

Beihilfe zum Suizid in der Schweiz

Christoph Rehmann-Sutter u. a. (Hrsg.)
 Peter Lang Verlag, Bern 2006
 376 Seiten, ISBN 978-3-03910-838-1

Die Schweiz, im Herzen Europas gelegen, gilt als Musterland der Demokratie. Gestützt auf ziemlich eindeutig ausfallende Plebiszite verweigert sie sich standhaft dem sog. „Europäischen Gedanken“ zugunsten einer Freiheit von mutuellem wirtschaftlicher Verantwortung und Solidarität gegenüber „Groß-Europa“, beansprucht aber auch einer Freiheit zur Durchsetzung von Ideen, Regelungen und schließlich positivistischen Gesetzen, die europäischen Normen nicht unbedingt entsprechen müssen. Die Abstimmungen bei den Plebisziten sollen gestatten, auch über Inhalte wie Abtreibung, Suizid, Beihilfe dazu, Würde des Menschen am Beginn in jeder Phase des Lebens „wertfrei“ befinden zu können, die „verhandelbar“ gemacht werden, wenn gewisse anthropologische, bioethische und philosophische Grundlagen ausgeklammert werden. Doch bleibt es fraglich, ob ohne diese eine differenzierte und dauerhafte moralische Fundierung von Gesetzen auskommen kann.

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid (BzS) – gemäß Volksentscheid – ein rechtlich definierter Tatbestand, auf den sich jedermann (körperlich gesund oder krank, auch ein zu diesem Zweck angereister Ausländer) berufen kann, der seine Entscheidung zum Suizid eigenverantwortlich (und aus welchen Gründen immer) getroffen hat. Die Beihilfe dazu, die er/sie dabei in Anspruch nimmt, bleibt nach dem Schweizer Strafrecht Art. 115 StGB für die beihilfeleistende Person straflos. Die einzige Einschränkung: Es dürfen keine selbstsüchtigen Beweggründe vorhanden sein.

Daher lassen auch die Herausgeber eines jüngst erschienen Buches (*Beihilfe zum Suizid in der Schweiz*, Hrsg.: C. Rehmann-Sutter, A. Bondolfi, J. Fischer und M. Leuthold, Verlag Peter Lang, 2006) keinen Zweifel darüber aufkommen, dass hier in erster Linie ein rechtliches, dann ein soziales und erst an dritter Stelle ein ethisches Problem vorliegt.

Diese Abstufung zieht sich durch das ganze Buch, welches aus den Beiträgen eines Symposiums im September 2004 entstanden ist, gestützt von der Schweizer Medizinischen Föderation (FMH), der Schweizer Akademie der Wissenschaften (SAMW), den Ethikzentren der Universitäten Zürich und Genf sowie der nationalen Ethikkommission (NEK), die sich letztlich auf 12 Empfehlungen geeinigt und diese im September 2005 verabschiedet haben.

Den Herausgebern geht es demnach um folgende zentralen Gedanken:

Für Ärzte bleibt die BzS zwar straffrei (soweit keine strafbaren Eigeninteressen involviert sind), doch seien Details noch durch ein entsprechendes Bundesgesetz zu regeln, wahrscheinlich um damit etwaige inter-kantonale Inkongruenzen ausscheiden zu können.

Die BzS habe zwar nicht als ärztliche Tätigkeit zu gelten, obliege aber noch immer der persönlichen Gewissensentscheidung des Arztes: Diese(r) muss nämlich die tödlichen Medikamente verschreiben und beschaffen, und zwar in einer für die Selbstapplikation geeigneten Darreichungsform. An einer gewissenbedingten Ablehnung durch einen Arzt soll der Plan nicht scheitern: In diesem Fall soll die Durchführung eben delegiert werden (andere Ärzte, Institutionen etc.). Die Tötung auf Verlangen (direkte Sterbehilfe) bleibt aber nach wie vor strafbar.

Unter den Verfassern finden sich Juristen, Mediziner, Ethiker und Politiker, ferner ein katholischer Theologe und eine Autorin mit nicht eindeutig deklariertem, aber wohl philosophischem Background. Die Beiträge dieser beiden Letztgenannten sollen im Folgenden herausgegriffen und näher kommentiert werden, zumal sie grundlegende – wenn auch konträre – Standpunkte vertreten. Die übrigen Beiträge spiegeln jene persönlichen Sichtweisen wieder, die vom je persönlichen Hintergrund der Autoren bestimmt werden (Statistik, Politik, Juristerei, Krankenhausverwaltung, angestellte Ärzte und Pflegepersonen, Hospizmitarbeiter etc.).

