

---

# Der versehrte Mensch und die Möglichkeit medizinischer Forschung

Konrad Hilpert

Unter ethischem Blickwinkel ist die Grundkonstellation, um die es bei der Xenotransplantation geht, eigentlich ziemlich einfach: Es geht nämlich einerseits um die existenzielle Not von Menschen und andererseits um die Erschließung und Bereitstellung von Hilfe. Sicher, es bedarf bei der konkreten Durchführung dieser Forschung vieler Menschen, Verfahren und technischer Hilfsmittel, die hochorganisiert und spezialisiert zusammenwirken müssen; und es bedarf der Tiere, die zunächst als Experimentmedien, später vielleicht als Organ-„geber“ involviert werden. Aber die Ausgangslage, die behoben oder gehindert werden soll, das Ziel also, das dieses komplexe Vorhaben bestimmt, sind einzelne Menschen bzw. eine Gruppe von Menschen, die in gesundheitliche Not geraten sind und die erwarten oder hoffen, dass ihnen mit den bestmöglichen medizinischen Mitteln aus ihrer bedrohlichen Lage geholfen wird. Das für den Patienten Beste ist die maßgebliche Richtlinie des Handelns der Mediziner. Dass die Mediziner in diesem Fall zugleich Forscher sind (jedenfalls zum Teil), macht die Besonderheit dieses Komplexes aus.

Entsprechend diesem Setting beleuchten meine Überlegungen folgende Punkte: nämlich *erstens* die Befindlichkeit des Menschen, der aufgrund der Erkrankung oder des Ausfalls eines Organs vom vorzeitigen Tod bedroht ist, *zweitens* das Handeln des Arztes als Antwort auf diese Situation und *drittens* den Auftrag und die ethische Rechtfertigung der medizinischen Forschung im Hinblick auf den leidenden Menschen. Abschließend möchte ich dann *viertens* etwas zu den Grenzen und theologischen Aspekten sagen.

## I. Der versehrte Mensch

Es ist ein erstaunlicher Befund, dass in den meisten neueren Darstellungen und Lehrbüchern der medizinischen Ethik ein Kapitel über die Anthropologie des kranken Menschen fehlt. Dabei ist doch der Blick auf das Subjekt von Krankheit und Gesundheit (letztere wird aber erst auffällig, wenn Störungen auftreten) entscheidend für die Wahrnehmung der Krankheit, das Bedürfnis, Klärung beim Arzt zu suchen, wie auch für die Art der Behandlung. Möglicherweise ist dieses Schweigen aber nicht als Ausblendung zu deuten, die der Konzentration auf das biologische Funktionieren bzw. Nichtrichtigfunktionieren der Organe geschuldet ist; sondern es findet seine Erklärung darin, dass diese Reflexion an einer anderen Stelle der Medizin verortet ist, nämlich in der Diagnostik der Einzelfälle in ihrer jeweiligen Individualität und Komplexität. Diagnostik ist ja nicht Anwendung von theoretischem ärztlichen Wissen, sondern erfahrungsbasierte Urteilsfähigkeit, in der Intuition und Anleitung durch andere Professionelle eine erschließende und korrigierende Rolle spielen, sowie Geübtheit im Umgang mit Personen.

Dennoch ist es ein elementares Faktum, dass die Krankheit vom Kranken selbst als Verunsicherung und Not erfahren wird und dass es im grundlegenden Interesse eines jeden Menschen liegt, ein Leben ohne Schmerzen und Leiden zu

*Prof. Dr. Konrad Hilpert, Professor für Moralthologie an der Universität München*

führen und in diesem Interesse ernst genommen zu werden und Zuwendung zu erfahren, auch dann, wenn der Kampf gegen Schmerzen, Leiden und Sterbenmüssen zur Unzeit erfolglos bleibt.

Diese Not kann unterschiedliche Gestalt und Färbung haben, und man spricht dann je nach Schweregrad von Schmerzen, Einschränkungen, Behinderung, Störungen, Verlust wichtiger Möglichkeiten zu handeln, von Nicht-mehr-Können, von Zwängen, Verengung, Zerfall der Persönlichkeit. Dazu kommt noch das Gefühl, existenziell bedroht zu sein, das sich zu einer Lebenskrise steigern kann, ganz abgesehen von den lebenspraktischen Konsequenzen, die sich aus der Krankheit beruflich, familiär und ökonomisch ergeben können.

