
Rev. Dr Jonathan H. PYE (GB)

30/08/2013

(Johanna Goldbach, Übersetzerin)

<p style="text-align: center;">Krankheit und Behinderung für den Patienten als Person, aus ethischer und theologischer Sicht</p>

Einführung:

Mitte der 1970er Jahre schrieb der amerikanische Theologe und Ethiker Stanley Hauerwas einen prophetischen Artikel für das Journal, *Connecticut Medicine*, mit dem verblüffenden Titel: *„Muss ein Patient eine Person sein, um ein Patient zu sein? Oder: Mein Onkel Charlie ist nicht gerade eine Person, aber er bleibt mein Onkel Charlie.“* Darin untersucht Hauerwas die Bedeutung von ‚Personsein‘ oder dem Status einer ‚Person‘ als ein wichtiges Konzept in dem damals aufkeimenden, aber schnell wachsenden Feld der Medizinethik.

In seinem Artikel unterscheidet Hauerwas zwischen einem *beschützenden* Gebrauch des Wortes ‚Person‘, wie er ihn in der Arbeit von Paul Ramsey findet, wo ‚Person‘ die Funktion hat, den individuellen Patienten -besonders in der experimentellen Medizin- vor der Versuchung zu schützen, dass er zum Wohl anderer oder der Gesellschaft benutzt wird, und einem *geduldeten* Gebrauch, der dem Benutzer erlaubt, einige der wichtigen moralischen Forderungen zu umgehen, die die gegenwärtige Medizin erhebt. Hauerwas sagt: „... falls wir mit einiger Sicherheit sagen können, dass X, Y oder Z keine Person ist, dann ist unsere Verantwortung nicht die gleiche wie für jene, die diesen erhabenen Titel tragen.“

Drei Gebiete, in denen er diesen geduldeten Gebrauch des Wortes ‚Person‘ im letzten Viertel des zwanzigsten Jahrhunderts als besonders vorherrschend sah, waren das Gebiet der *Abtreibung*, der *Entzug der Fürsorge für Sterbende* und die *Probleme bezüglich der selektiven Pflege von geschädigten oder missgebildeten Säuglingen*.

Seit Hauerwas diesen Artikel schrieb, haben sich die Sachverhalte auf allen drei Gebieten mit ihren medizinischen und moralischen Belangen vervielfacht. Denn Fortschritte in der Medizintechnik haben Klinikern, Ethikern und Theologen gleichermaßen neue und immer komplexere Rätsel aufgegeben, nicht zuletzt auch Gesellschaften, in denen wir die fortschreitende Marginalisierung in der Fürsorge für die am meisten Benachteiligten erleben, einschließlich jenen, die arm sind oder mit multiplen oder hochgradigen Behinderungen leben, insbesondere Lernbehinderungen.

In diesem Referat möchte ich deshalb einige der Entwicklungen, die aus den von Hauerwas aufgezeigten Problemkreisen hervorgehen, aus der Sicht von derzeitigen Entwicklungen in der Medizin, Medizinethik und theologischen Anthropologie darstellen. Und ich möchte vorschlagen, dass eine übereinstimmende Theologie zu menschlichem Personsein, für die Hauerwas sich im Titel seines Artikels stark macht und für die Paul Tournier schon in den frühen 1940ern den Weg bahnte, das anbieten kann, was ich als theologische ‚Wegweiser‘ in dem medizinisch-ethischen Wirrwarr beschrieben habe.

Personen:

Derzeit wird im Bereich der Medizinethik viel über ‚Personen‘ gesprochen – ihre Autonomie (Schweigepflicht, informierte Einwilligung etc.), unsere Haltung ihnen gegenüber (als Forschungssubjekte, als Subjekte/Objekte in der Pflege – sowohl im positiven Sinn, indem im ‚besten Interesse‘ des Patienten gehandelt wird, als auch in dem Sinn, denen in unserer Obhut nicht zu ‚schaden‘), Fragen der Gerechtigkeit (individuell oder kollektiv); aber es gibt auch viel Uneinigkeit darüber, wer oder was eine ‚Person‘ wirklich ist.