Der katholische Priester und Theologe Roland Graf (aus Unteriberg) nimmt sich aus wie der ein-

same Rufer in der Wüste, wenn er die Position der Kirche (Lehramt, „Evangelium Vitae“, Katechismus der Katholischen Kirche, Pastoral schreiben der Schweizer und Deutschen Bischofskonferenzen) bezüglich der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens zitiert. Daraus sei die prinzipielle Ablehnung der BzS abzuleiten. Hingegen sei aus den Empfehlungen der Nationalen Ethik-Kommission (NEK) der Widerspruch herauszulesen, dass hier eine Aufforderung zur Absage an die ärztliche Fürsorgepflicht formuliert werde (s. u.: Empf. 9). Auch werde vom NEK einer Situationsethik gehuldigt, bei der es nicht mehr um Hilfe beim Sterben, sondern um Hilfe zum Sterben geht. Auch erfolge ein Übergang von der Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen und weiter zur Tötung ohne Verlangen. Diese letztere sei – nach einer holländischen Studie – zwar verboten, aber bereits zu einer erschreckenden Realität geworden. Die Rolle des Arztes als Instanz, die über den Wert eines Lebens befindet, würde eine gefährliche Renaissance erfahren.

Die Basler Philosophiedozentin Dagmar Fenner wendet sich gegen einen „absoluten Objektivismus“ (im Sinne der Unantastbarkeit des Lebens als „Wert an sich“) und tritt für einen „reflektierten und aufgeklärten Subjektivismus“ ein (angelehnt an Fletcher und Birnbacher), welcher – ohne das Selbstbestimmungsrecht einzuschränken – vor übereilten Schritten zu schützen vermag. Sie spricht aber auch neben der „inneren“ eine „äußere“ Würde des Menschen an, welche in seinen interaktiv-diskursiven Fähigkeiten liege. Dazu soll ein *kriteriologischer Objektivismus* helfen, die seiner inneren Würde entsprechenden Werte (Freiheit, Selbstbestimmung) zu erfassen, ohne den „Wert“ seines Lebens selbst beurteilen zu wollen. Es reiche als sozial-ethisches Prinzip nicht aus, in jedem Fall das Leben eines Mitmenschen als höchstes Gut zu betrachten. Wenn – trotz aller Bemühungen – die betroffenen Menschen ihr Leben nicht mehr als „lebenswert“ bzw. „menschenwürdig“ empfänden und einen Suizid wünschten, könne die gebotene Fürsorge durchaus in einer Beihilfe zum Suizid bestehen...

Es ist bezeichnend, dass diese beiden Beiträge, welche sich – wenn auch aus divergierenden Sichtweisen – mit anthropologischen Grundlagen auseinandersetzen, nur 12 bzw. 15 Seiten in diesem über 370 Seiten starken Buch ausmachen. Die anderen Beiträge sind großteils Kommentare zu der bereits als gegeben hingenommenen generellen Akzeptanz der Beihilfe zum Suizid und damit in Kongruenz zu jenen 12 Empfehlungen der Nationalen Ethikkommission (NEK, s. u.). Zwar treten in etwa einem Drittel der 31 Beiträge Ärzte, Personen aus Pflege- und Palliativberufen sowie Patienten selbst dafür ein, alle jene Maßnahmen auszubauen, die bereits für die Prävention des Wunsches nach BzS geeignet sind, wenngleich auch sie – bis auf den katholischen Theologen – keine fundierte Kritik an die Adresse der nationalen Ethiker formulieren. Dies scheint vielmehr den in dem Buch ebenfalls enthaltenen Beiträgen der deutschen und französischen Ärzteschaft vorbehalten zu sein, welche die Entschließungen ihrer Organisationen zitieren und damit der Beihilfe zum Suizid entgegentreten. Die Asymmetrie der Beiträge und die Grundtendenz des Buches kann aber dadurch nicht korrigiert werden.

Der Sukkus des Buches besteht zweifellos in den bereits erwähnten 12 Empfehlungen der Nationalen Ethikkommission der Schweiz von 2005, die sämtlich entweder einstimmig, ohne Gegenstimme oder mindestens mit Zustimmung der Mehrheit verabschiedet wurden. Dabei muss man sich immer vor Augen halten, dass es sich keinesfalls nur um die Suizidwünsche von Schwerstkranken, sondern um die jedes entscheidungsfähigen Bürgers handelt! Diese Empfehlungen lauten (in gekürzter Form) wie folgt:

1. Es besteht ein Spannungsverhältnis zwischen der gebotenen Fürsorge für suizidgefährdete Menschen und dem Respekt vor deren Autonomie.
2. Die Mitwirkung bei der Selbsttötung sollte in ethischer Sicht unterschieden werden von der Tötung auf Verlangen (Anm. des Rez.: Wie lange und wie gut kann diese Abgrenzung wohl gehalten werden?)

