

Betrachtungen von:

Peter Bamm

H. Buess

J. F. Volrad Deneke

G. L. Floersheim

A. Huttmann

J. Junkersdorf

W. Korff

J. Lodemann

G. Munck

B. Rübenach

H. Scharfenberg

N. Sradj

M. Sradj

Am
Rande
der Medizin

Johannes Junkersdorf



Verlag Gerhard Witzstrock Baden-Baden · Köln · New York 1979

Autorenverzeichnis

Peter Bamm

Arzt, Dichter und Schriftsteller

Prof. Dr. med. *H. Buess*

Medizinhistoriker

Med. Institut der Universität Basel

Prof. Dr. *J. F. Volrad Deneke*

Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages, Köln

Prof. Dr. med. *G. L. Floersheim*

Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich

Dr. *A. Huttmann*

Lehrbeauftragter für Geschichte der Medizin der Med.
Fakultät der Technischen Hochschule Aachen

Dr. med. *J. Junkersdorf*

Baden-Baden

Prof. Dr. *W. Korff*

Ordinarius für theologische Ethik, Fachbereich Katho-
lische Theologie der Universität Tübingen

Dr. *J. Lodemann*

Autor und Journalist, Literaturmagazin, Fernsehen,
Baden-Baden

Dr. med. *G. Munck*

Regisseur, Leonaris-Film, Böblingen

B. Rübenach

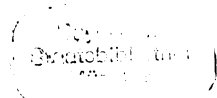
Rundfunkredakteur, Autor und Regisseur,
Baden-Baden

H. Scharfenberg

Rundfunkjournalist und Autor, Baden-Baden

Dr. *N. Sradj M. A. u. Frau Marion Sradj M. A.*,

Gießen



Der Verlag behält sich alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und
Verbreitung sowie der Übersetzung in fremde Sprachen, vor. Aus diesem Werk darf kein Teil
in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche
Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 1979 by Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden, Germany

Printed in Germany

Druck: F. W. Wesel, Baden-Baden

ISBN 3-87921-116-7

Inhaltsverzeichnis

<i>J. F. Volrad Deneke</i> Die Bedeutung der Soziologie für die moderne Medizin	9
<i>Peter Bamm</i> Die Mathematik in der Natur	13
<i>J. F. Volrad Deneke</i> Auf der Suche nach dem Menschlichen in der Medizin	18
<i>N. Sradj, M. Sradj</i> Die gegenwärtige Medizin zwischen Traditionalismus und Konservatismus	24
<i>G. L. Floersheim</i> Forschung nach Vorschrift?	31
<i>J. F. Volrad Deneke</i> Medizinische Wissenschaft und Praxis im Spiegel der Tagespublizistik des 19. Jahrhunderts	41
<i>J. Junkersdorf</i> Kranksein und Umgang mit Kranken	64
<i>H. Buess</i> Hämodynamik in geschichtlicher Sicht	77
<i>J. Lodemann</i> „Blumen auf unserem Kopf“	86
<i>G. Munck</i> Gedanken zur Synchronisation von Filmen aus der Kardiologie	92
<i>J. F. Volrad-Deneke</i> Der Scheintod als publizistische Sensation	101
<i>W. Korff</i> Moraltheologische Überlegungen zur Bevölkerungsentwicklung	124
<i>B. Rübenach</i> Kommen und Gehen – Notizen beim Wandern	140
<i>H. Scharfenberg</i> Kritische Gedanken zu Diätfragen unserer Zeit	149
<i>A. Huttmann</i> Harveys erster Anhänger	156
<i>W. Korff</i> Medizin und Ethik	169

Medizin und Ethik

W. Korff

Alles menschliche Handeln drängt nach ethischer Legitimation. Von daher steht das Handeln des Arztes unter keinem anderen Gesetz als das eines jeden anderen Handelnden auch. Als sich selbst aufgegebenes und sich selbst zugelastetes Wesen sieht er sich Kraft seiner Vernunft durch eben diese ihm eigene Vernunft in Verantwortung genommen. Sein Tun steht unter der Differenz von Gut und Böse. Diese Differenz ist für menschliches Handeln ebenso konstitutiv wie für menschliches Erkennen die Differenz von Wahr und Falsch. Die Vernunft will sich nicht gegen sich selbst widersprüchlich vollziehen. Das erste und allgemeinste Prinzip der handlungsbezogenen praktischen Vernunft, nämlich: das Gute ist zu tun und anzustreben, das Böse ist zu meiden, folgt letztlich demselben Satz vom Widerspruch, aus dem auch für die theoretische Vernunft die Differenz von Wahr und Falsch hervorgeht. Eine Einsicht von fundamentaler Bedeutung, wie sie in dieser Klarheit erstmals von Thomas von Aquin herausgestellt wurde.¹⁾ Der Mensch kann nicht ein und denselben Sachverhalt unter Heranziehung ein und derselben Gründe zugleich als wahr und als