Was macht also eine Person aus, wann beginnt oder endet ‚Personsein‘ (gibt es konsequenterweise so etwas wie menschliche *Nicht*-Personen, wie die Philosophen Peter Singer oder Helga Kuhse argumentieren würden), oder wann beginnen Personen oder hören auf, moralisch bedeutsam zu sein, und ist ‚Personsein‘ ein biologisches Phänomen (wie verhält sich z.B. menschliche Identität zum ‚Körper‘) oder gibt es eine andere Deutung? All das sind wichtige -und zunehmend sachdienliche-Fragen, nicht zuletzt wegen eines exponentiellen Anstiegs solch chronischer Zustände, die oft mit einer verlängerten Lebensspanne korrelieren, wie die Demenz.

Ohne solche Fragen anzusprechen, können wir keine Richtlinien für die moralische Forderung nach ‚Respekt vor Personen‘ erhalten. Das unterstützt so vieles von Tourniers Schriften, sowie die gegenwärtige Debatte über medizinische Ethik und Praxis und tatsächlich auch so vieles im medizinischen Recht. Falls man nicht definieren kann, wer oder was eine Person *ist*, dann wird ‚Respekt‘ vor Personen nicht nur zu einem leeren Konzept, sondern man wird ‚Grenzpfeiler‘ versetzen können, und zwar ganz willkürlich.

Im Folgenden werde ich zeigen, wie Personsein ein Schlüsselkonzept in der Medizinethik bleibt, das eher auf die Empfänger der Medizintechnik ausgerichtet ist als auf die Technik selbst, deren Gebrauch jedoch damit enden kann, mehr ein Ausdruck von medizinischem ‚Machtgehabe‘ (‚machismo‘) zu sein als Teil einer Pflegepflicht dem Patienten gegenüber. Ich werde auch zu Bedenken geben, dass jegliche Definition von ‚Personsein‘ oder einem ‚Personen‘-Status, die lediglich auf biologischen Kriterien beruht (wie Gefühlsfähigkeit oder neo-kortikale Funktion), für die Aufgabe immer unangemessen sein wird. Viel mehr werde ich behaupten, dass eine Neu-Bewertung von ‚Personsein‘, wie sie in einem theologischen Diskurs gebraucht wird, der sowohl die ‚Andersartigkeit‘ als auch die ‚Gleichheit‘ des Anderen betont, uns ein konstruktiveres Modell anbietet, da es ‚Personsein‘ als eine *Beziehung* und nicht nur *biologisch* sieht. Daher bietet es der Ethik -und einem breiteren Feld der medizinischen Theorie und Praxis- eine sehr viel befriedigendere Rahmenempfehlung und somit einen Schritt voran in dem medizinisch-ethischen ‚Wirrwarr‘.

Man kann argumentieren, dass im medizinischen Zusammenhang die ‚Person‘ als eine Rahmenempfehlung jemand ist, die bis vor kurzem systematisch displaziert oder an den Rand gedrängt war in einer zunehmend technisch medizinischen Methodenforschung seit der Zeit der Aufklärung. Dieser Prozess der Verärztlichung (medicalization) der Gesundheitsfürsorge wurde von Ivan Illich als ‚Iatrogenese‘ (durch den Arzt verursacht) und von dem Philosophen Michel Foucault als ‚ärztliche Tyrannei‘ charakterisiert. Konsequenterweise ist die Wiederentdeckung der Person zu diesem Zeitpunkt eine Hauptaufgabe nicht zuletzt für einen theologisch orientierten Beitrag zu medizinisch-ethischer Theorie und Praxis gewesen. Sicherlich waren philosophische Vorstellungen von Personsein während dieser Periode im Fluss, aber Veränderungen in der medizinischen Praxis, die durch Veränderungen in der Medizintechnik bewirkt wurden, haben ihrerseits einen Wandel erschwert.