3. Die Beihilfe zum Suizid bleibt aus ethischen Gründen straflos, sofern eigennützige Motive fehlen, wie z. B. die Erlangung einer Erbschaft oder die Einsparung von Unterhaltskosten. (Anm. des Rez.: Kann dies Institutionen und private „Sterbevereine“ oder auch private Krankenanstalten nachhaltig an „Sonderregelungen“ hindern á la Niederlande?)

4. Die Entscheidung zur Suizidbeihilfe muss sich an der Person und der individuellen Situation des Suizidwilligen orientieren und darf nicht bloß auf Routine und „Regeln“ basieren. Dennoch sei es unabdingbar, bestimmte Kriterien zu formulieren, wann überhaupt BzS in Betracht kommen könne.

5. Das Strafgesetz stellt de facto die am Suizid beteiligten Personen straffrei: „Diese grundsätzlich liberale Haltung soll nicht in Frage gestellt werden, doch sollten die bestehenden Sterbehilfeorganisationen (Anm. des Rez.: wie Exit und Dignitas) unter staatliche Aufsicht gestellt werden, damit die Fürsorge für suizidwillige Menschen gewährleistet sei“. (Anm. des Rez.: Hier fällt eine frappante Ähnlichkeit zu jenen Beratungsstellen in Abtreibungskliniken auf, wo auf unzulässige Weise eine pro-forma-Beratung – im Effekt eher Zu- als Ab-ratung – durchgeführt wird, um dem Buchstaben des Gesetzes zu entsprechen).

6. Bei psychisch Erkrankten könnte der Suizidwunsch als Symptom ihrer Krankheit geäußert worden sein. In diesen Fällen soll keine Beihilfe zum Suizid gestattet werden.

7. Bezüglich der Suizidwünsche bei Kindern und Jugendlichen war die Abstimmungsmehrheit für eine Formulierung, die ähnlich der Empfehlung 4 lautet (siehe oben: keine Regel, aber individuelle Entscheidung nach genauer Abklärung). Es könne aber bei terminalen Stadien einer Erkrankung dem Wunsch nach BzS auch bei diesen Personen entsprochen werden, zumal diese in freier Entscheidung auch eine Behandlung ablehnen dürften. (Anm. des Rez.: Eine Minderheit der Delegierten des NEK sprach sich dezidiert gegen eine BzS bei Kindern und Jugendlichen aus, was auch in Empfehlung 12 – s. u. – berücksichtigt wurde).

8. Empfehlung für Spitäler und Heime: *Institutionen der Langzeitpflege* sollen einem suizidwilligen Bewohner die Möglichkeit geben, den Akt auch am Ort der Institution selbst durchführen zu können, doch könne das Personal nicht zur Beihilfe gezwungen werden und es sei die „äußerste Diskretion“ zu wahren.

Ein Akutspital solle sich deklarieren, ob es assistierten Suizid zulassen wolle oder nicht. Wenn ja, sollen die bestmöglichen Voraussetzungen dafür gegeben sein (auch hier Diskretion, ohne Aufsehen für andere Patienten). Wenn Spital oder Betreuungsgruppe nicht zur Beihilfe zur Selbsttötung bereit seien, könne die/der Suizidwillige einem anderen Arzt oder einer anderen Institution zugewiesen werden.

9. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende verstehen ihren Beruf als Fürsorge zum Leben und nicht als Beistand zu dessen Beendigung. Daher sei Suizidbeihilfe nicht Teil ihres Berufsauftrages. Wenn sie dennoch Beihilfe zum Suizid leisten, falle dies in ihre „persönliche Entscheidung“. (Anm. des Rez.: Also als Privatperson? Oder doch als Behandler, welcher ja auf Basis seines *ius practicandi* die todbringenden Medikamente beschaffen muss?)

10. Suizidwilligen aus dem Ausland könne die Schweiz die Beihilfe zum Suizid nicht verwehren. Voraussetzung sei aber auch hier die ausreichende Abklärung (siehe Empfehlung 4).

11. Die Suizidprävention solle intensiviert werden, um Tendenzen in der Gesellschaft entgegenzuwirken, welche Menschen in Grenzsituationen veranlassen, sich „organisierter Angebote“ zu bedienen.

12. Die derzeit bestehende Rechtslage bedarf der Ergänzung durch Bestimmungen, die sicherstellen, dass in jedem Fall hinreichende Abklärungen vorgenommen werden, niemand zur BzS verpflichtet werden kann, keine BzS geleistet wird, wenn der Suizidwunsch aus einer psychischen Erkrankung erwachsen ist oder Kinder und Jugendliche betrifft (Minderheitsposition, siehe 7). Ferner soll zur Sicherstellung beitragen, dass Sterbehilfeorganisationen

tionen (wie Exit oder Dignitas) einer staatlichen Aufsicht unterstellt werden.

