Person und human being eine untrennbare Einheit bestehe. Der Schutzanspruch

des menschlichen Lebewesens gründe sich auf seine Natur als moralisches Subjekt. Der Personbegriff sei dabei als eine praktische Zuschreibung aufzufassen. Angesichts der untrennbaren Einheit von Menschsein und Personstatus werde die Frage nach dem Lebensbeginn des Menschen zur Kernfrage.

Professor Dr. L. Honnefelder unterstrich diese Auffassung und machte deutlich, dass diese anthropologische und ethische Position auch für das deutsche Embryonenschutzgesetz und die rechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs leitend geworden sei. Die Verbindung von Person und Menschsein bedeute aber keinen Speziesismus. Der Schutz werde nicht dem Mitglied der Spezies als solchem garantiert, sondern dem moralischen Subjekt. Das Subjektsein komme aber nicht einem Bündel von Eigenschaften zu oder einer Phase von Bewusstseinszuständen, sondern dem menschlichen Lebewesen als einer persistierenden Entität. Diese Position lasse sich als schwacher Essentialismus beschreiben.

Professor Dr. H.-W. Denker vom Institut für Anatomie der Universität Essen nahm Stellung zu den ethischen Problemen, die durch die Generierung humaner embryonaler Stammzellen entstehen könnten. Er berichtete über publizierte Befunde einer Arbeitsgruppe um J.A. Thomson (Biol. Reprod. 55 (1996), 254-259) zu Affenstammzellen, welche zeigten, dass sich spontan Strukturen bilden könnten, die harmonischen ganzen Embryonen mit Primitivstreifen und mit extraembryonalen Membranen verblüffend glichen, vielleicht sogar wirklich solche Embryonen seien. Diese embryonalen Stammzelllinien seien aus frühen Embryonalstadien (Furchungs- oder Blastozystenstadien) gewonnen worden. Denker erläuterte, dass in früheren Diskussionen das Vorhandensein des Primitivstreifens als wesentliches Kriterium für die Individuation betrachtet worden sei. Die Ergebnisse von Thomson et al. ließen vermuten, dass die Totipotenz zumindest unter den experimentellen Bedingungen der In-vitro-Kultur entweder ungewöhnlich lange erhalten bleibe oder nach ursprünglicher partieller Potenzeinschränkung wiedergewonnen werden könne. Besonders interessant sei, dass der Befund bei Primaten ein anderer sei als bei der Maus, bei der Stammzellen schon länger untersucht würden. Es sei damit zu rechnen, dass die Herstellung embryonaler Stammzelllinien auch beim Menschen versucht werde, da sie ein äußerst interessantes Material für Transplantationszwecke bieten könnten. Zugleich belegten aber die Befunde über das Differenzierungspotential bei Affenstammzellen, dass der Status embryonaler Stammzellen ihre Nutzung möglicherweise ethisch problematisch mache.

Dr. D.M. Serr von der Tel Aviv University berichtete über grundlegende Wandlungen in der Fortpflanzungsmedizin der vergangenen Jahrzehnte. Durch die In-vitro-Fertilisation entstünden Embryonen, die nicht auf die Mutter übertragen werden könnten. Das israelische Recht erlaube seit einiger Zeit Ersatzmutterchaft, dies jedoch beseitige das Dilemma keineswegs. Nachdem Embryonen für zwei mal fünf Jahre konserviert worden seien, stelle sich die Alternative des Einsetzens oder des Verwerfens. In der talmudischen Tradition werde der Fetus als Organ der Mutter angesehen; anders aber werde der extrauterine Embryo betrachtet. Es zeigte sich in der Debatte, dass der Rückgriff auf die talmudische Tradition aufgrund der Vielheit von Autoritäten zu einer Pluralität von Standpunkten führt. So erklärte Dr. U. Nir vom Department of

Life Sciences der Bar-Ilan University, das jüdische Gesetz erlaube nicht, am Sabbat Maßnahmen zu ergreifen, um einen Ausfall der zur Konservierung von Embryonen notwendigen Elektrizität zu beheben, und erläuterte dies durch die Vorstellung, dass eine Beseelung des menschlichen Lebewesens erst nach 40 Tagen erfolge. Einschränkend stellte Professor Z.A. Steinfeld vom Department für Talmudstudien der Bar-Ilan University klar, dass die 40-Tage-Regel im Talmud kein Gesetz sei, sondern eher den Stellenwert von «Folklore» habe.