Aber lassen Sie uns zum ersten Element in Hauerwas Trilogie der Beispiele zurückkehren. Falls, wie Hauerwas aufzeigte, es demonstriert werden könnte, dass ein Fetus keine ‚Person‘ ist (obwohl er eindeutig beides ist: ‚menschlich‘ und ‚lebendig‘), dann würden die Schutzrechte, die durch die Medizin Personen gewährt werden, nicht gelten und die technischen Fähigkeiten der Medizin, die zur Erhaltung von Leben gebraucht würden, könnten sowohl rechtlich wie moralisch auch dazu dienen, Leben zu zerstören. Die Argumente auf beiden Seiten der Abtreibungsdebatte, nicht zuletzt solche, die auf Spekulationen des ‚Möglichen‘ zielen, wurden reichlich erörtert und ich beabsichtige nicht, sie hier zu wiederholen.

In diesem Zusammenhang *ist* es jedoch wichtig zu zeigen, wie dieselben Argumente, die die Debatte über Abtreibung und den moralischen Status eines Feten schüren, auch auf andere Problemkreise ausgeweitet wurden, die sich mit dem Personen-Status befassen wie z.B. die Fürsorge am Lebensende und die strittigen Themen um Therapie-Entzug oder assistiertes Sterben. Falls moralisch ‚wertvoll‘ sein etwas ist, das zu Personen gehört, aber nicht zu Nicht-Personen (wenigstens im Sinne von menschlicher Entwicklung und von ‚Sein‘), dann bleibt die Frage, wann eine Person eine ‚Person‘ ist und wann nicht.

Leben vor der Geburt:

In den frühen Lebensphasen wird die Frage wichtig, wann ‚Personsein‘ *beginnt* und damit die Anerkennung, moralisch ‚wertvoll‘ zu sein.

Aus rechtlicher Sicht hat sich eine Art ‚Werteskala‘ für das ‚Sein‘ entwickelt: Empfängnis, das Entstehen der Keimscheibe (14 Tage), erste Kindsbewegungen (dies wurde im Mittelalter als Zeitpunkt der ‚Beseelung‘ ausgewiesen), Lebensfähigkeit (die ihrerseits so stark von dem gegenwärtigen Stand der Medizintechnik abhängt) oder die Geburt selbst (wenn die gesetzlichen Rechte des Personseins gelten, z.B. das Recht auf Erbschaft).

‚Personsein‘ durch einen biologisch ‚magischen Augenblick‘ festlegen zu wollen, scheint eine Übung zu sein, die zum Scheitern verurteilt ist, obwohl das Gesetz weiterhin gewisse biologische Marksteine setzen muss, die wie ein rechtsgültiger Wendepunkt wirken können.

Die Frage bleibt jedoch, ob ein wissenschaftlicher und medizinischer Diskurs seinerseits berechtigt ist, irgendetwas über eine menschliche Identität zu sagen, obwohl er zweifellos eine Menge zu biologischer Entwicklung beizutragen hat, was für die weitere Debatte nötig ist.

Viel wertvoller ist es daher, Personsein nicht so sehr in biologischen Begriffen zu verstehen (obwohl Biologie immer noch ihre Rolle zu spielen hat), sondern als ein soziales Gebilde, in dem Beziehungen -sowohl zur Familie als auch zur Gesellschaft- Verantwortlichkeiten dem Anderen gegenüber voraussetzen *als einem ‚Anderen‘* und nicht nur als einer physischen ‚Struktur‘. Alastair McFadyen beschrieb solch einen Prozess als ‚Sedimentation‘, indem er ausführte, dass ‚Personsein‘ sich in dem komplexen Wechselspiel von persönlichen und sozialen Beziehungen ‚niederschlägt‘ oder ‚ablagert‘.