Dieses Buch stellt auf fast 80% seines Volumens den liberalen Konsens heraus, der derzeit hinsichtlich der ethischen und rechtlichen Basis für die BzS in der Schweiz besteht. Daneben nehmen sich die „Dissidenten“ mehr als bescheiden aus, die sich mit ihren Argumenten bezüglich Humanität, Anthropologie, Philosophie, Ethik und Moral bis hin zum religiösen Standpunkt mit knapp 20% der Seiten des Buches begnügen müssen. Die Beiträge spiegeln auch die Heterogenität der Meinungen innerhalb der Schweiz wider, zumal die konsenskritischen Beiträge u. A. aus den frankophonen Kantonen der Schweiz stammen.

Dieses Buch und die zitierten 12 Empfehlungen spiegeln die gewollte liberale Vorreiterschaft der Schweiz in Sachen Beihilfe zum Suizid wider. Bekanntlich ist es auch ein Schweizer (Dick Marty), der sich seit Jahren vehement für die Akzeptanz der Beihilfe zum Suizid im Europaparlament einsetzt.

Umgeben von Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich scheint hier die Schweiz eine Insel des progressiven Liberalismus darzustellen. Die weiteren Entwicklungen werden zeigen, ob sich die Schweiz mit dieser Gangart den Verhältnissen in Belgien und Holland angleichen will. Darüber hinaus wird das Europaparlament gute Ratgeber benötigen, um in diesen gewichtigen ethischen Belangen die gebotene Klugheit walten zu lassen.

F. Kummer

Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen

Bettina Schöne-Seifert Alena M. Buyx, Johann S. Ach (Hrsg.)
Mentis Verlag, Paderborn 2006
240 Seiten
ISBN 978-3-89785-603-5

Das vorliegende Buch ging zu einem überwiegenden Teil aus den Hauptvorträgen einer Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) in Münster 2004 hervor. Die Beiträge wurden aktualisiert, zusätzliche Referenten wurden für Buch-

beiträge eingeladen. In der Einleitung setzen sich die Herausgeber mit sehr aktuellen Problemen der Solidarisierung und der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen auseinander. Es erweist sich schwierig, allen Aspekten und Interessen gerecht zu werden und gerecht zu handeln, wenn es um Rationierung und Priorisierung geht. Die einzelnen Beiträge befassen sich dann mit dem breiten Spektrum zwischen Gesundheits-Utilitarismus und deontologischem Egalitarismus, sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten in der Gesellschaft, die gesundheitsethische Relevanz haben, schließlich mit der Praxis der Umsetzung unter den Voraussetzungen der Fairness und Klugheit.

Im ersten Beitrag übt W. Lübke (Philosophin aus Leipzig) Kritik am Utilitarismus, welcher der Verteilungsgerechtigkeit nicht gerecht wird, solange es in der Moral auf die „aggregierte Wohlfahrt“ nicht ankommt. Vielmehr müsse jedes Individuum und seine ureigensten Interessen über den globalen Standpunkt gestellt werden. Hier handelt es sich eben nicht um Triage, zumal die Anzahl der Rettbaren und der Benachteiligten keine Rolle spielen dürfen. Hier wird von der Autorin (und auch in späteren Beiträgen) immer wieder auf das Schlüsselwerk von J. Taurek 1977 verwiesen.

T. Gutmann (Jurist und Philosoph aus München) eröffnet den philosophischen Diskurs über eine rechtsorientierte Theorie der Gesundheitsversorgung, welche so schwer in die Praxis einfließen kann: Kein Politiker verbrennt sich gerne die Finger an der Rationierung. Auch ihm ist die utilitaristische Betrachtung (Ausrichtung auf die Kollektivperson) gegenüber der Verteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf das Individuum suspekt. Eine nicht konsequenzutilitaristische, d. h. deontologische Moral rückt den Einzelnen viel mehr in den Blickpunkt. Dabei bleibt dem Individuum selbst die Entscheidung zur Annahme oder Zurückweisung einer Hilfe überlassen (Eigeninitiative). Ein solcher deontologischer Egalitarismus respektiert die Einzelinteressen in abgestufter Weise, welche sich der Verteilungsgerechtigkeit

unterordnen muss. Es ist in der deutschen Bundesverfassung in einem Gesetz ausformuliert, dass „der Schutz des einzelnen Lebens nicht zugunsten von anderen rettungswürdigen Leben“ aufgegeben werden darf (1993).