falsch bezeichnen. Und er kann ebensowenig ein bestimmtes Tun unter Heranziehung ein und derselben Gründe als sittlich gut und zugleich als sittlich schlecht, als böse bezeichnen. Die Vernunft will also auch im Tun Übereinstimmung mit sich selbst erfahren, mit den Gründen, die sich ihr zeigen. Von daher gewinnen wir noch vor jeder weiteren inhaltlichen Bestimmung von Gut und Böse zugleich einen formalen, am subjektiven Vernunftvollzug des einzelnen gewonnenen Begriff von Schuld. Schuld ist Handeln gegen eigene bessere Überzeugung und Einsicht.

Aber auch in bezug auf die erste und grundlegende *inhaltliche* Bestimmung von Gut und Böse, die als solche zugleich generelle Richtschnur seines Handelns sein könnte, sieht sich der Arzt auf eine Maxime verwiesen, der auch für alle übrigen Handlungsbereiche gleichermaßen unbedingte Geltung zukommt, nämlich jene, die mit der absoluten Selbstzwecklichkeit und Unverfügbarkeit des Menschen als Person gegeben ist: Die Würde der menschlichen Person ist unantastbar! An dieser Maxime, die als normative Summe der Geschichte menschlicher Selbsttranszendenz und Freiheitserfahrung für ein vom Gedanken der Menschenrechte getragenes umfassendes Menschheitsethos zunehmend Gültigkeit gewinnt und bestimmend wird, muß sich heute alles geschichtlich ge-

1) Thomas von Aquin, Summa Theologiae I-II, 94, 2

wachsende partikulare Ethos, alle kulturelle und religiöse Sondermoral aber auch alle berufs- und standesethische Esoterik neu messen und auf seine humane Vernunft hin überprüfen lassen. Der Mensch ist mehr als eine Summe empirisch verrechenbarer Eigenschaften und Leistungen. Mag man nun die ethische Notwendigkeit der Wahrung dieser Unverfügbarkeit des Menschen universalanthropologisch aus dem Wesen menschlicher Kommunikationsgemeinschaft oder – was zumindest zwingender wäre – theologisch aus dem bezeugten, den definitiven Sinn menschlichen Daseins verbürgenden Gotteswillen ableiten, so bleibt sie doch in jedem Falle die inhaltliche Grundbestimmung des Ethischen schlechthin und damit das Kriterium aller konkreten moralischen Handlungsmodelle und Systembildungen. In ihrer Konsequenz gebietet sie genau das, was Kant in den kategorischen Imperativ faßt, daß der Mensch „von keinem Menschen (weder von anderen noch so gar von sich selbst) bloß als Mittel, gebraucht werden darf, sondern jederzeit zugleich als „Zweck an sich selbst“ respektiert bleiben muß. Eben darin bestehe seine Würde „dadurch er sich über alle anderen Weltwesen, die nicht Menschen sind, und doch gebraucht werden können, mithin über alle Sachen erhebt“.2)

Dem Arzt mag diese Maxime selbstverständlich klingen. Steht er doch mit seinem Beruf zugleich in der Tradition eines Ethos, das mit dem hippokratischen Eid diesem Beruf von Anfang an entscheidende, die Würde des Menschen respektierende ethische Ausrichtungen gegeben hat. Dennoch bestehen zwischen dem antiken Arztethos und dem heutigen ärztlichen Ethos sowohl ihrem Begründungskontext als auch ihrer inhaltlichen Ausgestaltung nach fundamentale Unterschiede. So versteht sich das Ethos des hippokratischen Arztes als ein durchaus elitäres, ganz und

gar berufsspezifisches Ethos, das seine Maßstäbe gerade nicht von einer allgemeinen, die gesamtgesellschaftliche Moral und Sozialstruktur bestimmenden Maxime her gewinnt. Dies zeigt schon die Tatsache, daß der Arzt, im Gegensatz zur übrigen Praxis der antiken Gesellschaft, durch den Eid in die Sonderpflicht genommen ist, jeden, der seine Hilfe in Anspruch nimmt, ohne Unterschied der Person und ohne Ansehen des Standes zu behandeln, den freien Mann ebenso wie den Sklaven. Ein wohlthuender Zug. Seiner Funktion nach einzig der Kunst des Heilens verpflichtet, besteht für ihn als Arzt die soziale Trennung zwischen dem freien Bürger und dem beseelten Werkzeug, wie noch Aristoteles den Sklaven nennt, nicht. Er hat allen gleichermaßen zu helfen, freilich nur soweit sie ihm das zu entgelten vermögen. Der Arme bleibt im griechischen Eid noch unerwähnt. Der Gedanke der Barmherzigkeit wird erst im christlichen und islamischen Kontext aufgenommen. Von irgendwelchen gesetzlichen Vorsorgen gar, die dem einzelnen einen allgemeinen Anspruch auf Behandlung sichern, sind wir da erst recht noch weit entfernt.