Solch Achtung für andere, die aus christlicher Sicht in dem Konzept von ‚*Agape*‘, bedingungsloser Liebe, verwurzelt ist, sieht *den Anderen* immer, in Martin Bubers Worten: als ein ‚Du‘ eher als ein ‚Es‘, oder nach Kant: als ein ‚Ende‘ in sich selbst. Es ist daher wichtig festzustellen, dass der Begriff ‚Personsein‘ kein *abgeschlossener* Zustand ist (z.B. sagt er nichts über eine biologische Entwicklung aus), sondern eher ein *fortlaufender* Prozess (z.B. sagt er etwas aus über das *Ins-Sein-Gerufen-Werden* der biologischen Daseinsform als ‚Anderer‘). Demnach ist die Sprache der Biologie bedingt durch verschiedene, ergänzende Ausdrucksweisen, die andere Disziplinen wie Theologie und Philosophie anbieten.

Wert nach der Geburt:

Aus Zeitgründen beabsichtige ich, Hauerwas zweites und drittes Anliegen zu verbinden: Der Entzug der Fürsorge für Sterbende und Fragen um die selektive Behandlung von, mit Hauerwas Worten ‚defekten oder missgebildeten Säuglingen‘, nicht weil es einfacher ist festzusetzen, wann ‚Leben‘ *geendet* haben könnte, als zu entscheiden, wann solches Leben *beginnt* -sondern der Kürze wegen- und weil die Probleme, die das schwer geschädigte überlebende Neugeborene umgeben, beispielhaft sind für die weitere Debatte. Während einst Antworten auf Fragen wie ‚*Wann lebt eine Person und wann ist sie tot?*‘ eindeutig erschienen (da einfache Beobachtungen gewöhnlich eine verlässliche Antwort gegeben hätten), haben im Laufe des 20. bis hinein ins 21. Jahrhundert beträchtliche Änderungen auf dem Gebiet der Medizin solche Fragen in der Tat sehr verändert.

Mit dem Beginn der mechanischen Beatmung, der Entwicklung von Intensivstationen in den 1960ern und der Fähigkeit, elektrische Ströme im Gehirn zu messen (und daher dies als Maßstab zu nutzen), wurden Fragen um Leben und Tod nicht einfacher. Mit den Problemen, die sich zunehmend mit dem Entzug von Behandlung befassen wie Beatmung, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, sind neue ethische Fragen aufgetaucht. Diese waren nicht nur für Kliniker und Rechtsanwälte wichtig, sondern auch für Ethiker, Philosophen und Theologen und zunehmend, nicht zuletzt durch das Eingreifen der Medien, für die Gesellschaft als Ganzes.

Solche Problemkreise führen zu grundsätzlichen Fragen, die in Hauerwas Artikel schon zu erahnen waren und die nicht nur wie folgt formuliert werden können: ‚*Wann und unter welchen Umständen sollte eine Behandlung abgebrochen oder vorenthalten werden?*‘ sondern auch: ‚*Wann ist eine Person keine Person?*‘ und ‚*Wann -falls überhaupt jemals- hören Personen auf, moralisch bedeutsam zu sein?*‘

Was die Debatte dann für wenigstens ein halbes Jahrhundert sehr bestärkt hat, sind zwei unterschiedliche aber verwandte Fragen: Gibt es so etwas wie ein ‚*Recht zu leben*‘ (das primär mit selektiven Abtreibungen aufkam); und gibt es konsequenterweise ein ‚*Recht zu sterben*‘ (das als Antwort auf die Fortschritte der Medizintechnik aufkam, biologische Funktionen zu verlängern). Über das letzte viertel Jahrhundert haben eine Reihe von Fällen auf diese Probleme aufmerksam gemacht: in England Tony Bland (Wachkoma) und Leslie Burke (Zerebellare Ataxie), in den USA Terri Shiavo (Wachkoma) und kürzlich Tony Nicklinson (Locked-in-Syndrom) und Paul Lamb (Paraplegie), beide aus England.