O. Rauprich (Medizinethiker aus Bochum) beschäftigt sich mit der Verantwortung der Gesellschaft für die Gesundheit der Bürger. Wenn es Ungleichheit (und damit implizite Ungerechtigkeit) gibt, dann basiert diese nicht nur auf dem Einkommen und dem Sozialstatus, sondern eben auch auf psychosozialen, biografischen und „Life Style“-Faktoren. Er warnt vor dem Phänomen des sozialen Abstiegs bei Krankheit und vor einer schlechteren Krankenversicherung bei niedrigem Sozialstatus. Er sieht einen systematischen Zusammenhang zwischen Bruttoinlandsprodukt und Lebenserwartung, ebenso wie bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung. Nicht die Reichsten in einem Lande, sondern die gleichmäßige Verteilung von Reichen erhöhen die durchschnittliche Lebenserwartung. Gesundheitliche Nachteile, die aus sozialen Nachteilen entspringen, sind allemal inakzeptabel. Fazit: Weder die Gesundheitsversorgung noch der Sozialstatus können je nivelliert werden, jedoch kann ihre kausale Verknüpfung gemildert werden („sozial unten“ darf nicht heißen „krank und kurzes Leben“). Soziale Faktoren in der Welt werden immer auch bei der Prävalenz von Morbidität eine Rolle spielen. Die politische Philosophie und die Medizinethik sind hier herausgefordert, an Lösungen zu arbeiten.

Im nächsten Abschnitt des Buches geht es um die Praxis der Umsetzung.

H. Kliemt (Philosoph an der Universität in Duisburg-Essen) tritt dafür ein, dass die Bürger in einer jüngeren Lebensphase für sich selbst zu einer Priorisierung von Heilsmaßnahmen finden, für welche später die Kostenübernahme zu garantieren sei. Der Staat soll diesen individuellen Präferenzen dienlich sein, muss aber eine gewisse Steuerungsmöglichkeit behalten. Er definiert Rationierung

als Zuteilung ohne Gegenleistung (also nicht als Vorenthaltung). Einer Priorisierung (Reihung nach Notwendigkeit und Kosten) stellt er eine Posteriorisierung entgegen („Deckelung“ für die verordnenden Ärzte bezüglich der Höhe der Ausgaben für Therapie und Diagnostik). Hier ist eine gesunde Standardisierung zu verfolgen, welche sich am Kostenersatz mit Fallpauschale orientiert (diagnosebezogen oder leistungsbezogen), wodurch sich aus paarweisen Vergleichen die Herstellung einer Rangordnung für die Finanzierung ergeben kann. In diesem Sinne ist Vorarbeit dringend zu leisten, damit – bei Wahrung der Qualität durch die Standardisierung – die Priorisierung für die Solidargemeinschaft transparent bleibt, gemessen am absolut Unverzichtbaren als höchste Priorität in absteigender Reihung.

Auch H. Raspe (Sozialmediziner aus Lübeck) beschäftigt sich mit der Priorisierung. Er versteht allerdings – im Gegensatz zu Kliemt – die Rationierung als Vorenthaltung aufgrund der begrenzten finanziellen Verfügbarkeit, oder aber den Einsatz des Notwendigsten unter Ausschluss des „nur“ Nützlichen. Die Rationierung muss nach medizinischer Indikation bedarfsgerecht erfolgen – wobei die Analyse des „gerechten“ Bedarfs interdisziplinär zu erfolgen hat.

S. Huster (Sozialrechtler aus Bochum) hinterfragt, ob die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Grundversorgung reduziert werden dürfen, und wo hier die soziale Gerechtigkeit bleibe. Er übt Kritik an der kritiklosen Anwendung („Alles für alle“) und tritt für eine Vorselektion durch den Patienten selbst ein, womit er einen Appell an die Autonomie (individuelles Gesundheitsbudget) richtet. Das Verfassungsrecht müsse für eine Sicherstellung von einkommensschwachen Bürgern und Risikogruppen sorgen (asymmetrische Verteilung). Was den Mindeststandard betrifft, so hat jeder Bürger den Anspruch auf eine angemessene Versorgung. Diese „Angemessenheit“ leitet sich ab aus dem Verhältnis der Gesundheitsausgaben des Staates zu Ausgaben für andere Güter, ist also

keine feste Größe, sondern muss jeweils aufgrund neuer Erkenntnisse neu adaptiert werden. Hier ist ein Konsens über den Grundversorgungskatalog erforderlich, über den hinaus manches durch den Bürger „zugekauft“ werden kann, jedoch nur nach ärztlichem Entscheid über die Sinnhaftigkeit. Das Problem, das sich hier stellt, besteht in der laufenden Annäherung zwischen Grundversorgung und Zusatzleistungen. Wir befinden uns hier bereits schon wieder auf dem Weg in Richtung „Alles für alle“. Die Lösung wäre hier die Einbeziehung und Erziehung der Bürger, Gesundheitsausgaben von den Luxusgütern abzuweigen.

