

## Schopenhauers Idee einer rekonstruktiven Ethik (mit Anwendungen auf die moderne Medizin-Ethik)

*Von Dieter Birnbacher (Düsseldorf)*

Schopenhauers Philosophie steht janusköpfig zwischen der Transzendentalphilosophie Kants und den nachkantischen Philosophien. Der Blick, der sich zurückwendet, ist ein Blick der Faszination. Er vermag sich nicht zu lösen von dem, was ihm bei Kant als höchste Errungenschaft gilt, aus heutiger Sicht jedoch als ausgesprochene Schwäche des Kantischen Systems erscheint: der metaphysische Idealismus, die Lehre von der apriorischen Geltung des Kausalprinzips, die Verdoppelung des empirischen menschlichen Subjekts durch einen erfahrungsunzugänglichen übernatürlichen personalen Kern. So fest der Blick zurück an Kant gefesselt bleibt, so entschieden wendet sich der Blick nach vorn von Kant ab, wendet sich Neuem zu, das zum Teil erst im späteren 19. und im 20. Jahrhundert voll ausreift: der methodologischen Idee einer empirisch begründeten, „induktiven“ Metaphysik, einer energetischen Naturphilosophie, der Konzeption einer durchgängigen Abhängigkeit der menschlichen Bewußtseinsinhalte vom physischen Naturzusammenhang, ja einer Identität von körperlichen und psychischen Verläufen.

So sehr diese Zweigesichtigkeit für die Philosophie Schopenhauers insgesamt charakteristisch ist, sind doch nicht alle Teile des Werks gleichermaßen von ihr durchdrungen. Während sich in Schopenhauers theoretischer Philosophie und insbesondere seiner Metaphysik Zurück- und Vorwärtsgewandtes zum Teil prekär vermischen, ist seine praktische Philosophie viel eher „aus einem Guß“. Zwar läßt auch die Ethik unverwechselbar Kantisches anklingen. Man denke etwa an die zentrale Rolle, die Schopenhauer der Frage nach dem moralischen Motiv und der moralischen Gesinnung zuweist, und den „pietistisch“ abwertenden Akzent, mit der die bloße Werkgerechtigkeit, die „Legalität“ (im Sinne Kants) versehen wird.<sup>1</sup> Aber insgesamt gehört doch Schopenhauers Ethik in den Zusammenhang seiner Abwendung von Kant. Die Stimme, mit der er hier spricht, ist die seines nach vorn gerichteten, zukunftsweisenden Gesichts.

Noch in anderer Hinsicht ist die praktische Philosophie Schopenhauers „glaubwürdiger“ als seine theoretische Philosophie. Anders als die theoretische Philosophie vermag seine praktische Philosophie allen drei Bedingungen zu genügen, die Schopenhauer in seiner Metaphilosophie zum Maßstab einer glaubwürdigen Philosophie erklärt hat: 1. den eingeschränkten, undogmatischen Geltungsanspruch, 2. die Notwendigkeit einer im weitesten Sinne empirischen Basis, und 3. die Konkretheit.<sup>2</sup> Die Richtung, die Schopenhauers Kritik an der Ethik Kants einschlägt, entspricht diesen drei metaphilosophischen Anforderungen genau: Der Forderung nach einem eingeschränkten Geltungsanspruch der Philosophie entspricht die Kritik an Kants ethischem Objektivismus und sein eigener Versuch, eine Ethik ohne apodiktischen Gewißheitsanspruch zu entwickeln. Der Forderung nach einer Erfahrungsbasis für die Ethik entspricht die Kritik an Kants ethischem Apriorismus und sein Versuch, die Ethik auf eine induktive

Grundlage zu stellen. Der Forderung nach Konkretheit entspricht die Kritik an Kants ethischem Formalismus und das Beharren darauf, daß die Ethik ihren Ausgangspunkt nicht von abstrakten logischen Kategorien, sondern von inhaltlich bestimmten moralischen Prinzipien nehmen muß.

Die beiden erstgenannten Kritikrichtungen, die am Objektivismus und am Apriorismus Kants, verdienen etwas genauer betrachtet zu werden (die dritte folgt dann zwanglos).

Was die erste betrifft: Schopenhauer sieht keine Berechtigung für einen ethischen Objektivismus, nach dem die Wahrheiten der Moral auf irgendeine Weise unabhängig von menschlichem Fühlen und Wollen objektiv festliegen. Nicht nur der ethische Naturalismus, nach dem sich moralische Forderungen aus deskriptiven Aussagen über die Natur oder über den Menschen ableiten lassen sollen, wird von Schopenhauer abgelehnt,<sup>3</sup> sondern auch die Auffassung Kants, nach der es jenseits des Bereichs der Natur und der Natur des Menschen spezifisch moralische Gesetze gibt, denen dieselbe Art von Unentrinnbarkeit und Vorgegebenheit (oder wie Kant sagt, „Notwendigkeit“) zukommt, die Naturgesetzen zukommt. Ein Geltungsanspruch wie für Naturgesetze läßt sich für moralische Forderungen nicht einlösen. Während Naturgesetze unabhängig von menschlichem Denken und Fühlen gelten, haben moralische Forderungen kein vergleichbares fundamentum in re. Es gibt kein objektives moralisches Sollen, das der Philosoph seinem Publikum in derselben Weise verkünden könnte wie der Mathematiker oder Naturwissenschaftler die Folgerungen aus einer mathematischen oder naturwissenschaftlichen Theorie. Wenn der Philosoph den Begriff des „Sollens“ verwendet, dann als Moralist, der sich in einer moralischen Debatte konkret engagiert, nicht aber als Offenbarer eines objektiv bestehenden moralischen „Gesetzes“.

An diesem Punkt ist Schopenhauers Metaethik immer noch von einiger Aktualität. Nicht nur die geltende Verfassung (in Art. 2, Abs. 1 GG), sondern auch einige neuere Deklarationen in der medizinischen Ethik<sup>4</sup> erliegen der Versuchung, sich auf ein inhaltlich nicht näher spezifiziertes „Sittengesetz“ zu berufen, so als existiere unabhängig von jeder menschlichen Setzung ein feststehender, schlechthin zwingender und über jeden Zweifel erhabener moralischer Kanon — ohne (in Schopenhauers Worten) „sich jemals ernstlich gefragt zu haben, ob denn wirklich so ein ‚Sittengesetz‘, als bequemer Kodex der Moral, in unserm Kopf, Brust oder Herzen geschrieben stehe“.<sup>5</sup>

Zweitens stellt Schopenhauer klar, daß dem Philosophen kein irgendwie privilegierter Zugang zu moralischen Einsichten offensteht. Während sich Schopenhauer in seiner theoretischen Philosophie gelegentlich noch auf eigenständige „philosophische Wahrheiten“ beruft, ist in der Ethik keine Rede mehr von einer besonderen moralischen Intuition, über die ausschließlich der Ethiker verfügt. Der Ethiker hat für Schopenhauer in Sachen Moral keine größere Autorität als jeder andere klar und informiert Urteilende.

Andererseits ist ihm aber auch der Kantische Weg versperrt, die Inhalte der Moral zu den ureigensten Inhalten der „Vernunft“ zu erklären, die vor aller Erfahrung, ähnlich wie die Aussagen der Logik von jedem kraft seiner Vernunftfähigkeit als wahr eingesehen werden können. So wenig es ein objektiv existierendes moralisches Gesetz gibt, so wenig ist dessen Inhalt a priori einsehbar. Hier steht Schopenhauer eindeutig auf der Seite Humes: In dem Sinne, in dem man

allen denkenden Menschen Vernunft zusprechen kann, lassen sich aus dem Begriff der Vernunft keine moralischen Normen ableiten. Dieser Begriff ist vielmehr moralisch neutral. Der Begriff einer praktischen Vernunft jedoch, aus der sich solche Normen ableiten ließen, ließe sich nicht mehr in derselben unproblematischen Weise allen denkenden Menschen zusprechen. Man begeht keinen Widerspruch, wenn man als Amoralist lebt und die Verbindlichkeit, ja die Relevanz des „moralischen Standpunkts“ für die eigene Lebensführung leugnet. Auch das „Gewissen“ — das insbesondere bei Fichte zur Quelle untrüglicher ethischer Einsichten erklärt wird — kann die Begründungsfunktion, die Kant der „praktischen Vernunft“ zuweist, nicht übernehmen. Denn wie Schopenhauer empirisch zeigt, hat das „Gewissen“ einen höchst schwankenden und wenig festgelegten Inhalt<sup>6</sup> und hängt zu stark von den jeweiligen individuellen und kulturellen Sozialisationsformen ab,<sup>7</sup> um verallgemeinerungsfähige Moralnormen begründen zu können.