Doch nicht nur aus der auf Universalität hin angelegten Verpflichtung zu helfen, gewinnt das Ethos des antiken Arztes seine elitäre Struktur im Rahmen damaligen gesellschaftlichen Gesamthethos, wengleich gerade dieser Zug unserem heutigen moralischen Empfinden am meisten entgegenkommt. Elitär bleibt es auch durch das mit ihm geforderte Versprechen, die empfangene Lehre als strenges Berufsgeheimnis zu hüten, keiner Öffentlichkeit zugänglich zu machen und sie lediglich an die Adepten, zumeist waren es wiederum Söhne und Verwandte von Ärzten, weiterzugeben. Eine Forderung freilich, die bereits im Mittelalter mit dem Entstehen der Universitäten, die jedem Qualifizierten offenstanden, dahinfiel.

Seine eigentliche Problematik aber, die den hippokratischen Eid als ethische Basis für heutiges ärztliches Handeln völlig unzureichend erscheinen läßt, liegt in

2) Kant, *Metaphysik der Sitten*, ed. Weischedel, Bd. 4, 600 f.; ders., *Kritik der praktischen Vernunft*, ebd. 210

einer anderen von ihm selbst gesetzten Begrenzung; nämlich in der restriktiven Auslegung jener Maxime, die von ihm selbst erstmals als eine fundamentale Richtschnur ärztlichen Handelns, und dies zurecht, herausgestellt wird: der Maxime des „nil nocere“ des „Niemandem schaden“. Wie gesagt, geht es dabei nicht um die Maxime als solche, sondern um deren durch die Einzelweisungen des Eides festgelegte restriktive Auslegung und Anwendung. Hier drei Beispiele:

Der Eid erlaubt es dem Arzt in keinem Fall, dem Kranken eine unglückliche Prognose bekanntzugeben. Damit bleibt ihm die ganze Zumutung, als Wissender dem Kranken in einer von diesem personal zu bewältigenden extremen Lebensnot real beistehen zu müssen, erspart. Er darf sich im Namen des nil nocere aus der Affäre ziehen. Eine moralische und rechtliche Aufklärungspflicht im heute geforderten Sinne ist auf der Grundlage des hippokratischen Eides nicht zu legitimieren.

Der Eid verbietet dem Arzt, den Steinschnitt auszuüben. Der Grund hierfür liegt zweifellos in der sehr hohen Mortalitätsrate, die bei solchen Eingriffen, die in der Regel schwere Harnphlegmone mit vielfach anschließender Sepsis nachsichzogen, zu verzeichnen waren. Man überließ dies einer eigenen Kaste, den Steinschneidern, die bereit waren, solches Risiko auf sichzunehmen. Eine Strategie der sauberen Hände.

Dasselbe gilt für das hippokratische Verbot des Schwangerschaftsabbruchs. Abtreibung war bei den Griechen nicht grundsätzlich verboten. Es geht hier also nicht um ein allgemein moralisches, sondern um ein berufsspezifisches Tabu. Man überließ die Sache anderen.

Ich will mit diesen Hinweisen die historische Bedeutung des hippokratischen Eides für die Entwicklung eines ethisch fundierten ärztlichen Handelns in keiner Weise mindern. Es mag in diesem Zusammenhang

nur an das so wichtige dort erstmals formulierte Gebot der ärztlichen Schweigepflicht und der Wahrung der Privatsphäre des Patienten erinnert werden; eine unverzichtbare Pflicht, die als besonderes Vorrecht des Arztes auch vom heutigen Gesetz geschützt bleibt. Dennoch, der hippokratische Eid ist aufs Ganze betrachtet für den Mediziner des 20. Jahrhunderts keine zureichende ethische Handlungsgrundlage, und zwar weder für den Mediziner als Arzt noch für die Mediziner als Forscher. Er ist elitär überfrachtet, in der Lösung von Grenzproblemen restriktiv auf Exkulpierung bedacht, und, was das Entscheidende ist, mit seiner Maxime des nil nocere stößt er noch nicht in jene ethische Mitte des Gedankens der Würde menschlicher Personalität vor, von der heute alle ethische Diskussion auszugehen hat und bestimmt ist.