F. Breyer (Wirtschaftsforscher aus Konstanz und Berlin) würde gerne die Verteilungspraxis mit dem Lebensalter verknüpft sehen. Dabei sollte die Grundleistung außer Streit gestellt sein, während bei Wahlleistungen eine Rationierung im höheren Lebensalter denkbar sei. In der Praxis würde das heißen, dass man sich auf die Einschränkung gewisser Leistungen im höheren Lebensalter einigt, während man die Verfügbarkeit der Maßnahmen für die Notfallversorgung und für die Palliation ausbaut. Das Gros der medizinischen Hochtechnik stünde dann den jüngeren Menschen zu, den Alten jedoch nur bei zeitgerechtem Abschluss einer Privatversicherung. Breyer befindet sich dabei in der Nähe von N. Daniels, der für die „kluge Lebensplanung“ eintritt.

G. Marckmann (Medizinethiker aus Tübingen) kann dem nicht ganz folgen, weil er ethische Einwände gegen jegliche altersbezogene Rationierung sieht. Das Daniel'sche (bzw. Breyer'sche) Konzept würde, wenn es von vielen vernünftigen „Lebensplanern“ angewendet würde, zu keiner Änderung der Hochleistungsmedizin im Alter führen, von der politischen Durchsetzbarkeit solcher Schritte ganz abgesehen. Statt dessen empfiehlt er die Konzentration auf Nutzenmaximierung durch Ausgrenzung weniger effektiver Maßnahmen (gerechtigkeitsethische „constraints“).

D. W. Brock (Medizinethiker von Harvard/Boston) diskutiert die Messbarkeit des Nutzens für

die Gesundheit mittels der Kosten-Effekt-Analyse (KEA). Die gängigen Instrumente für derartige Berechnungen beziehen sich auf die Lebensjahre mit guter Lebensqualität (QALYs) und behinderungsassoziierte Lebensjahre (DALYs), wobei Brock die letztere Methode einer ethischen Kritik unterzieht. Er sieht nämlich Probleme durch die Abwertung von beschwerlichen Lebensjahren und tritt vehement für die Priorisierung der Schlechtestgestellten (der Kränksten, Gefährdetsten, Benachteiligten) ein. Er beklagt dabei, dass noch kein praktikables Modell für die Verteilungsgerechtigkeit besteht, wenn kleine Vorteile für eine große Gruppe gegen große Vorteile für eine kleine Anzahl von Menschen berechnet werden. Entscheidend für Brock ist, dass Gerechtigkeit und Fairness den Vorrang vor dem Utilitarismus behalten müssen, auch wenn dies an die Solidargemeinschaft hohe (auch ethische) Anforderungen stellt.

Im letzten Absatz diskutieren B. Schöne-Seifert und A. M. Buyx (Medizinethikerinnen aus Münster) die Frage der Methoden mit marginaler Wirksamkeit, was zum Problem der Sinnlosigkeit (futility) überleitet. Hier beginnt der Bereich, der dem Patientenwohl (beneficiality) entgegensteht. Sie bauen auf die individuelle ethische und gerechtigkeitsethische Grundlage, die den Vorrang vor Ergebnissen der Kosten-Effekt-Analyse behalten müsse.

Vieles ist an diesem Buch bemerkenswert, so die umfassende Erörterung der immer brennender werdenden Thematik der gerechten Güterverteilung auf dem Gesundheitssektor, vorgetragen von ausgezeichneten Fachleuten, die sich auch darauf verstehen, sich verständlich mitzuteilen. Bemerkenswert ist aber auch, dass die wesentlichen Publikationen zum Thema „Ressourcenverknappung und Priorisierung“ schon vor 15 bis 20 Jahren publiziert worden sind – wie wohl die Aktualisierung, wo immer sie gefordert war, in diesem Buch gediegen und erhellend gelungen ist. Für Mediziner mit sozialem ethischem Interesse, aber vor allem Pflichtlektüre für Sozialethiker und Kommunalpolitiker.

F. Kummer

Was ist Menschenwürde? Eine Einführung

Paul Tiedemann

Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2006

203 Seiten

ISBN 3-534-18254-1

Menschenwürde – ein Begriff, der in den letzten fünf Jahrzehnten eine Vielzahl an Deutungen und Bedeutungen erfahren hat. Nach dem zweiten Weltkrieg unter den noch frischen Eindrücken des menschenverachtenden nationalsozialistischen Regimes war auch ohne nähere Definition eindeutig, was unter der Würde eines Menschen zu verstehen und auf welche Weise sie zu achten sei. Dagegen steht der Menschenwürdebegriff heute nicht zuletzt aufgrund der neuesten Entwicklungen auf den Gebieten der Bio- und Gentechnologie und der anhaltenden Terrorgefahr vor großen Auslegungsproblemen. Der Gesetzgeber des modernen Rechtsstaates kommt nicht umhin, in Wertekonflikten Stellung zu nehmen und Antworten zu liefern auf Fragen, die etwa die Zulässigkeit der Rettungsfolter, eines Verteidigungskrieges oder der Opferung einiger Menschenleben zugunsten der Leben vieler Menschen, betreffen. Fragen, die es erforderlich machen, den Begriff der Menschenwürde möglichst exakt und unangreifbar zu definieren.