Man kann es nicht deutlich genug sagen: Im Gegensatz zu dem, was der Titel „Grundlage der Moral“ nahelegen könnte, hat die Moral für Schopenhauer *keine* Grundlage — jedenfalls keine Grundlage in dem Sinne, in dem die Ethik traditionell eine Grundlage für moralische Normen gesucht hat. Eine Begründung im Sinne einer Fundierung der Moral in einem letzten, zwingenden Prinzip, aus dem alles weitere folgt, kann es nicht geben. Es ist deshalb von vornherein müßig, eine solche Begründungsaufgabe in Angriff zu nehmen. Wenn Schopenhauer im Zusammenhang mit der Moral dennoch den vieldeutigen Terminus „Begründung“ verwendet, dann in einem weniger ethischen als *moralpsychologischen* Sinn. Die Frage nach der „Begründung“ der Moral ist für ihn nicht die Frage nach der Begründung der Gültigkeit oder der Wahrheit bestimmter moralischer Forderungen, sondern nach der psychologischen Grundlage der Befolgung dieser Forderungen, die Frage nach der moralischen Motivation. Nicht um die Berechtigung oder Nicht-Berechtigung von Geltungsansprüchen geht es bei dieser „Begründung“, sondern um den Aufweis der psychischen Kräfte, die der moralischen Motivation als „letzte Wurzel im Gemüthe des Menschen“<sup>8</sup> zugrundeliegen.

Schopenhauer geht es insgesamt mehr um die psychologisch-anthropologische *Erklärung* der moralischen Phänomene als um eine *Begründung* im Sinne eines Aufweises ihrer Berechtigung. Er stellt sich damit ganz bewußt in die Tradition der englischen und schottischen Moralphilosophen des 18. Jahrhunderts,<sup>9</sup> denen es wie Adam Smith oder David Hume primär auf eine „Theorie der moralischen Gefühle“ ankam, während sie den Inhalt der Moral als empirisch vorgegeben unterstellten. Ähnlich meint Schopenhauer den Inhalt der Moral problemlos der empirischen Realität entnehmen zu können — so wie er ja auch in seiner Metaphysik nichts anders als eine deutende Beschreibung der empirisch vorfindlichen Realitäten zu liefern vorgibt. Der *induktiven Metaphysik*, die die Welt so beschreibt, wie sie (im Wesen, im Kern) ist, stellt Schopenhauer eine Ethik zur Seite, die ihren Ausgangspunkt entsprechend von den realen moralischen Phänomenen nimmt, eine *induktive Ethik*, oder, wie ich lieber sagen möchte, um sie von einer rein deskriptiven Moralpsychologie zu unterscheiden: einer *rekonstruktiven Ethik*.

Die Idee einer *rekonstruktiven Ethik* läßt sich verstehen als Schopenhauers Antwort auf Kants — nach seiner Ansicht gescheiterten — Versuch, der Ethik

eine zugleich objektive und für jedermann zugängliche Grundlage zu sichern. Diese methodische Idee ist an keiner Stelle systematisch entwickelt. Hinreichend charakterisiert ist sie jedoch durch die folgenden vier Bestimmungsstücke:

1. Eine rekonstruktive Ethik entsagt der traditionellen Suche nach einem letzten, einheitlichen Fundamentalprinzip (wie dem kategorischen Imperativ Kants oder dem Nützlichkeitsprinzip Benthams). Vielmehr beläßt sie es bei einer Pluralität von Prinzipien auf mittlerem Abstraktionsniveau.

2. Sie entnimmt diese Prinzipien keiner anderen Quelle als der empirisch zugänglichen Wirklichkeit, in Schopenhauers Worten: dem „in jedem Menschen dennoch wirklich vorhandenen Aufruf zum Rechtthun und Wohlthun“<sup>10</sup>. Das Moralische ist für sie kein Konstrukt, sondern ein „Datum“<sup>11</sup>. Die erste Aufgabe des Ethikers besteht darin, die realen moralischen Phänomene in ihren allgemeinsten Merkmalen zu beschreiben und zu verstehen.<sup>12</sup>

3. Läßt aber die Vielfalt der Moralen eine solche einheitliche Beschreibung zu? Nach Schopenhauer ja, und zwar (hier rekonstruiere ich seine Auffassung aus dem, was an verschiedenen Stellen eher nur impliziert ist) aus zwei Gründen: Erstens ist der *Inhalt* der Moral durch den *Begriff* der Moral in bestimmten Hinsichten eingeschränkt. Nicht alle Verhaltensregeln, an die sich jemand gebunden fühlt, lassen sich unter den Begriff „Moral“ subsumieren. Zum Begriff der Moral dürfte z. B. die Tatsache gehören, daß moralische Verhaltensregeln im Gegensatz zu bloßen Klugheitsregeln eine altruistische Komponente besitzen. Andere Beispiele für solche metaethischen Rahmenanforderungen wären der Anspruch auf Allgemeingültigkeit oder die Universalisierbarkeit, die grundsätzliche Rückführbarkeit moralischer Aussagen auf Prinzipien von logisch universeller Form. Zweitens glaubt Schopenhauer, daß es so etwas wie einen moralischen common sense gibt, einen Kernbereich moralischer Handlungsprinzipien und Tugendbegriffe, von denen problemlos angenommen werden kann, daß sie von allen Verständigen akzeptiert werden. Schopenhauer geht vielfach sogar so weit, diesen Kernbereich mit dem Ganzen der Moral gleichzusetzen, so als verstünde sich die Moral nicht nur in ihren zentralen Bereichen „von selbst“, sondern auch in der Gesamtheit ihrer Ausprägungen — was seine Meinung erklären würde, daß es sich für den Ethiker erübrigt, sich auf normative Einzelprobleme einzulassen. Typische Wendungen in diesem Zusammenhang lauten, die Forderungen der Moral seien „allgemein anerkannt“<sup>13</sup>, über die Prinzipien der Moral seien sich alle Ethiker „eigentlich einig“<sup>14</sup> usw. Uneinigkeit bestehe nicht über die *Prinzipien*, sondern über die (insbesondere metaphysischen) *Fundamente* der Ethik, über die Grundlagen, nicht über den Inhalt der Moral.

4. Auf der anderen Seite scheint die Ethik für Schopenhauer aber auch keine rein deskriptive Theorie zu sein. Sie ist weder reine Begriffsanalyse noch Moralsoziologie. Sie impliziert nicht nur ein dezidiert positives Interesse an der Moral überhaupt, sondern auch ein wesentlich affirmatives Verhältnis zu den von ihr rekonstruierten Moralprinzipien. Sie nimmt selbst Partei für diese Prinzipien — allerdings nicht von der Warte „höheren“ philosophischen Wissens aus, sondern als Teil der Gemeinschaft, in der über die Geltung dieser Prinzipien ein unproblematisches Einverständnis besteht.

Dieses affirmative Verhältnis bezieht sich wohlgerne auf die rekonstruierten ethischen Prinzipien, nicht auf alle Einzelheiten der tatsächlich praktizierten Moral. Daß die rekonstruktive Ethik die Grundprinzipien der vorgefundenen

Moral nicht antastet, bedeutet nicht, daß sie mit der herrschenden Meinung auch in Detailfragen konform geht. Auch im Rahmen einer rein rekonstruktiven Ethik gibt es Raum für die Kritik moralischer Überzeugungen, wenn auch nur in der Form immanenter Kritik. Ein Beispiel für eine solche immanente Kritik ist Schopenhauers Kritik an den unzureichenden Tierschutznormen seiner Zeit. Sie macht auf die Tatsache aufmerksam, daß bereits die allgemein explizit oder implizit anerkannten Standards der Leidensvermeidung einen weitergehenden Tierschutz fordern, als er zu seiner Zeit in der Theorie anerkannt und in der Praxis befolgt wurde. Versteht man Schopenhauers Tierschutzethik im Rahmen des rekonstruktiven Programms, bedarf es zur angemessenen Berücksichtigung der Interessen der Tiere keiner neuartigen, über das allgemeine moralische Einverständnis hinausgehenden Normen, sondern lediglich der sachlich richtigen Anwendung dieser Normen, etwa der Wahrnehmung der Tatsache, daß „das Wesentliche und Hauptsächliche im Thiere und im Menschen das Selbe ist“<sup>15</sup>.