Wenn dies aber nun zutrifft, dann kann die Aufgabe einer heutigen medizinischen Ethik nicht darin liegen, die Vielfalt medizinisch-ethischer Grenzprobleme, vor die sich der Mediziner der Gegenwart in Praxis und Forschung tagtäglich neu gestellt sieht, im Rekurs auf einen weiterzuentwickelnden hippokratischen Normenkatalog zu lösen. Was ihr vielmehr aufgegeben bleibt, ist die Notwendigkeit, die tatsächlich andrängenden Probleme in Einlösung jener Maxime zu beantworten, die das kritisch zugeschärfte moralische Bewußtsein des heutigen Menschen zentral bestimmt, nämlich jener, die mit dem Anspruch der Würde des Menschen generell und unabdingbar gegeben ist. Dabei bin ich mir im klaren darüber, daß dieser einzig verbleibende Weg ethischer Problemlösung die Sache zwar einsichtiger, aber deshalb nicht auch schon leichter macht. Ich nenne hier nur einige Problembereiche, um die Schwierigkeit der sich damit stellenden ethischen Fragen zu verdeutlichen:

1. Die vom heutigen Recht her vorgesehene Möglichkeit und gegebenenfalls auch Notwendigkeit ärztlichen Tätigwerdens im Rahmen der §§ 218/219 St.G.B. – Wie läßt sich das vom Anspruch der Men-

schenwürde her gegebene Recht auf Leben auch für das werdende menschliche Leben begründen und geltend machen? Ist dem Gesetzgeber moralisch zuzustimmen, wenn er Schwangerschaftsabbruch nicht mehr ausnahmslos unter Strafe stellt, nachdem immer deutlicher geworden ist, daß er dem Übel mit bloßen Sanktionen nicht wirksam entgegensteuern kann, sondern umgekehrt damit eher noch zusätzlichen Risiken und Gefährdungen Vorschub leistet? Und dann: aufgrund welcher nicht nur positiv-rechtlicher, sondern aufgrund welcher moralischer Argumente sieht sich der Arzt im konkreten Fall legitimiert, in diesem Sinne tätig zu werden? Wird es doch letztlich ihm zugemutet, den Abbruch tatsächlich vorzunehmen.

2. Ein weiteres wichtiges Problem heutiger medizinischer Ethik stellt sich mit der Notwendigkeit klinischer Versuche. Dabei ist zunächst zu unterscheiden zwischen dem klinischen Versuch mit therapeutischem Ziel im Interesse des Patienten und dem klinischen Versuch mit rein wissenschaftlichem Ziel ohne unmittelbaren therapeutischen Wert für die betreffenden Versuchspersonen. Wesentlich um letzteren geht es hier. So ist z. B. die Erprobung neuentwickelter Medikamente durch kontrollierte Tests unerlässlich. Tierversuche allein genügen hier am Ende nicht. Deshalb setzt heute auch der Gesetzgeber für die Zulassung entsprechende Bedingungen. So dürfen nach dem am 1. 1. 1978 in Kraft getretenen neuen Arzneimittelgesetz neue Fertigarzneimittel nur freigegeben werden, wenn sie aufgrund anerkannter Kontrollmethoden, die dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu entsprechen haben, klinisch geprüft sind.³⁾ Dabei ist zu erwarten, daß die hierfür noch gesetzlich ausstehenden Einzelbestimmungen, entsprechend der Arzneimittelprüfrichtlinie

vom 11. 6. 1971 und der Richtlinie des Rates der EG vom 20. 6. 1975, auch künftig dem sogenannten *Doppelblindversuch* eine wesentliche Aufgabe in der klinischen Prüfung zuweisen werden.⁴⁾ Eben damit aber hat es wiederum seine Probleme. Sowohl die Helsinki-Deklaration von 1964 als auch die anlässlich der 29. Generalversammlung des Weltärztebundes 1975 in Tokio verabschiedete Deklaration über die Forschung am Menschen fordern den informed consent, die informierte Zustimmung der Versuchspersonen. Wie aber soll dann verfahren werden, wenn eine letzte Sicherheit über die Wirksamkeit eines Medikamentes im gegebenen Fall nur über Testbedingungen erreicht werden kann, die den informed consent faktisch ausschließen oder zumindest erheblich einschränken? Hier wird man noch sehr viel präzisere Entscheidungsprämissen erarbeiten müssen, will man den Notwendigkeiten der Forschung und dem Respekt vor der Würde und Freiheit des Menschen gleichermaßen Rechnung tragen. Wenn man heute in etlichen Ländern (Schweden, England, USA) bereits zur Einrichtung eigener z. T. vom Gesetz her geforderter Ethikkommissionen übergegangen ist, so zeigt das zugleich die Schwierigkeit dieser Dinge an.