Obwohl ich das Argument *Leben-um-jeden-Preis*, das sich so oft unter *Respekt vor dem Leben* oder *Unantastbarkeit des Lebens* versteckt, aber richtiger als *Vitalität* zu beschreiben ist (eine Sicht, die in diesem Kontext Leben einfach als fortgesetzte biologische Funktion sieht), sowohl ethisch suspekt als auch theologisch unangemessen finde, möchte ich trotzdem von einer ethischen und einer theologischen Perspektive her das zugrunde liegende Prinzip, dass Leben von *Bedeutung* ist, bejahen. Was wir unter ‚*Leben*‘ *verstehen* und ob alles Leben in gleicher Weise erhaltenswert ist, sind jedoch zwei verschiedene Dinge. Es genügt hier zu sagen, dass das, was als Argument für Respekt oder Unantastbarkeit des Lebens durchgeht, oft eine Unfähigkeit widerspiegelt, sich mit der Realität der menschlichen Sterblichkeit abzufinden. Das Argument hat Menschen, mit welcher guten Absicht auch immer, dazu veranlasst, der gegenwärtigen Medizin und medizinischen Praxis zunehmend unrealistische und unberechtigte Erwartungen überzustülpen, wie ich meine.

Sogar dort wo Personsein wenigstens rechtlich *nicht* bezweifelt wird, ist es oft fraglich, ob das aggressive Aufrechterhalten einer fortbestehenden biologischen Funktion *immer* ‚*Leben*‘ respektiert oder *immer* im besten Interesse der Person geschieht. Ist aggressives technisches Eingreifen (das aus der Angst vor einem Prozess entsteht oder aus dem Drang zu zeigen, was alles machbar ist), dienlich, um *Leben* zu verlängern (oft mit wenig Rücksicht auf seine Qualität), oder verlängert es vielmehr den Prozess des *Sterbens*?

Eine theologische Sicht, die unter der ‚*Person*‘ *mehr als* eine bloße mechanische und biologische Funktion versteht, sondern eher ein bio-psycho-soziales Wesen (mit anderen Worten: eher ein *ontologisches* (seiendes) als ein *funktionales* Verständnis von Personsein), öffnet daher die Möglichkeit, Tod nicht als Versagen zu begreifen, sondern als Teil unseres Verständnisses und Respekts für das Personsein und tatsächlich für das Leben selbst. Solch eine veränderte Sicht stimmt völlig mit der Achtung für Personen überein, wie sie Tournier verteidigte, und hat grundlegende Auswirkungen für die Praxis und Ziele der Medizin als ein moralisches Unternehmen, eher als ein bloß technisches und technologisches.

Dies hat in den letzten Jahren zur Entwicklung von Initiativen in England geführt wie der Liverpool Care Pathway innerhalb der Palliativmedizin und die NICE Qualitätsstandards für die Pflege von Erwachsenen am Lebensende (QS13), sowie zu einer wachsenden Betonung und akademischen Anerkennung eines Platzes für Seelsorge derart, wie sie Paul Tournier vor über einem halben Jahrhundert schon befürwortete.

Der menschlichen Person, egal ob dem sehr unreifen Frühgeborenen oder dem katastrophal geschädigten Erwachsenen, gegenüber verbleibt dann eine Sorgspflicht, die die klinische Verpflichtung verspürt, einen Bund der Beziehung zu knüpfen, wie sie Paul Ramsey und William May beschreiben als eine *verbindliche* Beziehung der Loyalität im Unterschied zu einer mehr nützlichen (oder tatsächlich Markt-bestimmten) *vertraglichen* Beziehung. Solch eine verbindliche Ethik, argumentiert May, definiert das moralische Leben durch die beiden Begriffe: Beziehung und Resonanz.

In ähnlicher Weise betrachtet David Thomas Personen so, als besäßen sie einen sakramentalen Charakter (da z.B. jede Person von Gott geliebt ist, ist jede Person heilig). Damit begründet er, dass Liebe, die sich über die moralische Norm hinaus bewegt, niemandem zu schaden, der primäre Grund ist, im besten Interesse einer jeden Person zu handeln. Indem behauptet wird, dass jede Person, egal welchen Alters oder Status, das Ebenbild Gottes reflektiert, besitzt folglich jede Person einen *eigenen* Wert („a de-ontological perspective“).