Was macht nun für Schopenhauer den Inhalt, oder besser: den inhaltlichen Kern der Moral aus? An dieser Stelle fällt gewöhnlich das Stichwort „Mitleidsethik“, aber dieses Etikett ist ähnlich mißverständlich wie der Begriff „Wille“ in der Rede von der „Willensmetaphysik“. Wie der „Wille“ der Willensmetaphysik nur entfernt etwas mit dem psychologischen Phänomen dieses Namens zu tun hat, wird auch der Begriff des Mitleids bei Schopenhauer mit einer gewissen genialischen Unbekümmertheit über seine angestammten Grenzen hinaus ausgedehnt. Zwar teilt Schopenhauers Begriff des Mitleids mit dem allgemeinen Sprachgebrauch die Konnotation eines an fremdem Leiden teilnehmenden Gefühlszustands, aber er geht zugleich weit darüber hinaus. Mitleid ist für Schopenhauer primär eine bestimmte Willensrichtung, ein bestimmtes Motiv: Es will fremdes Wohl.<sup>16</sup> Es ist handlungsbezogen, aktiv, kein bloßer Zustand passiver gefühlsmäßiger Betroffenheit. Zweitens ist Mitleid für Schopenhauer nicht nur das Motiv für die Behebung eines Leidenszustandes des andern, sondern ebenso für die *Verhinderung* dieses Leidens.<sup>17</sup> Um Mitleid als Motiv ins Spiel zu bringen, bedarf es nicht notwendig der anschaulichen Gegebenheit eines aktuellen Leidens, sondern das Mitleid in Schopenhauers Sinne reagiert bereits auf die hypothetische Vorwegnahme eines solchen Zustands mit der unterlassenen Zufügung oder der Verhinderung dieses Leidens. „Mitleid“ könnte sich danach also im Prinzip auch auf jemanden richten, der niemals leidet oder gelitten hat, weil andere diesem Leiden hindernd zugekommen sind. Drittens — darauf deutet im Grund bereits die zweite Besonderheit von Schopenhauers Mitleidsbegriff hin — fehlt dem „Mitleid“ Schopenhauers die Unmittelbarkeit, die üblicherweise damit verknüpft wird und die Ethiker wie Spinoza oder Kant bewogen haben, ihn als für die Ethik wenig tauglich zu verwerfen. Nach Schopenhauers erweitertem Mitleidsbegriff kann eine Handlung auch dann aus Mitleid erfolgen, wenn sie nicht darauf zielt, akutes oder akut drohendes Leiden abzuwenden, sondern wenn dieses Leiden lediglich als eine entferntere Folge gegenwärtiger — natürlicher oder anthropogener — Ereignisse antizipiert wird.<sup>18</sup> Mitleid in diesem erweiterten Sinn ist also unparteiisch zwischen gegenwärtigem und zukünftigem, nur in der Vorstellung zugänglichem Leiden. Es ist weit entfernt von „Nächstenliebe“ im Sinne der Einschränkung der Verantwortung auf das Nächstliegende, Sichtbare, unmittelbar betroffen machende Leiden. So gesehen, steht Schopenhauers „Mitleidsethik“ dem negativen Utilitarismus, der die Minimierung des

Leidens fordert und dabei rational kalkulierend Leiden gegen Leiden aufwiegt, näher als der Situationsethik spontaner Hilfsbereitschaft, die der Ausdruck „Mitleidsethik“ nahelegt.

Diese „rationalistische“ Deutung von Schopenhauers Ethik wird auch noch anderweitig gestützt. Nach Schopenhauers Auffassung kommt es für das moralische Handeln nicht auf die akute Gefühlslage an, aus der heraus jemand das Richtige tut, sondern auf die *Maxime*, die diesem Handeln zugrundeliegt. Nicht davon hängt die Moralität einer Handlung ab, ob ihr ein intensives Gefühl innerer Teilnahme vorausgeht, sondern von der Regel, die sich der Handelnde zu eigen gemacht hat und die ihm auch dann noch eine verlässliche Handlungsorientierung gewährt, wenn sich ein akutes Gefühl von Teilnahme in einem Einzelfall (z. B. bei einem wenig spontane Sympathie einflößenden Menschen) nicht einstellen will. Wenn Mitleid zur Essenz des moralischen Handelns gehört, dann auch nach Schopenhauer nur indirekt, über die langfristig wirksamen Einstellungen, Verhaltensgewohnheiten und Handlungsprinzipien, die dem moralisch Handelnden zur zweiten Natur geworden sind. Das trifft insbesondere auf Schopenhauers erste Haupttugend, die Gerechtigkeit zu. Denn Gerechtigkeit in Schopenhauers Sinn bezieht sich primär nicht auf akutes, sondern auf „später eintretendes [...] indirektes, durch Zwischenglieder vermitteltes“ Leiden.<sup>19</sup> Sie fordert ja nicht die Behebung oder Linderung, sondern die Nicht-Zufügung (und Verhinderung) eines möglichen Leidens, geht der möglichen anschaulichen Gegebenheit dieses Leidens also notwendig voraus.

Auch der Gefühlsethiker Schopenhauer spricht den moralischen Prinzipien also eine gewisse Eigenständigkeit zu, und zwar nicht aus motivationalen Gründen — d. h. zur Entlastung des moralisch Handelnden von einem andernfalls nötigen Übermaß moralischer Emotionen —, sondern aus sachlicher Einsicht. Was über den moralischen Wert oder Unwert einer Handlung entscheidet, sind nicht die sie begleitenden oder ihnen vorhergehenden emotionalen Episoden, sondern die Gründe und Überzeugungen, die der Handelnde dafür hat, so zu handeln wie er handelt, die Einstellungen, die diesen Überzeugungen zugrundeliegen und die Verhaltensbereitschaften, die zwischen Überzeugungen und Verhalten vermitteln.

Das heißt aber, daß die richtige Beurteilung konkreter moralischer Entscheidungsfälle nicht nur von der allgemeinen Ausrichtung der dem Handeln zugrundeliegenden Motive, sondern wesentlich auch vom Inhalt der moralischen Prinzipien abhängt, an denen sich der Handelnde orientiert. Gerade was diesen Inhalt betrifft, sind die beiden von Schopenhauer angegebenen Grundprinzipien des *neminem laede* (der Gerechtigkeit) und des *omnes juva* (der Menschenliebe) jedoch rekonstruktionsbedürftig. Nicht von ungefähr hat man seiner Ethik an dieser Stelle den Vorwurf der Unklarheit und Uneindeutigkeit gemacht.

Es ist in der Tat nicht zu übersehen, daß Schopenhauer die methodischen Schwierigkeiten bei der Konkretisierung seiner Moralprinzipien für die moralische Praxis unterschätzt. Er verwendet nur wenige Gedanken an die Frage, wie sich mit diesen hochabstrakten Prinzipien Situationen bewältigen lassen sollen, in denen sich das Moralische nicht „von selbst versteht“, sondern schwierige Interessen-, Normen- und Wertkonflikte gelöst werden müssen. Schopenhauer ist ja nicht nur der Auffassung, daß sich „alles Uebrige“ der Moral aus dem Doppelprinzip „*neminem laede — omnes juva*“ ableiten läßt (dies ist auch die Auffas-

sung des Utilitarismus), sondern auch, daß diese Ableitung „leicht“ sei<sup>20</sup> und keiner Kasuistik bedürfe.<sup>21</sup> Den einzigen Anhaltspunkt für eine Konkretisierung gibt Schopenhauer mit seiner These, daß das *neminem laede* vor dem *omnes juva* durchgängig Vorrang habe.<sup>22</sup> Aber diese These — die auch heute noch gelegentlich vertreten wird — ist nur auf den ersten Blick überzeugend. Denn sie verbietet die Zufügung eines Schadens auch dann, wenn dies das einzige Mittel ist, dringend nötige Hilfe zu leisten und die Schädigung im Verhältnis zur Hilfsbedürftigkeit geringfügig ist. Zwar darf ich in der Regel nicht das Leben eines Dritten aufs Spiel setzen, um das Leben eines anderen zu retten, aber sicher darf ich in diesem Fall sein Eigentum und — in Grenzen — seine Freiheit antasten.

Auf der anderen Seite ist gerade dadurch, daß Schopenhauer auf alle (zeitgebundene und kontroverse) Kasuistik verzichtet und sich auf die Grundprinzipien moralischen Handelns beschränkt, seine Ethik auch heute noch eminent aktuell. Ich meine sogar, daß der Ansatz einer rekonstruktiven Ethik, wie ihn Schopenhauer in der *Preisschrift über die Grundlage der Moral* verfolgt, immer noch das geeignetste Modell dafür ist, wie eine *medizinische Ethik* unter den gegenwärtigen Bedingungen aufgebaut werden kann. Zur Begründung dieser These werde ich zunächst vier Anforderungen nennen, denen eine medizinische Ethik für die Gegenwart genügen sollte. Anschließend wird sich dann ergeben, daß die Schopenhauersche Ethikkonzeption für die medizinische Ethik unter diesen Gesichtspunkten als besonders attraktiv gelten muß.

1. Gegenstand der medizinischen Ethik sind die moralischen Prinzipien, Tugenden und Wertbegriffe, an denen sich Entscheidungen und Beurteilungen im medizinischen Bereich orientieren sollten. Vorausgesetzt ist dabei, daß sich Entscheidungen im medizinischen Bereich erstens überhaupt an allgemeinen, situationsübergreifenden Prinzipien orientieren sollten, und zweitens, daß diese Prinzipien nicht schlicht mit den in der jeweiligen Rechtsgemeinschaft geltenden Rechtsnormen identisch sind. Ein rein „situationsethisches“ Verständnis des Handelns in der Medizin, das die Entscheidung über das Richtige und Falsche ausschließlich dem durch keinerlei Kriterien eingeschränkten moralischen Augenmaß des Entscheidenden anvertraut, würde jede Ethik überflüssig machen, was umgekehrt nicht heißt, daß die Anerkennung und Berücksichtigung von allgemeinen Prinzipien jedes moralische Augenmaß erübrigt. Ebenso wenig kann eine rein rechtliche Normierung des Handelns in der Medizin genügen. Zum einen sind auch bei der gegenwärtigen Tendenz zunehmender Verrechtlichung des ärztlichen Handelns längst nicht alle Entscheidungsbereiche in der Medizin (die ja weit mehr als das ärztliche Handeln umfaßt) rechtlich normiert. Zum andern unterliegen die rechtlichen Normen ihrerseits der moralischen Überprüfung und Kritik: Die Moral kann einen Arzt durchaus auch dazu verpflichten, dem geltenden Recht oder Standesrecht zuwiderzuhandeln.