3. Eine der bedrängendsten ethischen Fragen, die hier noch angesprochen werden soll, betrifft die der ärztlichen Sterbehilfe. Die beiden konkurrierenden Güter, zwischen denen der Arzt in diesem Zusammenhang abzuwägen hat und die nach Maßgabe seiner Möglichkeiten zu bewahren vom Anspruch der Würde des Menschen her gleichermaßen gefordert erscheint, ist das Gut des Lebens einerseits und das Gut der körperlichen Unversehrtheit andererseits. Dabei kommen näherhin zwei extreme Konfliktfälle besonders in Betracht. Einmal, wo bei sicher zu erwartenden

3) § 24 I u. § 26 I 2 AMG

4) II A, BAnz 1971, Nr. 113; 75318/EWG, ABL Nr. L 147 v. 9. 6. 75, S. 1

dem Tod für den Kranken Lebensverlängerung zugleich nur noch Leidensverlängerung, d. h. Verlängerung eines unertäglichen Zustandes körperlicher Versehrtheit bedeutet. Für den Arzt geht es hier im allgemeinen um das Problem eines Tätigwerdens im Sinne *indirekter* Sterbehilfe, nämlich einer Sterbehilfe durch erforderliche schmerzlindernde Therapie mit gegebenenfalls gleichzeitiger lebensverkürzender Nebenwirkung. Soweit er um diese Nebenwirkung sicher weiß, wirkt er also zugleich volitiv am vorzeitigen Tod des Patienten mit. Die Nebenwirkung wird, und dieser Tatsache sollte er nicht entfliehen wollen, durch sein Tun in Gang gesetzt. Es gibt hier im gegebenen Fall keine glatte Lösung. Obschon er, unter den gegebenen Umständen das geringere Übel wählend, moralisch völlig richtig handelt, bleibt er Mitverursacher und somit auch Mitverantwortlicher. – In anderer, jetzt freilich noch sehr viel direkterer Weise stellt sich das Problem ärztlicher Sterbehilfe als ethisches Grenzproblem dort, wo nach bereits eingetretenem irreversiblen Ausfall sämtlicher übriger, geistiger wie psychischer Lebensfunktionen eines Patienten sich eine weitere Verlängerung seines Lebens nur noch in der maschinellen Aufrechterhaltung noch verbliebener, rein vegetativer Restfunktionen vollziehen kann. Ich weiß nicht, was solche künstliche, mit allen nur erdenklichen Mitteln durchgesetzte, im Grunde gewalttätige Protrahierung menschlichen Restdaseins moralisch rechtfertigen soll – irgendwie hat der Mensch, mit einem Wort meines verehrten Lehrers Werner Schöllgen, auch das Recht auf einen natürlichen Tod – aber den gegebenenfalls legitimen Abbruch einer solch apparativen Überlebensbehandlung rechtsmedizinisch nun ausgerechnet als bloß *passive* Sterbehilfe zu kennzeichnen,⁵⁾ ist m. E. schlichter Selbstbetrug.

5) G. Dotzauer, Ärztliche Ethik und Recht, in: R. Gross u. a. (Hrsg.): Ärztliche Ethik, Stuttgart–New York 1978, 31–52, 43

Bleibt doch die Wirkung hier ebenso direkt angezielt, wie wenn eine tödliche Spritze gesetzt würde. Der Tod des hier gegebenen menschlichen Lebens tritt unfehlbar und direkt ein. Es zeigt sich darin im Grunde dieselbe Versuchung zur Konstruktion einer konfliktfreien Arztmoral, die wir bereits am hippokratischen Eid kritisiert haben.

Freilich, und dies muß zum moralpsychologischen Verständnis solcher Argumentation festgehalten werden, hier handelt es sich keineswegs nur um eine spezifisch berufsethische Versuchung des Arztes, sondern um eine generell menschliche. Der Mensch sucht Entlastung und Sicherheit. Er möchte seinen guten Willen durch klare Normen salviert sehen. Selbst innerhalb der Ethik und Moralthologie, und hier sollte man doch am ehesten kritischen Realitätssinn erwarten, waren, wenn auch nicht einheitlich, noch bis in die jüngste Zeit hinein solche Neigungen vorherrschend. Wo immer es um das Problem der Inkaufnahme von Übeln ging, sucht man die um eines guten Zieles willen unvermeidlich in Kauf zunehmende schlechte Nebenwirkung möglichst als eine nichtintendierte, unbeabsichtigte, rein zugelassene Größe zu rechtfertigen.⁶⁾ Man konnte es einfach nicht ertragen, daß es für den Menschen Handlungssituationen geben könnte, die sich ihrem Wesen nach nur um den gleichzeitigen Preis eines von ihm willentlich zu verantwortenden Übels lösen lassen. Solche Exkulpierungsstrategie stößt mit Recht auf die Kritik heutiger Moralthologie. Wo immer Handlungen gesetzt werden, um deren Nebenwirkung man weiß, fällt diese