Das alles sind nicht oder nicht primär beschreibend-objektive Begriffe, wie es die Beschreibungen einzelner Krankheiten durch die Pathologie darstellen. Vielmehr handelt es sich um Kategorien der Lebenserfahrung und des subjektiven Empfindens, die aber dann selbstverständlich auch reflektiert, verglichen und beschrieben werden können. In ihnen bleibt aber immer auch Persönliches, Individuelles, auch Biografiespezifisches. Vor allem enthalten sie Angaben über das, was nicht sein soll, ferner oft einen Hinweis darauf, dass man wünscht, dass eine medizinische Intervention stattfindet, um eine Besserung zu bewirken. Denn Krankheit bzw. Kranksein ist nicht etwas, was gemocht oder gar genossen wird. Und Krankheit – entsprechendes gilt auch für Gesundheit – ist nicht etwas, was man so hat, wie man z.B. ein Auto, eine Uhr oder ein Handy hat; vielmehr handelt es sich dabei um eine Befindlichkeit, die ein Mensch hat, der krank ist, um etwas, was einen als Person in Anspruch nimmt, was leibhaftig erfahren wird und was uns, nicht nur unseren Körper, tangiert. Und Krankheit ist etwas, was auch unsere Kommunikation, unseren Aktions- und Erlebnisradius, unsere Positionierung in Raum und Zeit beeinflusst. Sie erlegt sich uns auf und

muss erlitten werden; jedenfalls können wir sie weder abwehren noch abwerfen noch vor ihr davonlaufen.

Kranke Menschen sind verwundete Wesen, insofern es ihnen ja etwas ausmacht, dass es ihnen schlecht geht. Sie können nicht nur eingeschränkt sein und Schmerzen verspüren, sondern haben dazu auch mehr oder weniger intensive negative Empfindungen. (Und entsprechend haben sie positive Empfindungen, wenn es ihnen dank der medizinischen Interventionen wieder besser geht oder auch nur begründete Hoffnung auf Besserung besteht.)

Wegen ihrer Krankheit sind Kranke auch noch einmal in der Hinsicht besonders verletzlich, dass ihre körperliche Eingeschränktheit und Hilfsbedürftigkeit sie abhängig macht von der Hilfe anderer Personen wie Pfleger, Krankenschwestern, Therapeuten u.a. Darüber hinaus sind sie auf die Rücksichtnahme dieser und weiterer Akteure wie Mitpatienten, Besucher, Angehörige angewiesen; denn sie können sich nicht auf gleicher Ebene mit diesen gegen Zumutungen wehren, ihre eigenen Interessen durchsetzen oder eine Gegenleistung anbieten. Sie befinden sich also im Vergleich zu diesen Anderen wie vielleicht auch im Vergleich zu früher, als sie „noch“ gesund waren, in der Position von Schwächeren.

Besonders verletzlich sind kranke Menschen auch darin, dass im Umgang mit ihrem Kranksein ihre Selbstachtung, also m. a. W. das Bewusstsein ihres eigenen Werts, angegriffen werden kann. Das geschieht etwa, wenn ihre Schmerzen und Leiden ignoriert oder als pathologische Einbildung behandelt werden.

Aber es kann auch dann geschehen, wenn ihr Schamempfinden und ihr Bedürfnis nach Privatheit übergangen werden und wenn krankheitsbedingte Besonderheiten des Aussehens zum Gegenstand des Spotts oder der Demütigung gemacht werden.

Dieses Verletztsein des Kranken und seine spezifische Verletzlichkeit sind gemeint, wenn in der Überschrift meines Vortrags der altertümliche, etwas aus dem Gebrauch gekommene Begriff vom verkehrten Menschen benutzt wird. Ich bin mir der Problematik dieses Begriffs, der während und nach den Weltkriegen eine Bedeutungsverengung erfahren hat, durchaus bewusst. Man könnte natürlich auch einfacher vom Menschen als Patienten sprechen. Aber „Patient“ bezeichnet schon eine feste Rolle, die dem Kranken von der Gesellschaft und unserem Gesundheitssystem zugeteilt wird und mit der er dann irgendwie zurechtkommen muss, und weniger eine anthropologische Befindlichkeit. Krank und sogar schwerkrank kann jemand auch dann sein, wenn er nicht oder derzeit nicht Patient ist.