Moralische, standesethische und rechtliche Prinzipien und Normen sind noch aus einem anderen Grunde unverzichtbar. Nur unter der Voraussetzung der Geltung und Öffentlichkeit von moralischen und Rechtsnormen wird das Verhalten der am Medizinsystem beteiligten Akteure berechenbar. Berechenbarkeit ist in einem so sensitiven, für viele unmittelbar existentiell bedeutsamen Bereich unverzichtbar. Nahezu jeder muß heute damit rechnen, daß sein Wohl und Wehe irgendwann einmal wesentlich vom Medizinsystem abhängen wird. Erwartungssicherheit kann sich aber nur einstellen, wenn Entscheidungen in der Medizin

nach relativ eindeutigen, relativ stabilen und für alle Beteiligten möglichst durchsichtigen Regeln getroffen werden.

Schon deshalb sollte die Berufung auf allgemeine und feststehende Regeln in der Praxis möglichst Vorrang haben vor der Berufung auf individuelle moralische Intuitionen und Gewissensregungen. Auf das individuelle Gewissen ist, wie Schopenhauer gesehen hat, nicht nur als Motivationsbasis des faktischen Verhaltens wenig Verlaß, sondern es ist auch inhaltlich von Individuum zu Individuum zu unterschiedlich ausgeprägt, um hinreichende Erwartungssicherheit zu ermöglichen.<sup>23</sup> An die Stelle des „Chaos des Gewissens“ müssen verlässliche Handlungsorientierungen intersubjektiver Art treten.

2. Als Prinzipien der medizinischen Ethik kommen keine anderen in Betracht als die, die auch in anderen Lebensbereichen der Gesellschaft gelten. Die medizinische Ethik ist keine Sonderethik. Der medizinische Bereich unterscheidet sich von den übrigen nicht dadurch, daß in ihm besondere moralische Normen gelten, sondern dadurch, daß in ihm besonders häufig menschliche Grenzsituationen zu bewältigen und existentiell bedeutsame moralische Entscheidungen zu treffen sind. Daß dem Prinzip der Leidensvermeidung und Leidensminderung im medizinischen Bereich der Natur der Sache nach eine besonders zentrale Rolle zukommt, heißt nicht, daß dieses Prinzip in anderen Lebenssphären nicht genauso gilt.

Entgegen einem verbreiteten Mißverständnis darf auch das, was man „ärztliche Ethik“ nennt, der moralische Verhaltenskodex des ärztlichen Standes, nicht als irgendwie von der allgemeinen Moral separiert aufgefaßt werden. Darauf hat zuletzt der Philosoph und Arzt Wolfgang Wieland hingewiesen:

Im Mittelpunkt einer ärztlichen Ethik, die ihren Namen verdient, müssen immer Normen stehen, die Verbindlichkeit nicht nur für den geschlossenen Kreis der Angehörigen eines bestimmten Berufsstandes, sondern ohne Ausnahme für jeden verantwortlich handelnden Menschen beanspruchen können. Von einer spezifisch ärztlichen Ethik spricht man im Hinblick auf diese Normen nicht deswegen, weil die Reichweite ihrer Verbindlichkeit eingeschränkt wäre. Normen einer ärztlichen Ethik sind sie vielmehr deshalb, weil sie das Handeln in Situationen zu regulieren bestimmt sind, in die zwar nicht ausschließlich, aber doch in der weit überwiegenden Zahl aller Fälle nur ein Arzt gerät. Diese Einschränkung berührt ihre prinzipielle Allgemeinverbindlichkeit jedoch nicht: Sie gelten grundsätzlich für jeden Menschen, der — aus welchen Gründen auch immer — in eine entsprechende Situation gerät.<sup>24</sup>

Das schließt jedoch nicht aus, daß der Arzt bestimmten moralischen Normen wie z. B. der Schweigepflicht unterworfen ist, die für ihn als Inhaber einer bestimmten beruflichen Rolle gelten. Daß diese Norm nicht für alle gilt, macht sie jedoch nicht zur Norm einer Sonderethik. Denn gerechtfertigt sind diese rollenspezifischen Normen nur, wenn sie sich aus den rollenübergreifenden moralischen Normen sowie den jeweiligen Sachgesetzmäßigkeiten ableiten lassen. Das unterscheidet sie von den Sondernormen bestimmter religiöser Konfessionen. Während religiöse Verhaltensnormen wesentlich dem Zusammenhalt der religiösen Gemeinschaft dienen und nur für die Angehörigen bestimmter Glaubensgemeinschaften Geltung beanspruchen, regeln Rollennormen u. a. auch die Erwartungen anderer an die entsprechenden Rollenträger und beanspruchen dieselbe

universale Verbindlichkeit wie Normen, die sich an alle richten. Auch wenn sie Befolgung nur von den Angehörigen dieser Gruppen erwarten, beanspruchen sie doch in derselben Weise wie allgemeine moralische Verhaltensnormen, von allen ohne Einschränkung anerkannt zu werden.

Insofern ist es durchaus nicht inkonsistent, wenn Wieland in demselben Buch ein spezifisches ärztliches Berufsethos anerkennt: So soll nach Wieland z. B. die aktive Sterbehilfe *für den Arzt* auch dann schlechthin ausgeschlossen sein, wenn ein allgemeines ethisches Verbot der aktiven Sterbehilfe nicht begründet werden kann:

Es kann dahingestellt bleiben, ob es Situationen gibt, in denen die Gewährung aktiver Sterbehilfe ethisch vertretbar ist. Doch selbst wenn dies der Fall sein sollte, wäre der Arzt deswegen immer noch nicht zu den entsprechenden Handlungen berechtigt. Auch dann bliebe er verpflichtet, seine Identität als Arzt zu wahren, die ihn zu einer Haltung verpflichtet, mit der sich bestimmte Handlungen nun einmal nicht vereinbaren lassen.<sup>25</sup>

Dazu wäre allerdings anzumerken, daß die „Identität des Arztes“, auf die sich Wieland bezieht, nicht schlicht als traditionell festgeschrieben betrachtet werden darf, sondern selbst wieder unter Berücksichtigung der allgemein geltenden moralischen Grundsätze und der modernen technischen und sozialen Rahmenbedingungen begründet werden müßte. Eine solche Prüfung unterbleibt aber zumeist, wenn bestimmte Verhaltensweisen von Ärzten (wie etwa die Beihilfe zum Suizid bei irreversiblen Leidenszuständen) kurzerhand als „unärztlich“ oder „unethisch“ verworfen werden. Wenn das Ethos des Arztes zwar spezifisch, aber nicht autark ist, sondern stets erneut an der allgemeinen Ethik gemessen werden muß, ist nicht auszuschließen, daß die Erfordernisse der Moral gerade auch dahin gehen, das traditionelle Berufsbild des Arztes zu revidieren. Schon heute ist ja die Tendenz zu einer weitreichenden Revision des traditionellen Arztbildes zu beobachten: Der Arzt ist zunehmend weniger väterlich-paternalistische Autorität und immer mehr partnerschaftlicher Berater in der Befriedigung autonom artikulierter Gesundheitsbedürfnisse.

3. Die Prinzipien der medizinischen Ethik sollten von spezifisch religiösen oder weltanschaulichen Traditionen unabhängig sein. Nur so kann sich diese Ethik in einer pluralistischen Gesellschaft eine breite Akzeptanz und hohe Erwartungssicherheit verschaffen. Ironischerweise ist der — meist ohne Kenntnis des Wortlauts — vielzitierte Hippokratische Eid unter diesem Gesichtspunkt ein wenig aussichtsreicher Kandidat. Denn dieser spiegelt ja keineswegs das Ethos der antiken griechischen Ärzte wider, sondern das einer pythagoreischen Sekte des dritten vorchristlichen Jahrhunderts, in der neben der Abtreibung und der Beihilfe zum Suizid auch das Operieren verboten war. M. E. wäre insbesondere zu prüfen, inwieweit das geltende ärztliche Ethos traditionell christliche moralische Überzeugungen widerspiegelt, die heute keineswegs mehr allgemein akzeptiert werden, z. B. hinsichtlich der Abtreibung, die auch noch in der augenblicklich geltenden Fassung des Ärztegelöbnisses von 1979 mehr oder weniger kategorisch verurteilt wird.