Dieser Aufgabe stellt sich Tiedemann nun in seinem jüngsten Werk, dessen Titel „Was ist Menschenwürde?“ dem Leser sofort zu verstehen gibt, was ihn auf kompakten 200 Seiten erwartet: Eine schrittweise Annäherung an den Begriff der Würde des Menschen aus historischer, philosophischer, juristischer und zuletzt natürlich auch aus sprachlicher Sicht. Die juristisch knappe und präzise Ausdrucksweise des Autors, viele anschauliche Beispiele sowie der völlige Verzicht auf Fußnoten sind dabei der Leserlichkeit sehr zuträglich.

Ganz zu Beginn seines Werks stellt der Autor in einem kurzen historischen Abriss dar, wie der Begriff der Menschenwürde in die Rechtsordnungen Eingang fand. In den Verfassungen einzelner Länder war der Begriff der Menschenwürde in

vereinfachter Form schon in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu finden, eine wesentlich höhere Bedeutung erhielt er aber erst durch das Völkerrecht und speziell durch die Charta der Vereinten Nationen, in der der Menschenwürdebegriff zwar festgehalten wurde, aber noch keine nähere Definition erfuhr. Jedoch ist die Menschenwürde als Verfassungsbegriff bis heute in vielen Staaten nicht anerkannt, weil vielerorts die Ansicht vertreten wird, dass die Würde des Menschen nicht juristisch erfasst werden kann bzw. soll, um nicht den Gerichten die Möglichkeit zu geben, den Begriff der Menschenwürde nach ihren eigenen moralischen Überzeugungen auszulegen.

In jenen Staaten aber, in denen der Begriff der Menschenwürde als Verfassungsprinzip anerkannt wurde, wurde versucht, anhand unterschiedlicher Deutungskonzepte eine konkrete inhaltliche Definition zu schaffen. Der Autor stellt in Kapitel 2 und 3 einige dieser Konzepte, die einer näheren Überprüfung in den meisten Fällen nicht standhalten, vor. Lediglich zwei – vollkommen gegensätzliche – Interpretationslinien können sowohl in der juristischen als auch in der philosophischen Begriffsgeschichte überzeugen: Die heteronomische und die autonomische Deutungstradition. Die heteronomische Deutung begründet die Würde des Menschen mit seiner Fähigkeit zur Selbstbestimmung, aber nur insofern, als diese Fähigkeit genutzt wird, sich in den Grenzen heteronomer normativer Werte zu bewegen. Nach dieser Auffassung wird nicht jedem Menschen automatisch Würde zuerkannt, er muss sie sich vielmehr durch gesellschaftskonformes Verhalten verdienen. Im kompletten Gegensatz dazu steht die autonomische Deutung, welche zwar ebenfalls auf die Selbstbestimmung des Menschen abstellt, dem Menschen aber auch dann Würde zuspricht, wenn er diese Fähigkeit zum Negativen ausübt. Diese zwei Interpretationslinien führen in der Praxis zu vollkommen unterschiedlichen Ergebnissen und sind primär dafür verantwortlich zu machen, dass in Bezug auf den Begriff der Menschenwürde keine annähernd einheitliche inhaltliche Definition besteht.

Ein ganz anderer Zugang zum Thema Menschenwürde erwartet den Leser im nächsten Kapitel, in dem sich der Autor an einer sprachlichen Analyse des Begriffes versucht. Dieser fast ein wenig zu kurz geratene Ausflug in die Etymologie stellt die Überleitung zur Behandlung des nächsten wesentlichen Themenkreises dar: Ein Mensch, dem Würde im Sinne von Wertigkeit zukommen soll, muss überhaupt erst, gemessen an einem absoluten Wertmaßstab, als wertvoll erkannt werden; oder in den Worten von Tiedemann: „Menschenwürde ist der Name für das Werturteil, demzufolge dem Menschen ein absoluter Wert zukommt.“ (S. 84). Aber einen absoluten Wert zu finden, der in der Wertordnung aller Menschen gleichermaßen zukommt – ist das überhaupt möglich? Ein absoluter Wert, der einen Verbrecher und einen selbstlosen Helden, einen Analphabeten und einen Forscher, einen jungen und einen alten Menschen gleichermaßen kennzeichnet? Für Tiedemann liegt dieser absolute Wert in der Willensfreiheit des Menschen. Sauber untermauert er diese These auf etwa zwanzig Seiten, um in typisch juristischer Manier im nächsten Kapitel auch gleich die möglichen Einwände gegen seine dargelegten Erkenntnisse zu entkräften. Es sei aber auch klargestellt, dass der Autor sich hier und im folgenden auf „Menschenwürde“ im rechtlichen Sinn bezieht und den anthropologischen Begriff der „Würde der Person“ (welcher auch beim Bewusstlosen gilt) nicht einschließt.