6) Vgl. A. Vermeersch, *Theologia Moralis, Principia – Responsa – Consilia I*, Rom 1947, 105 ff. Zur Kritik dieser Interpretation, für die man sich zu Unrecht auf Thomas beruft, vgl. F. Scholz, *Wege, Umwege und Auswege der Moralthologie. Ein Plädoyer für begründete Ausnahmen*, München 1976, 112–120. Zum gegenwärtigen Diskussionsstand F. Böckle, *Fundamentalmoral*, München 1977, 311–315.

Nebenwirkung zugleich auch in die Verantwortung des Handelnden, d. h. sie läßt sich nicht im nachhinein als nichtintendiert ausgeben, wenn sie in Wahrheit als *conditio sine qua non* des eigentlichen Handlungsziels mitgewollt werden muß. Dabei ist es gleichgültig, ob sie nun, soll das Handlungsziel erreicht werden, vom Handelnden direkt in einem eigenen zuzätzlichen Akt zu realisieren und mitzusetzen ist oder ob sie im Verfolg des Handlungszieles von sich aus eintritt, also nurmehr indirekt mitgewollt bleibt. In beiden Fällen ist er der Verursacher und somit auch dafür verantwortlich.

Die Berufung auf ein bloß passives Zulassen kann also in keiner Weise als der geeignete Weg betrachtet werden, um die Inkaufnahme eines Übels moralisch zu rechtfertigen. Der Mensch würde sich damit nur an seiner eigentlichen Verantwortung vorbeistehlen. Ein von ihm indirekt verursachtes Übel bleibt *de facto* ebenso ein willentlich zu verantwortendes wie ein von ihm direkt verursachtes. Einen ihn in seinem Handeln dennoch rechtfertigenden angemessenen Grund kann er sonach aber nur aus dem unmittelbaren Abwägen jener möglichen Übel gewinnen, zwischen denen er hierbei in Wahrheit zu wählen hat, nämlich zwischen dem Übel, das im Falle des Handelns als Nebenwirkung in Kauf zunehmen ist und dem Übel, das aus dem Unterlassen der Handlung entstehen würde. Dabei darf das Übel, das als Nebenwirkung zu verantworten ist – und hier liegt die eigentliche Zumutung seines Ermessens – in keinem Falle größer sein als jenes, das aus einem generellen Handlungsverzicht erwachsen würde. Erst damit ist eine *Maxime* gesetzt, die dem Handelnden die Last, Ursache von Übeln sein zu müssen, nicht einfachhin abnimmt, ihm aber dennoch zugleich den Weg zu einem Handeln eröffnet, das *verantwortliches* Handeln bleiben kann. Sie bewahrt ihn davor, die Mittel dem Zweck blindlings unterzuordnen und um eines guten Zieles willen die hierfür unabdingbar – direkt oder in-

direkt – in Kauf zu nehmenden Übel um jeden Preis zu zahlen. Was man also damit gerade nicht rechtfertigen kann, ist die ihr im Grunde zutiefst entgegengesetzte Sentenz, daß der Zweck die Mittel heilige. Was sie dieser gegenüber vielmehr verpflichtend deutlich macht ist die Tatsache, daß der Zweck seinen Sinn verliert, wo immer die negativen Nebenwirkungen, über die er zu erreichen und zu sichern ist, seinen eigenen positiven Wert übersteigen.

Darf diese *Maxime* aber auch noch für solche Situationen in Anspruch genommen werden, wo das in Kauf zu nehmende Übel nicht ein physisches, sondern ein moralisches ist, wo also der Handelnde, sei es direkt oder indirekt, Ursache eines sittlich bösen Tuns wird? Hierzu müssen wir uns zunächst fragen, was das eigentlich heißt, sittlich böse handeln? Die Antwort lautet: sittlich böse handelt, wer aus bösem Willen handelt, also ein Übel um seiner selbst willen anstrebt, gehe es dabei nun um ein *physisches* Übel, das man sich oder anderen aus bösem Willen zufügt oder um ein *moralisches*, zu dem man sich oder andere aus bösem Willen verführt. Genau dies aber trifft im Rahmen einer verantwortlichen *Inkaufnahme* von Übeln, bei der es nurmehr um die Verhinderung eines im gegebenen Fall noch *größeren* physischen oder moralischen Übels geht, *per definitionem* nicht zu, und zwar auch dann nicht, wenn das in Kauf zu nehmende Übel ein solches moralischer Art ist. Bleibt doch hier gerade nicht der böse, sondern der *gute Wille* des Handelnden, nämlich aus der gegebenen Konfliktsituation das moralisch *Bestmögliche* zu machen, für den gesamten Entscheidungsablauf bestimmend.