Die medizinische Ethik tut gut daran, nicht von den letzten und grundlegendsten moralischen Prinzipien auszugehen, sondern von Prinzipien mittleren Abstraktionsgrads. Über die ersten Prinzipien besteht bedeutend weniger Kon-

sens als über die *axiomata media*, während über einen bestimmten Punkt der Konkretheit hinaus die Konsensfähigkeit wieder abnimmt, da mit der Anwendung der Prinzipien auf konkrete Fälle unterschiedliche Situationsinterpretationen und Wertabwägungen ins Spiel kommen. Die medizinische Ethik kann aber nicht warten, bis sich die Philosophen über die letzten Grundlagen der Moral geeinigt haben.

Der induktiv-rekonstruktive Weg in die Ethik, den Schopenhauer in der *Preisschrift über die Grundlage der Moral* einschlägt, kommt diesen vier Desideraten weitgehend entgegen:

1. Gegenstand der ethischen Rekonstruktion sind die allgemeinen Leitlinien des Handelns, nicht konkrete Normabwägungen im Einzelfall. Obwohl Schopenhauer dazu neigt, das eigentliche Wesen des Moralischen in der moralischen Motivation und nicht in den moralischen Handlungsmaßstäben zu sehen, besteht auch er auf der Unumgänglichkeit moralischer Handlungsprinzipien.

2. Die rekonstruierten Prinzipien sind keine anderen als die allgemeinsten, allgemein akzeptierten moralischen Prinzipien, der Kernbestand des moralischen *common sense*.

3. Die Annahme dieser Prinzipien ist nicht von der Übernahme bestimmter religiöser oder weltanschaulicher Auffassungen abhängig.

4. Ihrem Allgemeinheitsgrad nach liegen diese Prinzipien auf einem mittleren Niveau ethischer Abstraktion. Während die *Fundamente* der Ethik unter den Philosophen kontrovers diskutiert werden, besteht über ihre wesentlichen *Prinzipien* weithin Einigkeit.

Wie eine medizinische Ethik aussieht, die diesen allgemeinen methodischen Vorgaben entspricht, zeigen die in den USA inzwischen zum Standardwerk avancierten *Principles of Biomedical Ethics* von Tom L. Beauchamp und James F. Childress.<sup>26</sup> Beide Autoren gehen von durchaus unterschiedlichen ethischen Grundannahmen aus — Beauchamp eher von utilitaristischen, Childress eher von deontologischen —, gelangen aber dennoch auf einer mittleren Allgemeinheitsebene zu gemeinsamen Positionen. Ihre erklärte Absicht ist es, die traditionell im Vordergrund der Ethik stehenden Begründungsfragen auszuklammern und auf einer Ebene anzusetzen, auf der über die leitenden Grundprinzipien ein erhebliches Maß an Einverständnis besteht. Von „Einverständnis“ zu sprechen, steht hierbei allerdings unter dem Vorbehalt, daß dieses Einverständnis nur der *Relevanz* der vier Prinzipien für die Beurteilung moralischer Problemsituationen gilt, nicht auch schon der Frage, welches relative Gewicht ihnen zukommt und welches Prinzip in Konfliktfällen Vorrang genießt. Für Beauchamp und Childress etablieren die vier von ihnen genannten Prinzipien jeweils nur „Prima-facie-Verpflichtungen“, d. h. Prinzipien, die jeweils gegeneinander abgewogen werden müssen, um zu dem zu gelangen, was in einer Situation tatsächlich zu tun richtig und geboten scheint. Der Konsens über die Relevanz der Prinzipien schließt also einen Dissens über ihren Vorrang in Konfliktfällen keineswegs aus. Während Schopenhauer, wie wir gesehen haben — wie im übrigen auch Kant — dazu neigt, die Schwierigkeiten von Normkonflikten für vernachlässigbar zu halten, gehen Beauchamp und Childress — realistischer — davon aus, daß Normkonflikte in der Praxis eher die Regel als die Ausnahme sind, und daß es nur wenige Entscheidungssituationen gibt, auf die jeweils nur eins ihrer vier Prinzipien zutrifft.

Die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress sind die folgenden:

1. das Prinzip der Nichtschädigung (nonmaleficence),
2. das Prinzip der Autonomie (autonomy),
3. das Prinzip des Wohltuns (beneficence),
4. das Prinzip der Gerechtigkeit (justice).

Das *Prinzip der Nichtschädigung* verbietet, anderen Schaden an Leib, Leben oder Eigentum zuzufügen oder sie in diesen Hinsichten hohen Risiken auszusetzen. Schädigungen, die darin bestehen, daß die persönliche Freiheit des andern eingeschränkt wird, d. h. daß er daran gehindert wird, seinen Willen auszuführen oder seine Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung zu betätigen, werden von Beauchamp und Childress wegen ihrer großen eigenständigen Bedeutung einem separaten Prinzip (Autonomie) zugeordnet. Das Prinzip der Nichtschädigung wird in diesem Katalog nicht zufällig als erstes genannt, denn es ist das unbestrittenste und schlechthin zentrale Prinzip nicht nur der ärztlichen Ethik — wo es dem traditionellen Grundsatz „primum non nocere“ entspricht —, sondern jeder Ethik überhaupt. In der überwiegenden Zahl der Anwendungsfälle verdient es ohne Zweifel Vorrang vor den mit ihm konkurrierenden Prinzipien.

Das *Prinzip der Autonomie* fordert die Respektierung der Lebenspläne, Ideale, Ziele und Wünsche anderer, und zwar unabhängig davon, wie weit der dadurch Verpflichtete diese Lebenspläne, Ideale, Ziele und Wünsche seinerseits zu akzeptieren vermag. Auch wenn ihm diese mehr oder weniger unnachvollziehbar, abwegig oder moralisch bedenklich erscheinen, fordert das Prinzip der Autonomie dazu auf, den Willen des andern zu achten und ihn nicht einer wie immer „gut gemeinten“ Bevormundung zu unterwerfen. Nur so ist gewährleistet, daß jeder frei entscheiden kann, wie er sein Leben gestalten will und (im Rahmen der äußeren Bedingungen) Herr seines eigenen Lebens bleibt. Nach dem Prinzip der Autonomie muß der Arzt auch dann die weltanschaulichen Überzeugungen und die Wertvorstellungen des Patienten respektieren, wenn der Patient seine Entscheidungsfreiheit an den Arzt delegiert hat. Er ist der Treuhänder der Interessen und Wertvorstellungen des Patienten und muß sich davor hüten, seine eigenen, eventuell abweichenden Wertvorstellungen dem Patienten aufzunötigen.

Das Prinzip der Autonomie ist in den letzten Jahren von der akademischen wie von der populären medizinischen Ethik sehr deutlich in den Vordergrund gerückt worden. Erklärlicherweise, denn angesichts der ausgeprägten Vernachlässigung dieses Prinzips in der traditionellen ärztlichen Ethik bestand ein Nachholbedarf an Patientenemanzipation. An die Stelle des herkömmlich für das ärztliche Handeln geltenden Prinzips „salus aegroti suprema lex“, ist zunehmend das Prinzip „voluntas aegroti suprema lex“ getreten, vor allem im US-amerikanischen und deutschen Medizinrecht. Die brisantesten Konsequenzen hat diese Tendenz im Bereich der Patientenaufklärung. Aufklärung des Patienten über seine Diagnose und Prognose ist eine wesentliche Vorbedingung seiner Autonomie, denn nur wenn er über seinen gesundheitlichen Zustand (bzw. über die Wahrscheinlichkeit, mit der nach Lage der Symptome mit einem bestimmten möglichen Zustand zu rechnen ist) und die ihm offenstehenden Optionen (mit ihren jeweiligen Chancen und Risiken) informiert ist, kann er seine ureigensten Präferenzen geltend machen und eine begründete Wahl treffen, welcher Art von Behandlung er sich unterziehen will. Während nach hippokratischer Auffassung gerade die

Verschwiegenheit gegenüber dem Kranken zu den Pflichten des Arztes gehörte und in keinem der älteren Kodizes eine ärztliche Pflicht zur wahrheitsgemäßen Aufklärung des Patienten auftaucht, muß der Arzt heute bei unterlassener oder unzureichender Aufklärung im Falle einer Komplikation mit erheblichen Schadensersatzansprüchen rechnen. Er kann sich nicht mehr ohne weiteres auf das von Schopenhauer zustimmend zitierte Diktum Campanellas verlassen: „Bello è il mentir, se a fare gran ben' si trova“.<sup>27</sup>

Das *Prinzip des Wohltuns* geht in dreifacher Weise über das Prinzip der Nicht-Schädigung hinaus. Während das Prinzip der Nichtschädigung lediglich die *Unterlassung* von Schädigungen (und Risikozufügungen) gebietet, gebietet das Prinzip des Wohltuns die *Verhinderung* von Schäden, die *Behebung* und *Linderung* von Schäden sowie (auch da, wo keine Schäden vorliegen oder zu befürchten sind) die *Verbesserung* der Situation anderer.