## II. Zur Rollenverantwortung des Arztes

Begibt sich der Kranke in die Obhut eines Arztes, entsteht zwischen beiden ein besonderes Verhältnis. Der Arzt ist darin nicht in erster Linie als Mit-Mensch gefragt, von dem Gehör, Einfühlung und Solidarität erwartet wird. Nicht dass solche Qualitäten keine Rolle spielen würden; aber außerdem oder richtiger: in erster Linie gefragt ist der Arzt als einer, der die Kompetenz hat, die Symptomatik und Ätiologie der Krankheit abzuklären und eine Behandlung nach dem besten Stand des medizinischen Wissens und Könnens vorzuhalten. Die mitmenschliche Zuwendung ist wichtig, aber was das Arzt-Patienten-Verhältnis entscheidend ausmacht, ist die Kompetenz im medizinischen Wissen und Können. Darin ist der Arzt dem Patienten ungleich, um nicht zu sagen: überlegen und die Arzt-Patienten-Beziehung eine strukturell asymmetrische.

Der Kranke erwartet das Eine wie das Andere; und er bringt dem Arzt Vertrauen entgegen, wenn er dessen Patient wird. Vertrauen heißt hier soviel wie, dass er weiß bzw. hofft, dass der Arzt ein menschlich und fachlich kompetenter Arzt ist.

Über die genauere und konkretere Ausgestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses gibt es seit vielen Jahren weltweit intensive Debatten. Das einschlägige Stichwort für diesen Streit lautet Paternalismus. Die Kritik an ihm zielt längst nicht mehr darauf, die grundsätzliche Asymmetrie zwischen „starkem“ Arzt und „schwachem“ und infolgedessen umsorgtem Patienten zu beseitigen oder zu leugnen, sondern darauf, mehr Gleichrangigkeit herzustellen nach den Modellen etwa von Partnerschaft oder sogar eines Vertrags. Der Paternalismuskritik liegt vor allem daran, gegenüber einer einseitigen, ganz dem Arzt zugeschriebenen bzw. in Anspruch genommenen Fürsorglichkeit auch die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten als beachtlich für das ärztliche Handeln einzufordern. Fürsorglichkeit gilt nicht per se als etwas Negatives, sofern sie auf die Kompensation von Unselbstständigkeit des Patienten gerichtet ist. Im Prinzip der Fürsorge finden sich die ältesten Grundsätze ärztlichen Wirkens aufgenommen, indem es dieses negativ zur Schadensvermeidung und positiv zum Wohl und zum Heilen soweit möglich verpflichtet. Aber eine Rechtfertigung ärztlichen Handelns, die Paternalismus nicht problematisiert, setzt sich erheblicher Kritik aus.

Autonomie heißt im Blick auf den Patienten denn auch nicht einfach ma-

ximale Selbstbestimmung oder gar zur Ausführung bringen, was der Patient wünscht. Autonomie bedeutet in diesem Zusammenhang vielmehr ein Doppelpes: nämlich Entscheidungen nicht ohne Zustimmung oder sogar gegen den Patienten treffen, sofern dieser urteilsfähig ist und über die relevanten Gesichtspunkte ins Bild gesetzt wurde. Dazu gehört auch, dass ausgesprochene Wünsche des Patienten angehört und als Hinweise auf das, was diesem gut tut, genommen werden. Respekt gegenüber der Autonomie heißt aber vor allem: Beteiligung an Erwägungen und Entscheidungen über Therapiewege und sensible Wahrnehmung dessen, was vom Patienten als verletzend empfunden wird. Umgekehrt wird eine Entscheidung dann als paternalistisch kritisiert, wenn sie Folge und Ausdruck der Einstellung ist, dass die eigene Einschätzung und die eigene Entscheidung qua Inhaberschaft der Arztrolle der Einschätzung und dem Entscheidungsvermögen des Patienten von vornherein überlegen ist. Das schließt aber Formen der Unterstützung bei bestimmten Tätigkeiten (z.B. Essen, sich selbstständig Fortbewegen), der Ermutigung, des Gutzuredens und sogar des Widerspruchs und des Ringens miteinander nicht einfach aus. Sie können vielmehr Ausdruck der Wertschätzung und der stellvertretenden Wahrnehmung von Interessen des Patienten sein.

