

VRAAGSTUKKEN UIT DE BIO-ETHIEK

Henk ten Have

De ontwikkeling van medische technologie heeft de moderne geneeskunde tot een machtig en succesvol instrument ter bestrijding van ziekte, leed en invaliditeit gemaakt. Maar toepassing van technologie leidt ook telkens tot morele problemen. Hedendaagse artsen zijn tot veel in staat, maar niet altijd is het gewenst dat ze doen wat ze kunnen. Vandaar dat parallel aan de ontplooiing van medische technologie de belangstelling voor medische ethiek is toegenomen. De vraag is hoe de relatie tussen geneeskunde, technologie en ethiek precies is. Wanneer we de recente geschiedenis van de medische wetenschap bestuderen lijkt het er veel op dat alles wat technisch mogelijk is geworden na kortere of langere tijd in de gezondheidszorg ook is toegepast, ten goede of ten kwade. Ethische discussies sorteren blijkbaar weinig effect. Hoe komt dat? Ligt dat aan de autonome ontwikkeling van de technologie, aan de praktische imperatief van de geneeskunde of aan de onmacht van de ethiek zelf? Mijn stelling is dat vooral het laatste het geval is: de gangbare wijze waarop vraagstukken van morele aard in de context van de gezondheidszorg worden geformuleerd, bestudeerd en behandeld, laat zien dat medische ethiek zichzelf percipieert en manifesteert als een discipline die weinig prospectieve invloed op technologische ontwikkelingen in de geneeskunde kan en wil uitoefenen. De hedendaagse medische ethiek plaatst zichzelf eerder faciliterend dan kritisch en obstruerend ten opzichte van de moderne geneeskunde. Dit roept de vraag op naar het fundamentele doel van ethiekbeoefening. Vanwaar eigenlijk onze bekommernis om morele vragen en problemen?

Problemen uit de medische ethiek

Casus 1: Begin oktober 1987 staan de Nederlandse dagbladen vol van het nieuws dat een bekende kankerspecialist aan jeugdige patiënten een middel (gesproken wordt van 'medicijn') heeft meegegeven om een eind aan hun leven te kunnen maken. In een vraaggesprek, afgedrukt op de voorpagina van *Het Parool*, laat de betrokken specialist weten dat hij de afgelopen jaren gemiddeld aan zes jon-

geren van zestien à zeventien jaar een dergelijke 'doodspil' heeft verstrekt. Collegialiter wordt de huisarts er van op de hoogte gebracht (om te voorkomen dat die een behandeling zou instellen nadat de pil is ingenomen). De ouders worden echter niet geraadpleegd, ofschoon de patiënten wordt geadviseerd ze over het bezit van de pil in te lichten. De kankerspecialist vertelt in het interview ervan overtuigd te zijn dat zijn collegae net zo handelen.

Deze affaire heeft gedurende korte tijd de publicitaire aandacht voor medisch-ethische dramatiek volledig opgeëist. Ethiek is immers in de mode. Elke dag opnieuw behandelen radio en televisie medisch-ethische onderwerpen. Niet alleen het aantal ethische vraagstukken lijkt in de gezondheidszorg met de dag te groeien, ook de hoeveelheid geschriften waarin standpunten over die vraagstukken worden verdedigd, neemt bijna exponentieel toe. Vooral het begin en eind van het leven staan in de belangstelling, maar geleidelijk krijgt ook de wijze waarop we ons leven tussen geboorte en dood inrichten steeds meer aandacht.

Laten we een paar andere voorbeelden bekijken van medisch-ethische problemen die de jongste tijd in de publieke schijnwerpers stonden. Die voorbeelden illustreren de breedte en de ernst van de problematiek waarvoor de medische ethiek zich gesteld ziet. Ze maken eveneens duidelijk hoe de hedendaagse ethiek met problemen omgaat en hoe ze daarbij steeds openlijker worstelt met het feit dat ze zelf tot probleem wordt. De intensieve publieke discussie over actuele medisch-ethische problematiek en de stortvloed van nieuwe vragen, onttrekken namelijk aan het zicht dat medische ethiek zelf in toenemende mate in de problemen is geraakt.