In seinem Buch „*Seelsorgerliche Ethik*“ sieht auch David Atkinson, das *Ebenbild-Gottes-zu-sein*, als eine ontologische Aussage – es ist die Beziehung zum Selbst Gottes, die Gott auf uns überträgt. Deswegen sind sogar das behinderte Neugeborene oder der Patient im Wachkoma oder der ältere Patient mit chronischer Demenz, die von *anderen* nicht als eine Person anerkannt werden, dennoch von Gott als solche geschätzt. Der Wert solcher Personen liegt, wenn nicht in *menschlichen* Beziehungen, so doch darin, im göttlichen Gedächtnis bewahrt zu sein, und ist deswegen unverletzlich im Bezug auf Gottes Liebe. *Agape* erteilt uns daher die Verantwortung von verbindlicher Treue denen gegenüber, die zu Gottes Bund gehören, unabhängig von ihrer biologischen Entwicklung oder funktionellen Fähigkeit. Somit sieht Atkinson Personsein ganz in der Weise, wie Helen Oppenheimer menschliche Identität beschrieben hat – als etwas ‚Liebenswertes‘. Tournier hätte dies in einer Art Verpflichtung ausgedrückt, die beides anerkennt und respektiert: die Existenz und die Würde der menschlichen Person.

Behandlung beenden:

Dies bedeutet jedoch nicht, dass in Fällen medizinischer Sinnlosigkeit, heroische Anstrengungen gemacht werden sollten, alle solche Leben zu retten und zu erhalten, unabhängig von Kosten, personeller, sozialer oder finanzieller Art. Unter einigen Umständen, *könnte* nicht nur, sondern *sollte* eine Behandlung unterlassen, oder wo sie begonnen ist, abgebrochen werden.

Aufrichtiger Respekt vor menschlichem Leben und Personsein führt uns manchmal dann zu der schmerzlichen Entscheidung loszulassen, wenn ‚gewöhnliche‘ Behandlung ungerechtfertigt ‚heroisch‘ wird. Der katholische Theologe Hans Küng sagt: „*Der Kampf um Gesundheit ist nur so lange bedeutsam, wie Heilung möglich ist, aber ... ein Kampf gegen den Tod um jeden Preis ist unsinnig: es ist eine Hilfe, die zur Qual wird.*“ Diese Haltung leugnet keinesfalls, dass solche Patienten entweder Personen mit eigenem Recht sind, die gekannt und geliebt werden um ihrer selbst willen, oder dass sie unsere mitfühlende Pflege verdienen und sie tatsächlich einfordern. Das bedeutet nicht, dass wegen ihres Zustandes ihr göttliches Ebenbild irgendwie eingeschränkt oder verdeckt ist. Tatsächlich kann man argumentieren, dass wir in der katastrophal geschädigten Person -egal ob Neugeborenes oder Erwachsener, einschließlich jene mit Demenz- mit besonderer Klarheit beide Bilder erkennen: Vollkommenheit und Gebrochenheit. Solche Leute sollten immer als vollwertige Glieder der menschlichen Gesellschaft betrachtet werden und daher als vollwertige Empfänger des Anspruchs auf Nächstenliebe. Diejenigen, die jenseits von *Heilung* sind, sollten niemals jenseits von *Fürsorge* sein, und Fürsorge, wie Paul Ramsey bemerkt, *„kann nicht hinter universaler Gleichheit zurückbleiben.“*

Erst seit Kurzem ist zunehmendes Interesse an sog. ‚*erzählender Medizin*‘ aufgekommen. In seinem Buch „*Der verwundete Geschichtenerzähler: Körper, Krankheit und Ethik*“ führt Arthur Frank aus, dass „*mit dem Erzählen von Krankheitsgeschichten versucht wird, angestiftet durch körperliche Krankheiten, einer Erfahrung, die die Medizin nicht beschreiben kann, eine Stimme zu geben.*“ Daher spricht er vom Körper, „*der die Person schafft*“. Ähnliches sagt Rita Charon: „*Solche Bewegungen*