Autonomie kann zum zweiten aber auch die Zielgröße meinen, deren Verwirklichung die ärztlichen Interventionen dienen sollen. Autonomie in diesem Sinn ist – und wer wüsste das besser als der ernsthaft Erkrankte? – nicht eine absolute, sondern eine graduelle Größe, also etwas, von dem es immer nur ein Mehr oder ein Weniger geben kann. „Nicht bevormunden und entmündigen“ – könnte man den daraus folgenden Imperativ salopp formulieren, – „sondern die noch vorhandenen Fähigkeiten des Patienten erhalten, stärken und ausbauen.“ Aus Hilfe und Fürsorge soll soviel Autonomie werden wie möglich, und Kräfte und Fähigkeiten zur Autonomie, die dem Patienten verblieben sind, sollen nicht ohne Not ruhig gestellt und entzogen werden. Es ist also etwas ganz Ähnliches gemeint wie das, was wir im Bereich der staatlichen und gesellschaftlichen Ordnung als Prinzip der Subsidiarität bezeichnen. Auch dieses Prinzip hat ja zwei Richtungen, nämlich Hilfe zu gebieten für die kleinen Einheiten, wo diese sonst überfordert wären, und

*Begibt sich ein Kranker in die Obhut eines Arztes, besteht zwischen beiden ein besonderes Verhältnis.*

zugleich unnötigem Kompetenzzug durch die Zentralverwaltung Einhalt zu gebieten. Worauf es beim Respekt der Autonomie letzten Endes ankommt, ist die Wertschätzung des Patienten als einer Person, die mehr ist als ein Fall dieser oder jener Krankheit.

Wenn im Vorhergehenden von „dem“ Arzt, „dem“ ärztlichen Handeln und „der“ Beziehung zwischen Arzt und Patient gesprochen wurde, so handelt es sich natürlich um Schematisierungen. Sie beanspruchen durchaus, die wesentliche Eigenart des medizinischen Handelns gegenüber Kranken zu erfassen. Aber sie vereinfachen natürlich in beträchtlichem Maße, insofern sie gänzlich davon absehen, dass die Rolle des Arztes und dessen Handlungsspielraum faktisch durch Rahmenbedingungen des Rechts, des Gesundheits- und Versicherungswesens, der internationalen und nationalen Richtlinien und der Organisationsformen einer starken strukturellen Regulierung unterliegen. Darüber hinaus gibt es gerade bei der ärztlichen Profession zusätzlich eine starke, bis in die Antike zurückreichende Tradition eines selbstverwalteten Berufsethos, die sich in einer andauernden Weiterentwicklung befindet (z.B. Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes).

## III. Zur Ethik des Forschungsprozesses in der Medizin

Die stärksten Impulse, die diese Entwicklung hin zu rechtlichen und berufsethischen Standards bekommen hat, waren die Reaktionen auf die systematische Misshandlung von Menschen im Rahmen der medizinischen Experimente an Häftlingen in Konzentrationslagern, der Zwangssterilisierung Hunderttausender von Menschen und der Ermordung psychiatrischer Patienten im Nationalsozialismus. Sie haben – erstmals in der Urteilsbegründung der Nürnberger Ärzteprozesse 1946/47 – zur Festlegung von Bedingungen für die Zulässigkeit von Forschung mit Menschen und zum Ausschluss bestimmter Personengruppen von solchen Versuchen geführt. Der wichtigste Punkt, um den es dabei geht, ist die Fähigkeit zur Einwilligung. Der sog. „informed consent“ wurde zum Kern der medizinischen Ethik, der auch in alle prominenten medizinethischen Codices danach übernommen wurde, vor allem in die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes über die medizinische Forschung an Menschen. Hier wie auch in der Verfassung der



Referentin Xenia von Tippelskirch (re.) diskutierte vor ihrem Vortrag mit den Organisatoren der Tagung, Veronika Bogner und Dr. Dr. Jochen Sautermeister.