Casus 2: Op 30 maart 1974 bevalt Ineke Stinissen via een keizerssede van een gezonde zoon. Zij is met spoed in het ziekenhuis opgenomen, omdat de navelstreng tijdens de bevalling was uitgezakt. Na de operatie komt Ineke niet meer bij uit de narcose. Tijdens de ingreep en de dagen erna blijkt van alles mis te zijn gegaan. Het resultaat is echter dat de patiënte in een onomkeerbaar comateuze toestand is geraakt. Na vier maanden wordt ze overgeplaatst naar een verpleeghuis. Het coma duurt tot op de dag van vandaag voort.

Deze casus is vooral in de belangstelling gekomen doordat de echtgenoot van mevrouw Stinissen wanhopig probeert de waarheid te achterhalen. Wat is er gebeurd dat tot deze dramatische gang van zaken heeft geleid? Na verloop van tijd komt hij tot de conclusie dat het leven van zijn vrouw vanwege haar uitzichtloze en vegetatieve toestand beter beëindigd kan worden. Hij bespreekt dit in het verpleeghuis, maar stuit op afwijzing en wantrouwen. Bij allerlei juridische procedures die hij aanspant, wordt levensbeëindiging van de hand gewezen. Dat de problematiek van comapatiënten weinig is onderkend, blijkt ook uit een tragisch gebeuren dat enkele maanden geleden in Nederland plaats vond. Een moeder poogde toen haar zoon, die reeds zestien jaar in coma ligt, met een mes te doden.

Casus 3: Een welgesteld echtpaar uit de Verenigde Staten reist in 1981 naar een centrum in Australië dat als een van de eersten bezig is met reageerbuisbevruchting. Bij de vrouw werden toen drie eicellen weggenomen en bevrucht met zaadcellen van een anonieme donor.

Een van de ontstane embryo's wordt vervolgens teruggebracht in de baarmoeder van de vrouw; de twee overige embryo's worden ingevroren voor volgende pogingen. Na tien dagen blijkt dat geen zwangerschap is ontstaan. De vrouw is daardoor emotioneel zeer aangedaan en besluit nu eerst een adoptiepoging te doen. In het voorjaar van 1983 stort het privé-vliegtuig van het echtpaar neer, op de terugweg uit Zuid-Amerika en met het geadopteerde kind en zijn nieuwe ouders aan boord. Na hun dood ontbrandt een hevige strijd om de aanzienlijke erfenis. De juridische vraag is: Wat te doen met de overgebleven embryo's? Behoren die tot de erfenis of zijn ze wellicht te beschouwen als de erfgenamen?

Casus 4: Na een daling in de voorafgaande jaren is het gebruik van proefdieren in ons land weer aan het toenemen. In 1987 stierven in Nederland honderdveertig proefdieren per uur, dag in dag uit. In totaal werden als proefdieren onder andere honderdtweëntachtig paarden, vijfhonderddrieënvijftig apen, honderdduizend vogels en bijna zeshonderdduizend muizen gebruikt. Ongeveer een vijfde van alle dierproeven houdt verband met het ontwikkelen en produceren van vaccins. Proefdieren worden ook gebruikt om nieuwe cosmetica uit te testen of als levende illustraties in het medisch en biologisch onderwijs.

Vorig jaar is in ons land de Wet op de Dierproeven van kracht geworden en in het kader daarvan moet iedere instelling waarin dierproeven plaatsvinden, beschikken over een Dierexperimentencommissie; die commissie moet voorstellen voor dierexperimenten toetsen op de ethische toelaatbaarheid van de proeven. Volgens de Dierenbescherming moeten op den duur alle dierproeven worden afgeschaft.

Casus 5: Mexicaanse artsen maken in het begin van dit jaar bekend (via een brief in de *New England Journal of Medicine*) dat ze stukjes hersenweefsel van een foetus hebben overgebracht in de hersenen van een vijftigjarige patiënt die sinds negen jaar aan de ziekte van Parkinson lijdt. Twee maanden na de ingreep is de patiënt er sterk op vooruit gegaan. De betrokken neurochirurg verklaart optimistisch dat de geneeskunde nu op het punt staat de ziekte van Parkinson, maar ook vrijwel alle neurologische aandoeningen, uit te roeien.