Das *Prinzip der Gerechtigkeit* schließlich ist inhaltlich am meisten ausfüllungsbedürftig, und ein anfänglicher Konsens darüber, daß Erwägungen der Gerechtigkeit, der Gleichheit und Fairness prinzipiell relevant sind, entpuppt sich schnell als ein Dissens darüber, nach welchen Kriterien diese Begriffe im einzelnen zu konkretisieren sind. Als ein allgemein anerkanntes, aber relativ triviales Gerechtigkeitsprinzip, das außerhalb der zahlreichen Kontroversen um die Kriterien von Gleichheit und Gerechtigkeit steht, kann zumindest das Prinzip der „formalen“ Gleichheit gelten, nach dem in relevanten Hinsichten ähnliche Fälle ähnlich beurteilt und behandelt werden müssen. Dieses Prinzip verbietet alle bloß willkürlichen moralischen Differenzierungen zwischen gleichartigen Fällen und verpflichtet jeden, der zwischen ansonsten gleichen Fällen differenziert, das Kriterium, nach dem er differenziert, explizit zu machen. In der medizinischen Ethik sind diese Differenzierungskriterien sowohl im Bereich der Makroallokation, etwa der Gesundheits- und Forschungspolitik, als auch im Bereich der Mikroallokation, etwa der Verteilung knapper Behandlungsmöglichkeiten auf medizinisch gleichgelagerte Fälle umstritten. So halten etwa im letzteren Fall manche die verbleibende Lebenserwartung und die subjektive Lebensqualität für wesentlich, andere darüber hinaus auch die soziale Bedürftigkeit und den „social worth“ eines Patienten, während wiederum andere möglichst alles dem Zufall (dem Zeitpunkt der Einlieferung, dem Platz auf der Warteliste oder einem Losverfahren) überlassen wollen.

Bei einem Vergleich mit den von Schopenhauer angegebenen Prinzipien fallen zunächst die großen Gemeinsamkeiten auf. Bis auf das vierte von Beauchamp und Childress angegebene Prinzip der Gerechtigkeit finden sich alle Prinzipien auch bereits bei Schopenhauer: Beauchamp und Childress' Prinzipien der Nichtschädigung und der Autonomie entsprechen Schopenhauers Prinzip der Gerechtigkeit, das Prinzip des Wohltuns Schopenhauers Prinzip der Menschenliebe. Das Feld wird nur unterschiedlich begrifflich aufgeteilt. Während bei Schopenhauer Verletzungen der Freiheit unter das Prinzip der Gerechtigkeit (*neminem laede*) subsumiert werden,<sup>28</sup> werden sie von Beauchamp und Childress einem eigenständigen Prinzip zugeordnet. Während bei Schopenhauer Pflichten zur Verhinderung von Schäden dem Prinzip der Gerechtigkeit zugeordnet werden, werden sie bei Beauchamp und Childress unter das Prinzip des Wohltuns subsumiert. Differenzen bestehen allein in der Anerkennung einer Verpflichtung zur

Besserstellung des anderen auch dann, wenn dieser nicht leidet (nach dem Prinzip des Wohltuns) und in der Hinzufügung eines Prinzips der Gerechtigkeit (im Sinne der Gleichheit oder sozialen Gerechtigkeit) — zweifellos ein Prinzip, das zu Schopenhauers Zeit weniger allgemein anerkannt war als in der Gegenwart.

Vorteilhaft bei einem Katalog von vier statt zwei Grundprinzipien scheint mir, daß sich so die häufigsten Normenkonflikte als Konflikte zwischen verschiedenen gleichgeordneten Prinzipien darstellen lassen und der von Schopenhauer nahegelegte Eindruck vermieden wird, die Anwendung der Prinzipien auf konkrete Fallkonstellationen bedürfe keiner weiteren ethischen Analyse.

So ist z. B. klar, daß trotz der ethischen Zentralität des Prinzips der Nichtschädigung Schädigungen gelegentlich erlaubt sein müssen, z. B. um größeren Schaden zu verhindern. Das ist sowohl bei der Notwehr und Nothilfe der Fall wie auch bei der staatlichen Steuererhebung zur Finanzierung der inneren und äußeren Sicherheit (sofern man die Besteuerung als Eingriff in das Eigentum versteht). Bekanntlich gilt nach unserer Rechtsordnung jeder ärztliche Eingriff als eine Körperverletzung, die lediglich durch die Einwilligung des Patienten, bzw. (falls dieser nicht einwilligen kann) durch ihren Zweck, größeren Schaden zu verhindern oder zu beheben, gerechtfertigt ist. Unkontrovers ist auch die Erlaubtheit der Zufügung relativ unbedeutender Schäden und Risiken, um einen wesentlich größeren Nutzen zu ermöglichen, wie bei risikoarmen Tier- und Humanexperimenten zur Erprobung potentiell lebensrettender medizinischer Hilfsmittel und Techniken oder bei der Wahl einer „aggressiven“, risikoreicheren, aber zugleich chancenreicheren Therapie. Kontrovers ist allerdings das Ausmaß, in dem eine Schadenszufügung durch den zu erwartenden Nutzen gerechtfertigt ist. Man kann z. B. darüber streiten, ob wir schon dann berechtigt sind, Person A einen Schaden zugunsten der Person B zuzufügen, wenn die Nutzen-Schadens-Bilanz über beide Personen nach dem Lastenausgleich nur leicht verbessert ist oder der Ausgleich überhaupt keinen zusätzlichen Nutzen stiftet, sondern nur eine gleichmäßigere Verteilung von Erträgen und Lasten bewirkt. Dilemmata dieser Art ergeben sich in der Medizin regelmäßig dann, wenn für zwei Patienten nur ein zum Überleben notwendiges Gerät zur Verfügung steht: Darf der ältere Patient mit der schlechteren Prognose vom Gerät abgehängt und dem sicheren Tod überlassen werden, wenn ein jüngerer, auf dasselbe Gerät angewiesener Patient mit besserer Prognose eingeliefert wird?

Auch das Autonomieprinzip gilt nicht unbeschränkt. Es ist allgemein anerkannt, daß die Achtung vor der Autonomie sowohl durch das Prinzip der Nichtschädigung als auch durch das Prinzip des Wohltuns eingeschränkt wird, wobei wiederum das Ausmaß strittig ist, in dem paternalistische Eingriffe, d. h. Eingriffe zum Wohl des Patienten gegen den Willen des Patienten, gerechtfertigt werden können. Der *starke* Paternalismus, nach dem der freien und informierten Willensentscheidung eines Erwachsenen zuwidergehandelt werden darf, wenn dies seinem langfristigen Wohl dient, wird heute unter den Ethikern nahezu einhellig abgelehnt, dürfte aber gerade in der Medizin noch immer gelegentlich praktiziert werden. Akzeptabler scheint ein *schwacher* Paternalismus, nach dem das Prinzip des Wohltuns immer dann Vorrang vor dem Prinzip der Autonomie hat, wenn an der Freiheit und Informiertheit einer Willensentscheidung Zweifel bestehen.

Bedeutsamer als die Einschränkungen des Autonomieprinzips sind die Einschränkungen, die für das Prinzip des Wohltuns gelten. Die in unserem Kultur-

raum traditionell dominierende christliche Ethik hat das Prinzip des Wohltuns (der „Nächstenliebe“) in derart radikaler Weise über die anderen Prinzipien gestellt, daß vielfach erst eine bewußte Distanzierung den Blick auf die Grenzen freigibt, die diesem Prinzip insbesondere durch die Prinzipien der Autonomie und der Nichtschädigung gezogen sind. Was das Prinzip der Autonomie betrifft, so wird zwar inzwischen weithin akzeptiert, daß etwa die freie und informierte Entscheidung eines Patienten, sich nicht oder nicht weiter behandeln zu lassen, auch dann zu respektieren ist, wenn sie aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in seinem besten Interesse ist. Aber die emotionalen Widerstände gegen diese Haltung bestehen weiter.

Ich möchte nun abschließend den Versuch unternehmen, den rekonstruktiven Ansatz in der medizinischen Ethik auf einen konkreten Problembereich zu beziehen und auf diese Weise exemplarisch die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen dieses Ethikkonzepts deutlich werden zu lassen. Ich wähle dazu einen Problembereich aus, der zu den jüngsten der medizinischen Ethik gehört, den Bereich der *Organtransplantation*. Dies ist einer der Bereiche in der Medizin, in denen sich ein zuweilen atemberaubender Fortschritt der technischen Möglichkeiten vollzieht und von denen man heute schon sagen kann, daß er noch zahlreiche moralische Fragen aufwerfen und zu schwierigen moralischen Entscheidungen nötigen wird. Es ist ja durchweg eine Eigentümlichkeit des Fortschritts des menschlichen Wissens und Könnens, daß durch ihn zunehmend bisher ungelöste wissenschaftliche und technische Probleme einer Lösung nähergebracht, jedoch eine Fülle ungelöster moralischer Probleme neu aufgeworfen werden. Während die Zahl der Handlungsoptionen zunimmt (und meist auch das Wissen um ihre jeweiligen Folgen), fehlt es an traditionell eingespielten Normen, an denen sich konkrete Entscheidungen orientieren könnten.