WHO, die 1948 als Unterorganisation der UNO gegründet wurde, wie auch im Menschenrechtsabkommen zur Biomedizin des Europarats und in der internationalen Deklaration der UNESCO zu Gentechnologie und Reproduktionsmedizin geht es – außer um das Verbot der Diskriminierung aufgrund von Religion, Nationalität, Rasse, Parteinizugehörigkeit und sozialer Stellung – um die Erforderlichkeit der informierten Zustimmung, das Verbot von medizinischen Experimenten mit Menschen und die Voraussetzungen für Forschungen an nichteinwilligungsfähigen Personen.

Hiermit sind starke und klare Grenzen für die Forschung gezogen. Man darf aber darüber weder übersehen, dass Wissenschaft innerhalb dieser Grenzen auch Freiheit im Sinn der Unabhängigkeit von sozialen Zwängen und politischer Indienstnahme braucht, noch auch, was das positive Anliegen, das der medizinischen Forschung zugrunde liegt und sie im tiefsten antreibt, ist, nämlich das Recht jedes Menschen auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, wie das in mehreren Menschenrechtsdokumenten als soziales Recht formuliert ist. Linderung von Schmerzen und Hilfe zur Gesundheit ist die Aufgabe medizinischer Forschung, die ja von Subjekten betrieben wird, die idealerweise beides in einem sind, Arzt und Forscher. Anders aber als die ärztliche Tätigkeit zielt die medizinisch-forscherliche nicht direkt auf die Erhaltung oder Wiederherstellung individueller Patienten ab, sondern auf Erkenntnisse, die für die Entwicklung neuer Diagnosen, Therapie- und Präventionsmöglichkeiten für ganze Gruppen von Menschen, die von Krankheiten bedroht sind, gleichsam die Tür öffnen. Forschung stellt Hilfen selber nicht bereit, aber sie eröffnet Möglichkeiten, dass Menschen geholfen werden kann.

Wie alle Forschung ist auch die medizinische nicht nur Theorie und Registrierung von Beobachtungen, sondern eine Form von Praxis, also eine genuin den Menschen auszeichnende Betätigung, deren Erkenntnisgegenstand – der Mensch – auf methodische Weise und aktiv untersucht wird, verbunden mit der Option, daraus mittel- oder langfristig auch Ansätze für Therapien zu gewinnen.

In der Debatte über Ethik in der Wissenschaft, die seit 1945 parallel zur Ausbildung der medizinischen Ethik ge-

führt wird, stehen bis heute neben den Experimenten am Menschen und vermehrt auch an Tieren das Berufs- und Arbeitsethos der Forscher und die Frage der Anwendungen der neugewonnenen Erkenntnisse im Vordergrund. Von den Experimenten zu unterscheiden sind die Heilsversuche. Seit den 1970er Jahren ist die Steuerung der Wissens- und Technikproduktion dazugekommen. Das alles sind unbestritten wichtige Probleme, weil es im Bereich des Forschens auch um Ruhm, Wettbewerb und die Erschließung potenter Märkte geht, und nicht bloß um pure Neugier und den Stolz, etwas zu können, was bisher niemand gekonnt hat. Aber es geht darüber hinaus eben immer auch um das Forschen als Weg zur Erweiterung des Wissens. Für die Medizin bedeutet das, dass zu ihren Aufgaben die Erforschung der Entstehung von Krankheiten, die Entwicklung effektiver Therapien, die Verbesserung der Ergebnissicherheit, die Steigerung der Genauigkeit von Diagnosen, aber auch die Prüfung und Erkundung der Verträglichkeiten, die Ermittlung der Risiken und der Fehlermöglichkeiten gehört wie andererseits auch die Verminderung von Schädigungen oder die Entwicklung von Ansätzen zur Heilung von bisher nicht therapierbaren Krankheiten. Und natürlich gehört zu dieser Forschung auch eine öffentliche Diskussion über die Mittel und Möglichkeiten der neuen Forschung und die kulturellen und moralischen Normen, die ihren Gebrauch steuern sollen.