Het transplanteren van foetaal hersenweefsel is aantrekkelijk, omdat hersencellen van een foetus nog in ontwikkeling zijn; ze produceren de neurotransmitter dopamine die bij Parkinsonpatiënten ontbreekt; de cellen kunnen zich bovendien goed aanpassen aan een nieuwe omgeving.

De vraag is natuurlijk hoe men aan menselijk hersenweefsel komt. De Mexicaanse artsen gebruikten een foetus die door een miskraam ter wereld kwam, ze vroegen het betrokken echtpaar om toestemming en wachtten bovendien de officiële dood van de foetus af. Dat roept vragen op want het huidige doodscriterium is juist de hersendood. De meest fundamentele vragen hebben betrekking op de toelaatbaarheid van instrumenteel gebruik van het ene menselijk wezen ten behoeve van het andere. Is het lijden van een Parkinson-patiënt dermate ernstig dat het gerechtvaardigd is een vrouw die abortus wil laten doen, te vragen dat nog enkele weken uit te stellen. Ook is het niet ondenkbaar dat familieleden van een patiënt een zwangerschap aangaan met de bedoeling de foetus voor transplantatiedoeleinden op te offeren.

Casus 6: Het laatste voorbeeld betreft de tendens om steeds meer mensen te gaan testen op de aanwezigheid van de het AIDS-virus. Levensverzekeraars testen nieuwe klanten om na te gaan of ze seropositief zijn. Bedrijfsgeneeskundige diensten zijn soms al begonnen om dergelijke testen als onderdeel van de aanstellingskeuring op te nemen. Ook in ziekenhuizen wordt, voorafgaand aan operatieve ingrepen, het bloed van een patiënt soms onderzocht op AIDS. Het probleem hierbij is dat dergelijke testen vaak niet alleen gebeuren zonder toestemming en medeweten van de onderzochten, maar ook dat de consequenties van een positieve uitslag ingrijpend zijn, terwijl niet vaststaat dat iemand die seropositief is, ook daadwerkelijk de ziekte krijgt. De tendens om steeds vaker mensen te testen en aan de uitslag consequenties te verbinden, is een teken van een toenemende sociale druk om leden van onze samenleving tot een gezonde leefstijl te brengen. Want hetzelfde verhaal is in feite te houden voor maatregelen tegen roken en tegen overmatig alcoholgebruik. In principe is iedereen vrij te doen en te laten wat hij wil, maar tegelijkertijd geldt: Wie ongezond wil leven, moet daarvan ook de consequenties aangaan.

Het is duidelijk dat nog tal van andere voorbeelden zijn te geven. De zes casus geven echter een goed overzicht van het palet van huidige vraagstukken.

Problemen voor de medische ethiek

De grote belangstelling voor ethiek roept tegenstrijdige gevoelens op. Ze leidt ongetwijfeld tot een maatschappelijke discussie over gezondheidszorg en hulpverlening, betreft bovendien meer mensen bij die discussie en leidt tot een beter zicht op de bescherming van de positie van patiënten en hulpvragers. Dat is allemaal mooi, maar toch zijn er twijfels. Is de interesse werkelijk zo groot dat iedereen, ook

ouderen, chronisch zieken en gehandicapten, participeren aan de discussie?

Zal het met de interesse voor ethiek niet op dezelfde manier aflopen als met de alternatieve geneeswijzen? Een jaar of tien geleden werd veel gedebatteerd over allerlei alternatieve benaderingen, over de wenselijkheid om deze alternatieven als gelijkwaardig te erkennen naast de reguliere geneeskunde, maar wat is er in de tussentijd feitelijk veranderd? Het lijkt er op alsof er stilzwijgend een ander medisch circuit aan het bestaande is toegevoegd. Wanneer een patiënt is uitgedokterd in het reguliere systeem, doet hij een beroep op alternatieve genezers; daar heeft de moderne arts niets op tegen, sommige verzekeringen vergoeden het zelfs, mits het maar in deze volgorde gebeurt: eerst regulier dan alternatief. Maar wat is er dan eigenlijk veranderd aan ons medisch consumptiepatroon, aan ons denken en handelen met betrekking tot ziekte en gezondheid? Er is alleen meer van hetzelfde, we zijn niet *anders* gaan denken en handelen.