Die in den letzten Jahrzehnten geführte Debatte um die moralischen und rechtlichen Aspekte der Organtransplantation (wobei ich im folgenden vor allem an die Nierentransplantation denke) entspricht recht genau dem Muster, von dem die rekonstruktive Ethik ausgeht: ein beträchtliches Maß an Konsens hinsichtlich der relevanten „mittleren“ Beurteilungsprinzipien, gleichzeitig aber ein Dissens hinsichtlich des relativen Gewichts dieser Prinzipien in der Beurteilung einzelner Fallgruppen. Dieser Dissens ist in der Bundesrepublik vor allem in den 70er Jahren bei der Diskussion um eine mögliche gesetzliche Festlegung sichtbar geworden. Dieser Dissens war so hartnäckig, daß bei uns im Gegensatz zu zahlreichen anderen europäischen Ländern ein Gesetz zur Regelung der Organtransplantation bisher nicht verabschiedet werden konnte.

Daß die von Beauchamp und Childress genannten vier Prinzipien auch für die moralische Beurteilung der Organtransplantation einschlägig sind, wird besonders bei der *Organspende vom Lebenden* augenfällig, der ich mich zunächst zuwenden möchte:

1. Bei der Organspende vom Lebenden stellt sich sowohl für den Organempfänger wie für den die Transplantation vornehmenden Arzt die Frage, ob nicht der Organspender sich selbst (und evtl. seine Angehörigen) übergebührlich *schädigt*. Angesichts der Irreversibilität der meisten einschlägigen Risiken muß der Organspender davon abgehalten werden, unvernünftig hohe Risiken einzugehen.

2. Die Organspende muß freiwillig sein. Die *Autonomie* eines sich verweigernden potentiellen Organspender muß auch dann respektiert werden, wenn durch Zwangsanwendung ein Leben gerettet werden könnte.

3. Für den potentiellen Organspender stellt sich die Frage, ob er nicht aus Gründen der Pflicht zum *Wohltun* — ähnlich wie zur Blutspende — zur Organspende moralisch verpflichtet ist. Diese Frage stellt sich besonders dann, wenn das Risiko für den Organspender vernachlässigbar klein ist.

4. Unter dem Aspekt der Gerechtigkeit wirft insbesondere eine mögliche *Kommerzialisierung* von Lebendspenden Probleme auf. Zwar könnte man argumentieren, daß ein Handel mit Organen von Lebendspendern die medizinisch-ökonomische Ungleichheit zwischen relativ reicheren Nachfragern und relativ ärmeren Anbietern nicht verstärkt, sondern eher ausgleicht, da er die Anbieter auf Kosten der Nachfrager ökonomisch besserstellt, ohne sie medizinisch im gleichen Maße schlechterzustellen. Dafür hätte ein Organhandel jedoch andererseits die Konsequenz, daß die Ungleichheiten in vollem Ausmaß deutlich würden — in einer für die potentiellen Nachfrager peinlichen und für die potentiellen Anbieter beschämenden Weise.

Daß die genannten vier Prinzipien für die moralische Beurteilung einer bestimmten Handlungsweise oder Praxis relevant sind, besagt nun wie gesagt nicht, daß sich mit ihnen alle auftauchenden moralischen Entscheidungsprobleme befriedigend lösen lassen. Sie tragen dazu bei, die Entscheidungssituation transparenter zu machen, die zur Verfügung stehenden Optionen klarer hervortreten zu lassen und die begrifflichen Grundlagen zu liefern, auf der das jeweilige praktische Problem diskutiert werden kann. Diese Einschränkung gilt für die Praxis der Organspende vom Lebenden in besonders eklatanter Weise. Denn hier scheinen die durch die technische Möglichkeit der Lebendspende aufgeworfenen moralischen Dilemmata nicht nur in abstracto (für den medizinischen Ethiker), sondern auch in concreto (für die beteiligten Akteure — Organspender, Organempfänger, Arzt, Angehörige) so schwierig und belastend, daß sich die Frage stellt, ob es nicht für alle Beteiligten besser wäre, wenn auf diese Form der Organspende ganz verzichtet würde — zumindest dann, wenn es die medizinisch-technischen Möglichkeiten zulassen, die bessere Gewebeverträglichkeit der Organe von Blutsverwandten nicht mehr als Vorzugskriterium erscheinen zu lassen und darüber hinaus genügend Leichenorgane zu Transplantationszwecken zur Verfügung stehen.

Konkret denke ich vor allem an zwei Schwierigkeiten: erstens die Schwierigkeit zu entscheiden, ob bei einer Lebendspende dem Prinzip der Autonomie wirklich Genüge getan ist. Eine Lebendspende ist nur dann akzeptabel, wenn der Spender nach vollständiger Information über die Risiken der Spende zustimmt. Je stärker jedoch der moralische Druck ist, den die Familie oder andere auf den bestgeeigneten potentiellen Spender ausüben, desto weniger ist gewährleistet, daß die Organspende in vollem Sinn freiwillig ist.

Die zweite Schwierigkeit liegt in dem Umstand, daß viele das Ansinnen, ein Organ spenden zu sollen, als moralische Überforderung zurückweisen werden. Rein ethisch betrachtet scheint das mit einer Nierenspende verknüpfte Risiko (ein Todesfall auf 3200 Explantationen) hinreichend klein, um die Organspende nicht als moralischen Heroismus, sondern als moralische Verpflichtung zu qualifizieren. Bei der Rettung eines Ertrinkenden würde ein Risiko in dieser Höhe als

zumutbar gelten. Auf der anderen Seite ist es psychologisch verständlich, wenn gegenüber der „künstlichen“ Ausweitung unserer moralischen Pflichten durch den technischen Fortschritt Vorbehalte bestehen. Die technischen Möglichkeiten, anderen zu helfen, verändern sich schneller als die Sichtweisen und Einstellungen, von denen aktive Hilfsbereitschaft abhängt, und viele lehnen sich innerlich dagegen auf, sich moralische Verpflichtungen durch die schlichte Faktizität der fortschreitenden Technik diktieren zu lassen. Das Gefühl moralischer Überforderung, das sich in derartigen Abwehrreaktionen meldet, muß ernstgenommen werden. Schon um den moralischen Druck zu mindern, wäre es zu begrüßen, wenn es die technischen Möglichkeiten und eine erweiterte Verfügbarkeit von Leichenorganen zuließen, auf die Lebendspende zu verzichten. Als weitere Vorteile kämen hinzu, daß es nicht mehr nötig wäre, die Risiken für den Organspender in Kauf zu nehmen, und daß der Arzt von schwierigen Entscheidungsproblemen entlastet würde, die ihn heute gelegentlich dazu bringen, den potentiellen Organspender durch Notlügen aus familiärer Bedrängnis zu befreien.

Der größte Anteil aller Organtransplantationen entfällt auf Transplantationen von Leichenorganen, bei denen die genannten Probleme nicht auftreten. Dennoch ergeben sich auch hier eine Reihe von moralischen Abwägungsproblemen. Mit dem schwierigsten Normenkonflikt ist nicht der Organspender oder Organempfänger, sondern der zwischen beiden stehende Arzt konfrontiert: Soll er dem Prinzip der Autonomie den Vorzug geben oder dem Prinzip des Wohltuns? Soll er die Autonomie des Organspenders zu Lebzeiten respektieren und — auch bei akuter Lebensgefahr für den potentiellen Organempfänger — von einer Organentnahme absehen, solange keine ausdrückliche Zustimmung des Organspenders (bzw. seiner Angehörigen) vorliegt? Oder befindet er sich in einer Art Notstandssituation, in der er zur Rettung des andernfalls Sterbenden auch ohne Einwilligung zur Organentnahme berechtigt ist?

Es scheint mir unbestreitbar (auch wenn dies keineswegs allgemein anerkannt ist), daß das Prinzip des Wohltuns jedem potentiellen Organspender die moralische Verpflichtung auferlegt, seine Organe zu Transplantationszwecken zur Verfügung zu stellen. Diese Verpflichtung scheint mir moralisch zwingend zu sein und unabhängig vom religiösen Bekenntnis und von der weltanschaulichen Grundhaltung zu bestehen. Ausschlaggebend für diese Auffassung sind zwei einfache Tatsachen:

1. daß eine postmortale Organspende dazu dienen kann, subjektiv lebenswertes Leben zu retten oder zu verlängern (also einen universal akzeptierten Wert zu realisieren), und
2. daß eine Leichenspende im Gegensatz zur Lebendspende den Organspender keinem wie immer gearteten Risiko aussetzt. Die verbreitete Angst, daß Organe bereits vor einem unzweifelhaft eingetretenen Tod entnommen werden, oder daß das Leben eines Unglücksofners um einer Organentnahme willen entgegen seinem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen verkürzt wird, scheint sachlich unbegründet.