Professor S. Glick von der Ben-Gurion University of the Negev wies in seinem den Themenbereich Sterbehilfe einleitenden Statement darauf hin, dass sich in der veränderten Rechtspraxis in den Niederlanden und in Teilen Australiens ein drastischer Wandel in den sozialen Einstellungen ausdrücke. Glick lehnte diese Ansätze indes ab und führte aus, dass er einen informed consent zum assistierten Suizid und zur Sterbehilfe nicht für möglich halte. Gerade in einer Phase ökonomischer Knappheit müsse man vorsichtig sein, das Verbot der Sterbehilfe zu lockern. Die talmudische Tradition nehme zu diesem Problemkreis Stellung, indem sie die Frage aufwerfe, ob man in einer Phase unerträglichen Leides für den Tod eines Patienten beten dürfe. Ein türkischer Rabbi habe zu dieser Frage die Position bezogen, dass nur diejenigen für den Tod des Patienten beten dürften, die nicht in die Pflege involviert seien.

Auch die anderen Beiträge zur Euthanasie-Problematik von israelischer Seite machten deutlich, dass für die jüdische Tradition die Überzeugung vom intrinsischen Wert des Lebens leitend ist. Hieraus werde, so Dr. M. Halperin vom Schlesinger Institute for Medical-Halachic Research, Jerusalem, das Verbot der Tötung und auch des Suizids abgeleitet, nicht jedoch die Verpflichtung, das Leben eines leidenden Menschen unbeschränkt zu verlängern. Divergenzen allerdings ergeben sich bei der Frage, was als Behandlungsabbruch, was als aktiv und was als passiv, was als direkt oder indirekt zu gelten habe. Eine Minderheit der jüdischen Gelehrten, so führte Professor Z.A. Steinberg aus, deute die Vorstellung von der Heiligkeit des Lebens als Verpflichtung zur Lebensverlängerung ohne Einschränkung. Die Mehrheit der zeitgenössischen rabbinischen Autoritäten indes sehe das Leben zwar als wichtigsten, nicht aber als absoluten Wert.

Professor Meyer S. Feldblum vom Department of Talmud, Bar-Ilan University, und Dr. Noam Zohar vom Department of Philosophy, Bar-Ilan University, machten die Schwierigkeiten deutlich, wie angesichts von Fällen wie der Selbsttötung der Festungsbewohner von Massada oder des Freitodes von König Saul das Verbot des Suizids konsequent gefordert werden könne. Professor Meyer S. Feldblum führte hierzu aus, die Selbsttötung aufgrund von Schmerzen oder schwerem Leid könne vom Verbot des Suizids ausgenommen werden. Dr. N. Zohar schlug vor, die Worte des lebendigen Gottes als lebendige Worte Gottes im Sinne einer Pluralität von Wahrheiten zu deuten: Die göttliche Offenbarung sei in sich multivok, normative Festlegungen müssten daher im Sinne von Sir David Ross als prima facie-Verpflichtungen aufgefasst werden.

Nach Professor Dr. M. Honecker vom Evangelisch-Theologischen Seminar der Universität Bonn ergeben sich Probleme der Auslegung des Tötungsverbotes innerhalb der

Zehn Gebote auch in der christlichen Tradition. Während Augustinus den Suizid als sündiges Handeln verworfen habe, suchten protestantische Theologen der Gegenwart die Motivationslage zu verstehen, die zum Suizid führen könne und sprächen von tragischen Situationen (H.M. Kuitert). Honecker selbst plädierte auf der Grundlage des Konzepts der Menschenwürde für ein Recht zu menschenwürdigem Leben auch in der Sterbephase.

Dr. M. Fuchs untersuchte die Frage, inwiefern der Begriff der Menschenwürde zur Entscheidung der Streitfrage etwas beitragen könne, ob die Selbstbestimmung über die eigene Todesart und den Todeszeitpunkt möglich sein solle und inwiefern sich hieraus eine Erlaubnis oder gar eine Verpflichtung ableiten lasse, Sterbenden zu einer solchen selbstgewählten Todesart zu verhelfen. Er erläuterte dazu die in der ethischen Literatur und auch in der Rechtsprechung geläufigen Unterscheidungen zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe. Während einige aus der Menschenwürde das Recht auf den selbstgewählten Tod ableiteten, folgerten andere ein striktes Verbot aktiver Sterbehilfe unmittelbar aus dem Würdeschutz des Art. 1 GG. Wieder andere bestritten gerade mit Verweis auf die gegensätzliche Verwendung des Begriffs seinen Gehalt und sähen in ihm lediglich eine appellative moralische Formel. Nehme man die Rede vom menschenwürdigen Sterben ernst und beziehe sie auf die Menschenwürde als den Kern des neuzeitlichen Menschenrechtsethos, so könne sich diese nur auf die aus der Würde folgenden Selbstbestimmungsrechte und Schutzansprüche beziehen. Denn ebensowenig, wie die Würde von außen abgesprochen werden könne, könne sie an eine Leistung des Individuums oder an eine bestimmte Todesart gebunden werden. Der sterbende Mensch sei in erhöhtem Maße abhängig von anderen, und er könne sich für Instrumentalisierungen nicht rächen. Hierin liege der wesentliche Grund seiner möglichen Bedrohung. Fuchs plädierte für eine Beibehaltung der unterschiedlichen Bewertung von aktiver und passiver Sterbehilfe und forderte gleichzeitig für die Praxis der indirekten und der passiven Sterbehilfe Transparenz.