wie ‚*Beziehung zentrierte Pflege*‘, ‚*Spiritualität und Medizin*‘ und ‚*Die Ethik der Tugend*‘ (mit anderen Worten: Bewegungen, die eher den Charakter des Pflegenden ansprechen als die moralische Richtigkeit einer Handlung) *signalisieren die tiefe Verpflichtung, den zerrütteten Stand von Arzt-Patienten-Beziehungen zu verbessern und damit die Ergebnisse der Medizin.*“ Sie schreibt weiter: *„Erzählende Medizin hat begriffen, dass Patienten und Pflegende sich ganzheitlich in Krankheit und Heilung begeben – mit ihren Körpern, Leben, Familien, Glaubensrichtungen, Werten, Lebensgeschichten, Zukunftshoffnungen.“*

Diese und andere haben versucht, die wichtige Arzt-Patienten-Beziehung neu zu gestalten, indem sie sich auf Lebensgeschichten konzentrieren, die Krankheitsabläufe einbeziehen; und deswegen verschieben sie die Aufmerksamkeit von der Krankheit *als solcher* weg zum verkörperten Selbst, und was noch wichtiger ist, zu dem *Selbst-in-der-Beziehung*. Obwohl keiner dieser Autoren sich auf das Werk von Tournier bezieht, sind sein Einfluss und die Übereinstimmung mit seinen Gedanken nichtsdestoweniger offensichtlich.

Schlussfolgerung:

Nach Stanley Hauerwas kommt folglich der Pflegeinstinkt nicht aus abstrakten philosophischen Vorstellungen über Personsein, sondern aus dem praktischen Herausarbeiten von moralischen Imperativen, die uns Beziehungsbande auferlegen. Er schreibt:

„Im Sterbeprozess entscheiden wir selten, Leute zu behandeln oder nicht, weil sie eine gewisse Grenze überschritten haben oder noch nicht, die sie zu einer Person oder Nicht-Person macht. Viel eher pflegen wir sie oder auch nicht, weil sie Onkel Charlie oder mein Vater oder ein guter Freund sind. In gleicher Weise sorgen wir nicht oder hören auf, für ein missgestaltetes Kind zu sorgen, weil es eine oder keine Person ist.“

Was auch immer unsere Sicht ist, das überlebende geschädigte Neugeborene, wie auch der ungeborene Mensch und der sterbende Patient, sie sind Teil von dem, was Gene Outka als unsere ‚moralische Landschaft‘ beschreibt.

Ohne die Sichtweise von Moral und Beziehung, wie sie eine strenge Theologie im Blick auf menschliches Personsein anbietet, sind wir zurückgeworfen auf, wie ich glaube, eine gründlich beschädigte Sicht der Medizin: ‚Leben um jeden Preis‘. Dies hat Dan Callaghan beschrieben als Leben *‚am technologischen Rande des Abgrunds‘*. Trotz, vielleicht auch wegen der technischen Leistungen der modernen Medizin sind so viele Menschen tief frustriert über das, was daraus entsteht.

Die Theologie bietet der Medizin die Herausforderung an, von ihren derzeitigen wissenschaftlich und technisch orientierten und sogar besessenen Ansichten zurückzukehren zu ihren Wurzeln als einer menschlichen Kunst, den Patienten als ‚Person‘ zu sehen und dessen Fürsorge als eine Form der Liebe zu erkennen. Nur so, wie Tournier gehofft hatte, werden wir fähig sein, kompetente Techniker in aufrichtig reflektierende Praktiker zu verwandeln.

P.S. 1. Ich habe versucht, mich eng an den vorgegebenen Text zu halten. Zum besseren Verständnis aber habe ich aus einigen der verschachtelten Sätze 2 oder 3 gemacht bzw. einen sehr langen Absatz unterteilt.

2. Die zahlreichen Fußnoten sind nicht berücksichtigt. Wer diese Angaben braucht, orientiere sich bitte am englischen Text oder wende sich an Rev. Pye.

Johanna Goldbach, Übersetzerin