Bei der medizinischen Forschung ist die Ausrichtung auf die Erhaltung des Lebens und das Abhalten von Belastungen und Störungen um ein Vielfaches deutlicher als bei anderen komplexen Forschungsgebieten wie etwa Astrophysik oder Nanotechnologie. Diese deutlich erkennbare Ausrichtung auf Heilungsmöglichkeiten ist allerdings gefährdet, wenn sich ärztliche Praxis und medizinische Forschung voneinander entfernen, weil die Forschung auch nicht-medizinischen Einflussfaktoren (Finanzierung, Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit u.a.) unterliegen kann. Außerdem kann die Aussicht auf Heilung auch leicht benutzt werden, um ethische Bedenken an den Rand zu spielen. Deshalb verlangt gerade der Umgang mit medizinischen Forschungsoptionen einen sorgfältigen und realistischen Umgang mit Ankündigungen und Ver-

sprechungen. Die Forschung erwirkt das nicht aus sich heraus; es ist vielmehr Sache der Akteure, die sie betreiben und in der Öffentlichkeit um Vertrauen und Ressourcen werben, und derer, die diese Forschung kritisch begleiten.

Konkret auf die Erforschung der Möglichkeit der Xenotransplantation bezogen, besteht der Schaden, der vielleicht bald abgewendet werden könnte, darin, mit einem unwiderruflich geschädigten Organ leben zu müssen und eine daraus folgende Lebensverkürzung hinzunehmen. Darüber hinaus geht es aber auch darum, einen Weg aus der bedrückenden Knappheits- und der unbefriedigenden Verteilungssituation bei den Spenderorganen zu generieren. Dass dafür Tiere eingesetzt werden müssen, bedarf eigener Rechtfertigung und eigener Anstrengungen, keine Schmerzen zuzufügen bzw. leichtfertig in Kauf zu nehmen.

#### IV. An den Grenzen

Ein anderes Problem, das absehbar ist, wenn die Forschungen zur Xenotransplantation zu realen Therapieoptionen führen würden, besteht darin, dass man anzweifeln kann, wie weit man den einen Menschen volle Gesundheit, bzw. den Anderen Versehrtheit zuschreiben kann; ein weiteres das, ob jeder, der mit einer Versehrung leben muss, als Kandidat für ein so aufwendiges und zumindest am Anfang auch riskantes Therapieverfahren in Frage käme.

Es ist klar, dass Gesundheit entsprechend der bekannten WHO-Definition „der Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ bestenfalls als Ideal taugt, das in der Realität kaum erreichbar ist. Und umgekehrt ist Versehrtheit ein Begriff, der allenfalls in extremen Fällen eindeutig ist. Die Schwierigkeit liegt also darin, die eine Gruppe von der anderen zu trennen. Der Grenzverlauf ist ein Kontinuum mit vielen Abstufungen, also m. a. W. unvermeidbar unscharf. Eine Zuordnung nach der einen oder anderen Seite ist nur möglich, wenn man die Begriffe von Gesundheit, Krankheit, Rehabilitierbarkeit und Autonomie im Alltagsgebrauch und in der Selbsteinschätzung der Betroffenen als maßgeblich hinzunimmt.

Die andere Schwierigkeit besteht darin festzulegen, was als sinnvoll erscheint: Gibt es für die Entwicklung und den Einsatz so aufwendiger neuer Therapiemöglichkeiten auch Grenzen, etwa solche des Lebensalters, solche, die sich auf die Verantwortung für Angehörige beziehen, solche des Lebensstils und des Milieus? Wann ist Leiden so intensiv, dass es auf jeden Fall solche Maßnahmen nahelegen würde, wenn sie denn eines Tages verfügbar wären? Entscheidendes Kriterium bei solchen Erwägungen dürfte neben der medizinischen Machbarkeit und einer günstigen Prognose für den individuellen Patienten letzten Endes die Freiheit des Einzelnen als die Möglichkeit, eine Wahl zu treffen, sein. Wählen bedeutet hier konkret, eine aufwändige medizinische Prozedur über sich ergehen lassen oder aber die Einschränkung in Kauf zu nehmen und die Begrenzung der eigenen Lebensmöglichkeiten und in letzter Konsequenz das Sterbenmüssen anzunehmen.