Einen besonderen Problemfall bei der Frage der Therapiebegrenzung, so machten die Ausführungen von Professor Dr. H. Prange, Neurologische Universitätsklinik Göttingen, deutlich, stellt der Zustand des kompletten apallischen Syndroms (PVS) dar, der durch schwere Hirnverletzungen hervorgerufen werden kann. PVS ist offensichtlich kein klinisch einheitliches Krankheitsbild, sondern ein Leiden mit unterschiedlichen Ursachen und Rehabilitationschancen. Daher, so betonte Professor Dr. P.-W. Schönle vom Forschungsinstitut für neurologische Rehabilitation in Allensbach, müsse bei den Patienten eine

Diagnose mit größter Sorgfalt erfolgen, um frühzeitig eine angemessene Therapie und Rehabilitation einleiten zu können. Wichtig sei dabei zum einen das äußerlich beobachtbare Verhalten. Erforderlich sei aber zudem, Testverfahren für die verbleibenden mental-kognitiven und psychischen Funktionen und Vermögen zu entwickeln. Ein besonderes Interesse komme dabei dem verbleibenden Sprachvermögen zu.

Dr. D. Lanzerath vom Institut für Wissenschaft und Ethik stellte klar, dass nur der einzelne selbst seine Lebensqualität beurteilen könne. Kaum ein Patient mit einer schweren Hirnschädigung betrachte sein eigenes Leben als «nicht mehr lebenswert». Keinen Zweifel ließ Lanzerath daran, dass der PVS-Patient ohne Einschränkung das Recht zu leben habe. Zugleich habe er aber auch das Recht auf einen natürlichen Tod, mithin zum Verzicht auf weitergehende therapeutische und lebensverlängernde Maßnahmen. Dies freilich sei nicht gleichbedeutend mit dem Recht auf eine aktive Assistenz beim Suizid, denn ein solches Recht sei nicht mit der ärztlichen Teleologie verträglich. Vielmehr bleibe auch bezüglich eines dauerhaft komatösen Patienten die Arzt-Patient-Beziehung die Grundlage jeder therapeutischen Entscheidung. Die Entscheidung müsse den Lebenswillen des Patienten unterstellen. Das Recht auf einen natürlichen Tod könne nur dann zur Grundlage einer adäquaten medizinischen Handlung werden, wenn Äußerungen oder Verhalten des Patienten anzeigten, dass er dieses Recht einfordere und wenn die Handlungen des Arztes durch die Angehörigen oder einen Patientenanwalt unterstützt würden.

Gerade in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende, so kann man als ein vorläufiges Fazit festhalten, betont das Konzept der Heiligkeit des Lebens in vielen seiner Ausdeutungen nicht nur den Schutzanspruch, sondern begründet auch Beschränkungen des Selbstbestimmungsrechts. Zwar zeigt das Beispiel Kants, dass auch aus dem Begriff der Menschenwürde Pflichten gegen sich selbst hergeleitet werden können. In der zeitgenössischen Diskussion aber begegnet diese Begründungsfigur selten. Argumente gegen eine Legitimation der aktiven Sterbehilfe werden eher durch zusätzliche ethische Überlegungen wie die Beurteilung der zu erwartenden Folgen oder die ärztliche Teleologie gewonnen. In der Menschenwürde hingegen finden vor allem Ansprüche des Individuums ihre Grundlage. Für die ethischen Urteilsfindungen am Lebensbeginn ergaben sich Unterschiede nicht so sehr aus der Divergenz der Grundkonzepte Menschenwürde und Heiligkeit des Lebens; vielmehr scheinen die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach dem Status beginnenden menschlichen Lebens auf Diskrepanzen in den naturphilosophischen, anthropologischen und ontologischen Grundannahmen zurückzugehen.