Soortgelijke bedenkingen kunnen opkomen als we kijken naar de wijze waarop medische ethiek heden ten dage wordt besproken en beoefend. Medisch-ethische vragen worden in onze samenleving op een stereotype manier 'afgehandeld'. Dat kan blijken uit een aantal kenmerken van de gangbare ethische discussie.

Preoccupatie met het spectaculaire

Hiermee bedoel ik dat de discussie voor een belangrijk deel door een telkens verspringende aandacht voor het exceptionele, het bijzondere gaande wordt gehouden. Zo zijn er voortdurend schandalen (bijvoorbeeld de recente hepatitisbesmetting van vrouwen die te Rotterdam een reageerbuisbevruchting ondergingen), rechtszaken (de zaak tegen de verpleegkundigen van de Vrije Universiteit te Amsterdam, die op eigen houtje het leven van comateuze patiënten op de afdeling neurochirurgie hadden beëindigd) en onthullingen (de kankerspecialist in *casus 1*).

Aan de andere kant is er een stroom van optimistische berichten over nieuwe vindingen, ultra-moderne technieken, veelbelovende medicamenten en opzienbarende nieuwe kennis (bijvoorbeeld een nieuwe therapie voor de ziekte van Parkinson, — zie *casus 5*).

Die concentratie op het spectaculaire en sensationele maakt dat ethiek fragmentarisch aan de orde komt; men valt van de ene verbazing in de andere en er is weinig gelegenheid fundamentele vragen te stellen, achtergronden van ontwikkelingen aan te kaarten. Bovendien doet het voorkomen alsof ethiek geen rol zou spelen in de gewone, alledaagse contacten met hulpverleners.

Een huisarts in een grote stad als Den Haag krijgt gemiddeld eens in de drie jaar te maken met actieve euthanasie, maar iedere dag opnieuw spelen normen en waarden een rol bij weinig spectaculaire beslissingen met betrekking tot verwij-

zing, ziekenhuisopname, therapie en diagnostiek.

Regulering van toepassingsvoorwaarden

Natuurlijk is het toe te juichen dat er een open en zinvolle discussie is over morele vragen in de gezondheidszorg. Maar dat is geen doel op zichzelf. Waar leidt die discussie toe, wat is het effect ervan?

Medische ethiek lijkt vooral een rol te spelen in de eindfase van het ontwikkelingsproces van medische technologie (1). Specifieke technologieën zijn reeds ontwikkeld als een ethisch standpunt gevraagd wordt over de voorwaarden waaronder ze toegepast mogen worden. Met de vraag of het eigenlijk wenselijk is bepaalde ontwikkelingen te stimuleren, houdt ethiek zich minder bezig. Of het goed is bepaalde kennis te verwerven, daarover laten ethici zich weinig uit; maar als die kennis er eenmaal is, dan putten zij zich uit in uitgebreide analyses en fijnzinnige onderscheidingen. Een fraai voorbeeld hiervan is een recent artikel over in vitro fertilisatie en embryo-research (2). De auteurs bespreken uitvoerig allerlei problemen in verband met de morele status van het embryo; zij verwerpen het standpunt van de absolute beschermwaardigheid van het menselijk embryo en leiden daaruit af dat er geen morele bezwaren zijn tegen research bij overtollige embryo's en tegen het doen ontstaan van embryo's ten behoeve van research (binnen een bepaalde tijdslimiet). Dat is een merkwaardige conclusie, omdat minstens een deel van de argumentatie ontbreekt: met geen woord wordt gesproken over het belang dat met dergelijk onderzoek gediend is. Wat is de waarde van de kennis die met research in dit geval wordt opgedaan? Als min of meer vanzelfsprekend wordt aangenomen dat het onderzoek zo waardevol is (en dus in het belang van de patiënt is) dat er een moreel argument aan ontleend kan worden dat zo sterk is dat het een ander moreel argument (dat van de relatieve beschermwaardigheid van het embryo) overtroeft. De impliciete aanname dat kennisverwerving goed is, ligt blijkbaar buiten het bereik van de ethische kritiek. In feite ligt ze aan veel ethische analyses ten grondslag.