Wollte man gegen das Bestehen dieser Pflicht geltend machen, daß vielen Menschen der Gedanke einer postmortalen Organexplantation unsympathisch ist — nach einer amerikanischen Umfrage wollen 20% nicht Spender sein, weil sie die Vorstellung nicht mögen, nach ihrem Tod aufgeschnitten zu werden —, so muß dem entgeggehalten werden, daß viele moralische Pflichten uns zu etwas

nötigen, was uns unsympathisch ist, und daß das ihrer Verbindlichkeit keinen Abbruch tut. Es ist nicht die einzige, aber doch *eine* der Funktionen moralischer Pflichten, uns zu etwas zu nötigen, wozu wir keine „Neigung“ verspüren. Auch religiöse Bedenken, etwa mit der Begründung eines Glaubens an eine „Auferstehung des Fleisches“, haben nicht genügend Gewicht, um die Eindeutigkeit dieser Pflicht einzuschränken, schon deshalb nicht, da der Leib, der nach christlicher Lehre auferstehen soll, nicht derselbe Leib sein kann, der im Grab „zu Erde“ wird. Weiterhin wird zwar mit der Bereitschaft zur Organspende in einer bestimmten Weise über den eigenen Körper „verfügt“ — und nicht nur das Christentum, sondern alle monotheistischen Religionen verurteilen die Eigenmächtigkeit einer totalen Verfügung über den eigenen Körper —, aber wer wollte sagen, daß die Nicht-Verfügung in diesem Fall gottgefälliger ist? Es ist sicherlich christlicher, die eigenen Organe dazu zu verwenden, jemandem das Leben zu retten, als sie schlicht verrotten zu lassen.

Aus der Tatsache freilich, daß eine Weigerung, seine Organe zur Transplantation freizugeben, als irrational und moralisch bedenklich bezeichnet werden muß, läßt sich kein Freibrief herleiten, Organe auch gegen den Willen des Spenders zu entnehmen. Die Erfüllung der Pflicht zur Hilfeleistung ist in diesem Fall zwar *einforderbar*, aber nicht *erzwingbar*. Dagegen steht das Prinzip der Autonomie, das verlangt, auch den irrationalen und moralisch fehlgeleiteten Willen in gewissen Grenzen zu achten. Daß für den potentiellen Organspender die Pflicht zum Wohltun Priorität hat, bedeutet nicht, daß sie auch für einen Dritten (den Arzt etwa) Priorität hat. Es ist nicht offensichtlich, daß er der Pflicht zu Hilfeleistung auch dann Priorität geben darf, wenn dadurch die (prämortale) Autonomie des Organspenders verletzt würde, viel weniger offensichtlich jedenfalls als die Pflicht des potentiellen Spenders, dem Arzt diese Schwierigkeiten von vornherein zu ersparen.

Es wird allgemein akzeptiert, daß ein expliziter Widerspruch gegen eine postmortale Organentnahme auch dann respektiert werden muß, wenn die Gründe für diesen Widerspruch irrational oder moralisch anfechtbar sind. Eine Zuwiderhandlung würde das Autonomieprinzip zwar nicht in seinem innersten Kern verletzen, da ja nur derjenige Teil der Autonomie verletzt würde, der sich über den eigenen Tod hinaus erstreckt. Aber es erscheint inkongruent, die expliziten Verfügungen der Verstorbenen hinsichtlich ihres Vermögens mehr zu achten als die hinsichtlich ihres Körpers.

Die Geister scheiden sich jedoch an der Frage, welches Gewicht dem Prinzip der Autonomie im Verhältnis zum Prinzip des Wohltuns dann beizumessen ist, wenn ein expliziter Widerspruch nicht vorliegt. Die Vertreter der sogenannten „Widerspruchslösung“ möchten in diesem Fall die Entnahme unbeschränkt erlauben, die Vertreter der „Zustimmungslösung“ nur dann, wenn eine explizite Zustimmung vorliegt. Beide Positionen sind respektabel und können gewichtige Gründe für sich ins Feld führen. Für die „Widerspruchslösung“ (wie sie in den meisten europäischen Ländern, u. a. in Österreich und in der Schweiz bereits Gesetz geworden ist) spricht, daß sie hoffen läßt, eine größere Zahl transplantierbarer Organe zu gewinnen. Für die „Zustimmungslösung“ spricht, daß sie eher geeignet scheint, die Autonomie des Organspenders zu Lebzeiten zu wahren. Selbst derjenige, der gegen eine postmortale Organentnahme nichts einzuwenden hat, kann durch den Gedanken, daß andere nach seinem Tod ohne seine vor-

herige Zustimmung über seinen Körper verfügen, in seinem Lebensgefühl negativ betroffen werden. In einem bestimmten Sinn gehört sein Körper nicht mehr ganz ihm. Darüber hinaus wird man nicht davon ausgehen können, daß alle, die nicht explizit widersprochen haben, der Organentnahme zustimmen würden. Unter denen, die bei einer „Widerspruchslösung“ zur Organentnahme herangezogen würden, wären also viele, die diese nicht gewollt hätten.

Um die Vorteile beider Lösungsvorschläge miteinander zu kombinieren, würde ich selbst einer „Befragungslösung“ den Vorzug geben, bei der alle gezwungen wären, sich zustimmend oder ablehnend zu äußern. Mit einer solchen Lösung wäre dem Prinzip der Autonomie Genüge getan, andererseits aber der Kreis der Organspender nicht auf diejenigen begrenzt, die sich aus eigener Initiative als Spender zu erkennen geben. Die Befragungslösung könnte die Lücke schließen, die gegenwärtig zwischen der in Umfragen bekundeten Bereitschaft zur Organspende und der tatsächlichen Bereitschaft zum Tragen eines Spenderausweises klafft. Für die Befragungslösung spricht außerdem, daß die mißliche Prozedur entfielen, die Angehörigen gleichzeitig mit dem Überbringen der Todesnachricht um ihr Einverständnis zur Organentnahme zu bitten. Es wäre allenfalls erforderlich, in Fällen, in denen geeignete Unterlagen fehlen, die Angehörigen zu befragen, wie sich der Verstorbene entschieden hatte. Den Angehörigen das Recht zu geben, nicht nur die Einstellungen und Wertüberzeugungen des Verstorbenen, sondern ihre eigenen Überzeugungen zur Geltung zu bringen, würde das Prinzip der Autonomie dagegen eher nur aushöhlen.

Wie man leicht sieht, läßt sich mithilfe der selben vier von Beauchamp und Childress angegebenen Prinzipien (sofern man die Gewichte etwas verteilt) auch für eine Widerspruchslösung argumentieren. Die Argumentation ist in keinem Fall zwingend, sondern läßt Raum für das jeweils individuelle moralische Urteil. Die Fähigkeit, einen gewissen Spielraum diskutabler moralischer Optionen offenzulassen, ist aber keine Schwäche, sondern eine Stärke des rekonstruktiven Ansatzes. Die Hoffnung, das subjektive Urteil zugunsten eines objektiv festliegenden, in der Natur der Dinge vorfindlichen moralischen Maßstabs zu überwinden, ist nicht nur für die modernen Varianten der rekonstruktiven Ethik, sondern bereits für Schopenhauer illusorisch. Für eine Ethik ohne Illusionen — so können wir resümieren — kann der nüchterne Realismus von Schopenhauers Ethik auch heute noch als vorbildlich gelten.

#### *Anmerkungen*

<sup>1</sup> Vgl. E, 202, 255.

<sup>2</sup> Vgl. Dieter Birnbacher: Induktion oder Expression? Zu Schopenhauers Metaphilosophie, in: 69. *Schopenhauer-Jahrbuch 1988*, S. 7-19.

<sup>3</sup> Vgl. E, 113.

<sup>4</sup> Zuletzt die „Einbecker Empfehlung“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht in § 1, Abs. 1. In: H.-D. Hiersche/G. Hirsch/T. Graf-Baumann [Hrsg.]: *Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen*. Berlin usw. 1987, S. 183.

<sup>5</sup> E, 116.

<sup>6</sup> E, 193.

<sup>7</sup> Vgl. E, 192.

- <sup>8</sup> E, 110.  
<sup>9</sup> Vgl. E, XIV.  
<sup>10</sup> E, 185.  
<sup>11</sup> E, 137.  
<sup>12</sup> Vgl. E, 120.  
<sup>13</sup> E, 114.  
<sup>14</sup> E, 137.  
<sup>15</sup> E, 240.  
<sup>16</sup> E, 210.  
<sup>17</sup> E, 208.  
<sup>18</sup> Vgl. E, 255.  
<sup>19</sup> E, 214.  
<sup>20</sup> E, 230.  
<sup>21</sup> E, 236.  
<sup>22</sup> Vgl. E, 255.  
<sup>23</sup> Vgl. E, 169 f.  
<sup>24</sup> Wolfgang Wieland: *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik*. Heidelberg  
1986, S. 19.  
<sup>25</sup> Ebenda, S. 125.  
<sup>26</sup> Tom L. Beauchamp/James F. Childress: *Principles of Biomedical Ethics*. New York  
<sup>27</sup>1983.  
<sup>27</sup> E, 225.  
<sup>28</sup> Vgl. E, 219.