Für den christlichen Glauben kann der Verzicht auf eine mögliche Lebensverlängerung „eine aus dem Glauben heraus getroffene Entscheidung [sein], in der sich ein anderes, umfassenderes als nur medizinisches oder biologisches Lebensverständnis bezeugt“, heißt es in der ökumenisch verantworteten „Hilfe zur ethischen Urteilsbildung“ über die Xenotransplantation aus dem Jahr 1998. Paulus spricht im 2. Korintherbrief mehr-

fach von der *asthénéia* (Schwachheit) und setzt sie als Chiffre für alle Erscheinungsformen von Bedrängniserfahrungen und Todesgefahr in ein paradoxales Verhältnis zur Anteilnahme an der Kraft Christi (z.B. 12,9). Das mag sich in dieser, auf das Leiden und Sterben Jesu Christi bezogenen Eindeutigkeit heute nicht jedem in gleicher Weise erschließen, aber es deutet auf einen entscheidenden Punkt hin, um den Menschen nicht herumkommen: das Verhältnis zur eigenen Endlichkeit als eine der zentralen Aufgaben der Selbstanahme. Es gibt kein leidfreies Dasein. Auch angesichts beeindruckender und immer neuer Erfolge der Medizin bleibt für den individuellen Patienten wie auch für den verantwortlichen Arzt, den Seelsorger und die Angehörigen der Respekt vor der eigenen Endlichkeit und die Begrenztheit bzw. Fragilität des Erfolgs medizinischer Interventionen eine existenzielle Herausforderung, die keinem erspart bleibt, die aber spätestens dann und massiv sichtbar wird, wenn der potenzielle Gewinn an Lebensqualität und Autonomie und die Aufwändigkeit des Therapieversuchs in keinem angemessenen Verhältnis mehr zueinander stehen.

Um diese Verhältnismäßigkeit besser abschätzen zu können und auch die Erfahrungen aus anderen Fällen einbringen zu können, mögen die Einführung von Ethikkommissionen und die Etablierung von Einzelfallbesprechungen in klinischen Ethikkomitees, in denen auch andere Professionen und Disziplinen vertreten sind als Mediziner, eine wichtige Hilfe sein, um Entscheidungen auf ein besseres Fundament zu stellen, um Willkürlichkeit auszuschließen und um Fairness zu gewährleisten.

Die Herausforderung der Endlichkeit und der Leidensfähigkeit bleibt also bestehen, gleich ob es an anderen Menschen beobachtet oder an sich selbst erlebt wird. Sie besteht auch für den Arzt, der beim konkreten Patienten in seinen Möglichkeiten zu heilen bzw. in seinem Forschen nach neuen Therapiewegen faktisch an Grenzen stößt, die er als Ohnmacht erfährt. Worauf es jedoch ankommt, ist unterscheiden zu können zwischen unvermeidlichem Leid und vermeidbarem bzw. kurierbarem Leiden. □

## zur debatte

### Themen der Katholischen Akademie in Bayern

Jahrgang 44

Herausgeber, Inhaber und Verleger:  
Katholische Akademie in Bayern, München  
Direktor: Dr. Florian Schuller  
Verantwortlicher Redakteur: Dr. Robert Walser  
Fotos: Akademie  
Anschrift von Verlag u. Redaktion:  
Katholische Akademie in Bayern,  
Mandlstraße 23, 80802 München  
Postanschrift: Postfach 401008,  
80710 München,  
Telefon 089/381020, Telefax 089/38102103,  
E-Mail: info@kath-akademie-bayern.de  
Druck: Kastner AG – Das Medienhaus,  
Schloßhof 2 – 6, 85283 Wolnzach.  
zur debatte erscheint zweimonatlich.  
Kostenbeitrag: jährlich € 35,- (freiwillig). Überweisungen auf das Konto der Katholischen Akademie in Bayern, bei der LIGA Bank:  
Kto.-Nr. 2 355 000, BLZ 75090300  
IBAN: DE05 7509 0300 0002 3550 00  
SWIFT (BIC): GENODEF1M05.  
Nachdruck und Vervielfältigungen jeder Art sind nur mit Einwilligung des Herausgebers zulässig.