Door dit soort primaire vragen niet aan de orde te stellen, loopt de ethische discussie achter de feiten aan en kan zij hoogstens feitelijke ontwikkelingen sanctioneren of veroordelen. Tegelijkertijd worden buiten het ethisch debat om beslissingen met diepgaande implicaties genomen. In eenzelfde week kunnen we in de kranten lezen dat meer geld gegeven wordt aan erfelijkheidsonderzoek en prenatale diagnostiek, terwijl bezuinigd wordt op zwakzinnigenzorg en verpleeghuiszorg. Terwijl veel speurwerk wordt verricht naar nieuwe en betere technologie voor diagnostiek en behandeling van hartkwalen, wordt er slechts mondjesmaat onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld multiple sclerose of nieuwe revalidatietechnieken.

De medische ethiek reageert telkens achteraf op vraagstukken die haar wor-

den aangereikt vanuit de medische praktijk en die vooral voortkomen uit de ontwikkeling van de medische technologie: euthanasie, orgaantransplantatie, reageerbuisbevruchting en genetische 'screening'. De technologische ontwikkelingen gaan zo snel dat ethiek nauwelijks op problemen vooruitloopt. Dat is bijvoorbeeld duidelijk in *casus 3* en *casus 6*: bepaalde praktijken zoals reageerbuisbevruchting en testen op seropositiviteit ontwikkelen zich, zo lijkt het, autonoom en pas nadien blijkt tot welke onoplosbare problemen die praktijken aanleiding geven.

Ethiek als absolutie

Toen in oktober vorig jaar het nieuws bekend werd dat aan jonge kankerpatiënten een middel was verstrekt om een eind aan hun leven te kunnen maken (*casus 1*), werd onmiddellijk een bekende ethiek-beoefenaar in de media ten tonele gevoerd om te verklaren dat de handelwijze van de specialist medisch-ethisch volstrekt acceptabel en fatsoenlijk is, aangezien de patiënten hun toestemming hebben gegeven. Discussie gesloten. Dit is een herkenbaar patroon in de bespreking van ethische vraagstukken: geen uiteenzetting van argumenten, geen debat over goede redenen, maar belijdenis en absolutie. De discussie verloopt via incidenten, — dat geeft een vertekening; maar tezelfdertijd wordt gepretendeerd dat de ethiek zekerheid kan verschaffen door stellige uitspraken te doen over de toelaatbaarheid en geoorloofdheid van handelingen. Die zekerheid is echter schijn, want ze komt tot stand door het debat af te sluiten en bepaalde opties onbespreekbaar te verklaren.

Zo speelt het principe van eerbied voor het leven en daaruit afgeleide morele vragen (zoals: zijn wij gerechtigd ons leven in eigen hand te nemen? Welke bijdrage dient een medicus in dit geval te leveren?) geen enkele rol in het publieke debat in *casus 1*.

Geneeskunde betekent beslissen in onzekerheid. Meestal moet er iets gedaan worden, maar de uitkomst valt niet nauwkeurig te voorspellen. Ethiek heft die onzekerheid niet op. Ze is zelf een weerspiegeling van de verscheidenheid van meningen over goed en kwaad. Apodictische uitspraken sluiten anderen van deelneming aan het debat uit. In plaats van moeizaam te zoeken naar overeenstemming wordt met gelijkgezinden een gesloten front gevormd. Ethiek wordt dan een kwestie van macht. Stellingen worden betrokken en open discussies ontlopen. Met name op het terrein van de medische ethiek wordt zichtbaar hoe slecht onze moderne samenleving erin slaagt een consensus met betrekking tot fundamentele normen en waarden te bereiken. In feite wordt de veel geroemde pluriformiteit van morele opvattingen te weinig serieus genomen doordat alleen het eigen universaliseerbare standpunt als referentiepunt fungeert.