Bei Kapitel 7 angelangt weiß der Leser nun also, dass die Achtung der Menschenwürde die Achtung der Willensfreiheit voraussetzt. Eingriffe in die Willensfreiheit eines Menschen sind zugleich Eingriffe in die leibseelische und/oder geistige Integrität eines Menschen. Als Beispiele können unter anderem die Folter, die Zwangsernährung, die Genitalverstümmelung oder Beschränkungen der Kommunikations- und der Religionsfreiheit dienen. So weit so gut, all diese Fälle der Menschenrechtsverletzungen sind zumindest theoretisch vermeidbar, denn für den Gesetzgeber ist es ein Leichtes, die Folter, die Genitalverstümmelung

und ähnliches zu pönalisieren. Eine weit reichende Diskussion verlangen hingegen jene Fälle, in denen die Verteidigung der Menschenwürde des einen die Missachtung der Menschenwürde des anderen unvermeidbar macht. Der Autor zeigt dazu einige Beispiele auf: Besonders aktuell ist etwa jenes der so genannten Rettungsfolter. Soll ein Entführer gefoltert werden dürfen, wenn dies das einzige Mittel ist, um ihn zur Preisgabe des Verstecks seines Opfers zu bewegen? Oder das Beispiel des Verteidigungskrieges: Ein Staat greift einen anderen militärisch an, um ihn einer grausamen Diktatur zu unterwerfen. Ist die militärische Verteidigung des angegriffenen Staates zu befürworten, wenn dabei auf beiden Seiten viele unschuldige Zivilisten sterben würden? Die „Präferenzregel zulasten des Schuldigen“ oder die „Lösungsstrategie des Nichthandelns“ als Lösungskonzepte lassen sich nicht mit dem Begriff der Menschenwürde als absolutem Höchstwert vereinbaren. Die Menschenwürde als lediglich relativen Wert zu begreifen hieße aber, dass sie ersetzbar wäre und ihr damit im Endeffekt keine Funktion zukommen würde. Nun erkennt Tiedemann aber ganz richtig, dass es nicht zielführend wäre, an dieser Stelle das Nachdenken aufzugeben und sich mit einem „non liquet“ zufrieden zu geben. Vielmehr stellt er Hilfsregeln auf, die sich in ihren Grundzügen auch in den Rechtsordnungen vieler Staaten widerspiegeln. So etwa die „Hilfsregel der Risikosphäre“, welche besagt, dass die Nachteile einer Konfliktsituation eher jenem auferlegt werden soll, der sie – egal ob schuldlos oder schuldhaft – herbeigeführt hat. Umstrittener ist die „Hilfsregel der Quantität“, die im Beispiel des Verteidigungskrieges zu dem Ergebnis führen würde, dass das Leben einer kleineren Anzahl an Zivilisten zugunsten des Lebens einer größeren Anzahl von Menschen geopfert werden sollte. Eine solche Wertung lehnt aber etwa die österreichische Rechtsordnung ab und auch der deutsche Bundesverfassungsgerichtshof hat sich gegen solche Berechnungen ausgesprochen. Es können niemals Menschenleben gegen Menschenleben abgewogen werden, egal in wel-

cher Quantität sie sich gegenüberstehen.

Dass es auf Quantität nicht immer ankommt, beweist Tiedemann selbst am besten durch dieses 200 Seiten schmale Werk, dessen hohe Informationsdichte noch seinesgleichen sucht. Der Leser, der einen klaren Stil ohne Ausschweifungen bevorzugt, wird dieses Buch zu schätzen wissen, mögen die Gedankensprünge des Autors stellenweise auch etwas zu weit sein. Dr. Paul Tiedemann hat mit dem Tiefgang eines Philosophen und der Präzision eines Juristen ein aktuelles und komprimiertes Paket geschnürt, das sowohl dem unerfahrenen als auch dem erfahrenen Leser den Begriff der Menschenwürde auf anschauliche Weise Schritt für Schritt näher bringt und ihn selbst zum Nachdenken anregt.

C. Wohlmuth