Dennoch läßt sich nicht leugnen, daß solche Konfliktsituationen, die einem Menschen die Entscheidung abfordern, etwas tun zu müssen, was er unter normalen Umständen weder tun würde noch tun dürfte, ihre eigene moralische Härte haben. Gerade hier ist deshalb das Bedürfnis nach *Legitimation* naturgemäß be-

sonders groß. Die Antwort der moraltheologischen Tradition ist denn auch eher restriktiv, wenngleich keineswegs in allem einhellig. So sieht es Thomas immerhin als geboten an, alig. So sieht es Thomas immerhin als geboten an, auch moralische Übel unter bestimmten Umständen zu *tolerieren*, wenn damit größere verhindert werden können. „Ein moralisches Gut muß bisweilen beseite gelassen werden, um ein anderes schlimmeres moralisches Übel zu vermeiden“, heißt es in einer quaestio disputata über die „brüderliche Zurechtweisung“.7) Dieselbe Regel gilt in bezug auf die Tolerierung der Prostitution: „Der weise Gesetzgeber erlaubt geringere Übertretungen, um größere zu vermeiden.“ Hierbei bringt er das Augustinuswort in Erinnerung: „Wenn du die Dirnen aus der menschlichen Gesellschaft entfernst, wirst du alles durch die Leidenschaften verwirren.“8) Bereits dieser Ansatz des Thomas erlaubt, jedenfalls soweit es das Recht und seine Sanktionen betrifft, auch für andere, gegebenenfalls noch gewichtigere Handlungsgebiete, ähnlich nüchterne Lösungen im Sinne einer Wahl des moralisch kleineren Übels. So haben Überlegungen dieser Art etwa bei der Einführung des Ehescheidungsrechts in den neuzeitlichen Gesetzgebungen aber auch bei der jüngsten Reform des § 218 ohne Zweifel eine entscheidende Rolle gespielt.

Dennoch ist mit solcher Argumentation, die das Problem des malum morale nur unter dem Aspekt des Zulassens und damit des nur indirekten Inkaufnehmens zu lösen sucht, die eigentlich kritische Kernfrage nicht erfaßt, solange man nämlich davon ausgeht, daß man ein moralisches Übel nie direkt wollen dürfe, und zwar auch dann nicht, wenn die aus einem generellen Handlungsverzicht erwachsenden physisch üblen Folgen ungleich größer sind als jene, die sich aus der

Wahl des *moralischen* Übels ergeben. Hiernach bliebe es beispielsweise einem Arzt selbst dann moralisch versagt, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, wenn dieser medizinisch indiziert ist, wenn es also gilt, zwischen dem sicher eintretenden Tod von Mutter und Kind einerseits und der Tötung des noch ungeborenen Kindes andererseits abzuwägen.9) Objektiv kann es hiernach keine Unsicherheit geben. Dem Arzt bleiben die Hände gebunden. Er muß den Tod beider zulassen, will er sich nicht moralisch schuldig machen. Alles andere sei „subjektive Täuschung“.10) Die Vorzugsregel des minus malum auf die Möglichkeit der direkten Wahl eines malum morale ausdehnen bedeute letztlich deren ethische Pervertierung. Eine solche Argumentation trägt freilich nur, solange man die Illusion aufrechterhält, daß die Übel, die hier aus einem bewußten und absichtlichen Unterlassen erwachsen, eben solche rein physischer Art seien, für die man unter dieser Voraussetzung eben nichts könne und insofern auch keinerlei Verantwortung trüge. In Wahrheit sind diese Übel aber ganz und gar nicht mehr nur solche physischer Art, wo immer nämlich dem Handelnden die aktive Macht gegeben ist, sie zu verhindern. Tatsächlich geht es also in unserem Fall um die unabwendbare Wahl zwischen einem direkt angezielten geringeren moralischen Übel und einem bewußt zugelassenen und sonach indirekt gewollten größeren moralischen Übel.

Von daher scheint mir der Satz, man dürfe das Böse nie direkt wollen, einer Präzisierung bedürftig. Bleibt doch im gegebenen Konfliktfall die Option für das geringere moralische Übel, auch wenn es sich um ein direkt in Kauf zu nehmendes handelt, gegenüber dem

7) Q. disp. de correctione fraterna, q. un., al, ad 5

8) S. Th. I-II, 101, 3 ad 2

9) L. Bender, Ex duobus malis minus est eligendum, in: Periodica de re morali, canonica, liturgica 40 (1951) 256–264, 257

10) O. Schilling, Handbuch der Moraltheologie, Bd. 1, Stuttgart 1952, 160

aus seinem Unterlassen entstehenden größeren moralischen Übel eindeutig geboten. Wie sollte man, um ein anderes Beispiel zu nehmen, eine Situation, in der durch eine wahre Aussage, die jemandem abverlangt wird, einem Mitmenschen ohne dessen böses Zutun schwerster Schaden zugefügt würde, ethisch anders bewältigen als eben durch das in diesem Falle geringere moralische Übel einer Falschaussage?¹¹⁾ Der „Mut zum Schuldig-werden“ (N. Hartmann) erscheint unter gegebenen Umständen sonach unumgänglich, will man nicht noch größere Schuld auf sich nehmen. Nur so läßt sich in der Tat die als solche auch hier unbestritten gültige, auf die Sicherung der menschlichen Würde und Freiheit gerichtete „personale“ Vorzugsregel unter dergestalt personal zugeschrärfen Konfliktbedingungen verantwortlich einlösen. In bezug auf das *malum morale* gilt demzufolge dieselbe *Maxime*, die sich generell bei der Abwägung in Kauf zunehmender Übel herauskristallisiert hat: Es ist als direkt zu setzende oder auch nur zuzulassende Nebenwirkung dort und nur dort zu verantworten, wo sein Vermeiden ein noch schlimmeres moralisches Übel nachsichziehen würde. Darin bleibt zugleich die klare ethische Forderung, vorausgesetzt, daß man ein *malum* nie, weder direkt noch indirekt, um seiner selbst willen, aus böser Absicht wollen oder tun darf.

Damit aber sind die wesentlichen Bedingungen für ein ethisch verantwortliches Handeln sichergestellt. Erst die so gefaßte *Maxime* formuliert Voraussetzungen, die den Handelnden vor dem Zynismus einer „*macchiavellistischen* Erfolgsethik“ ebenso bewahren wie vor dem Utopismus einer realitätsblinden „Gesin-

nungsethik“, die sich letztlich als Exkulpierungsstrategie entlarvt.¹²⁾

Der Mensch bleibt der Last moralischer Entscheidungszumutungen ausgesetzt, denen er nicht entfliehen kann. Er muß sie aufsichnehmen und durchtragen, will er sich nicht, nunmehr wirklich objektiv, schuldig machen.

Man hat gelegentlich gesagt, Politik sei die Kunst des Möglichen. Das gilt in noch fundamentalerer Weise von der Moral, auch von der Moral des Arztes. Sie ist die Kunst der Einlösung und Sicherung des Humanen in seinen tatsächlichen, je und je von den Umständen her gegebenen sachlichen und technischen, individuellen und sozialen Möglichkeiten. Wo sich Moral nur noch vom Realisierungswürdigen, nicht aber zugleich auch vom tatsächlich Realisierbaren bestimmen läßt, wird sie zur bloßen „Zuschauerethik“ (W. Schöllgen).¹³⁾ Erweist es sich doch im Grunde als völlig verfehlt, das moralische Problem einzig und allein im guten oder bösen *Willen* des Menschen zu suchen. Alle ethische Verwirklichung geschieht in Bedingtheiten und Brechungen und somit unter Inkaufnahme von Übeln, physischer wie moralischer. Eine Moral, die den Menschen in seiner Kreatürlichkeit ernst nimmt und ihn zugleich dort abholt, wo er in seiner geschichtlichen Verfaßtheit steht, ist nur möglich als Verantwortungsethik und eben darin letztlich nur als eine Ethik des Kompromisses. Das Mögliche ist das meiste und nicht das von allen Umständen purgierte denkbar Größte, das zum totalitären tendierende Ideal. Die letzte Lösung aller Dinge ist nicht Sache des Menschen, sondern Gottes.

11) Vgl. auch B. Schüller, Begründung sittlicher Urteile a.a.O., 175 ff.; ders., Typen ethischer Argumentation in der katholischen Moraltheologie, in: Theologie u. Philosophie 45 (1970) 526-550, 534

12) W. Schöllgen, Die soziologischen Grundlagen der katholischen Sittenlehre, Düsseldorf 1953, 91 ff.

13) W. Schöllgen, Aktuelle Moralprobleme, Düsseldorf 1955, 216