Medische ethiek als probleem

De genoemde kenmerken van de hedendaagse beoefening van medische ethiek zijn uitingen van een specifiek reactiepatroon dat ontstaan is onder invloed van de vele nieuwe morele vragen in de gezondheidszorg. Het reactiepatroon verhuult echter een aantal onopgeloste spanningen binnen de medische ethiek zelf. De onmacht van de medische ethiek om te anticiperen op technologische ontwikkelingen en de beperkte invloed die zij, mede daardoor, uitoefent op de richting van die ontwikkelingen, hangen samen met het zelfbegrip van de hedendaagse medische ethiek. De geringe invloed van ethiek moet dus niet uitsluitend aan de autonomie van de medische wetenschap of aan de onvoorspelbare dynamiek van wetenschappelijk onderzoek worden toegeschreven. Deze factoren spelen een rol, maar daarnaast is ook de hedendaagse conceptie van medische ethiek zelf van belang. De gangbare ethiek begrijpt zich momenteel op zodanige wijze dat een belangrijke mate van onmacht reeds a priori is ingebouwd.

De belangrijkste elementen van dit zelfbegrip zijn de volgende:

1. medische ethiek presenteert zich als speciale vorm van techniek, als *techno-ethiek*. Door zich op te werpen als methode om normatieve problemen in de gezondheidszorg op te lossen, wil ethiek haar nut voor medici bewijzen. Ze ontwerpt regels en procedures, echter zonder de vraag te stellen naar het goede dat daarmee gediend is.

Deze opvatting van ethiek ontspringt aan het feit dat medische ethiek zichzelf primair als onderdeel van de algemene ethiek beschouwt. Een dergelijke situering treffen we bijvoorbeeld aan bij Terborgh-Dupuis (3). In haar proefschrift geeft ze aan dat medische ethiek niet een apart type ethiek is, maar dat alleen de context waarin normen en waarden functioneren, dus het kader waarin ethische problemen zich voordoen, bijzonder is. Daarmee zet ze zich af tegen de traditionele opvatting van medische ethiek als speciale deontologie, afgeleid uit intrinsieke waarden die in de medische situatie een rol spelen.

Interessant is dat door deze nieuwe situering van ethiek tegelijk een specifieke competentie wordt geclaimd door ethici. Ethiek is niet meer een functie van de geneeskunde zelf, maar wordt een taak van een aparte professie van medisch-ethici. Deze positiebepaling leidt tot een technische opvatting van ethiek. De taak van de ethicus vat men op als het verhelderen van argumentaties en het expliciteren van vooronderstellingen. Het gaat dus primair om analyseren, structureren en interpreteren teneinde het handelen bewust te doen zijn en redelijk te verantwoorden. Door een dergelijke opvatting te hanteren behoeven ethici zich niet bezig te houden met een kritische bezinning op de doeleinden van het medisch handelen. Dat laatse houdt immers het risico in van een confrontatie met de artsen met wie ethici samenwerken. Door medische ethiek op te vatten als een verbijzondering en herha-

ling van een algemene ethiek, wordt een eigen deskundigheid, een specifieke expertise geclaimd door de ethiekbeoefenaar; maar tegelijkertijd laat men zien dat wat gedaan wordt, niet bedreigend is voor de geneeskunde. Als ethiek een wetenschap is, welke op een bepaald handlingsgebied wordt toegepast, dan is daarmee een objectieve en afstandelijke benadering gegarandeerd. Wat ethische wetenschap vooral te bieden heeft, is een methodologie voor een speciaal type problemen, namelijk morele problemen. Hierdoor is een wijze van ethiekbeoefening ontstaan, die bekend staat als 'moral engineering': basale theoretische inzichten van de algemene ethiek worden toegepast om praktische en concrete dilemma's op geneeskundig terrein te ontleden en op te lossen (4).

Opmerkelijk is dat een dergelijke opvatting van ethiek ten opzichte van de moderne geneeskunde in feite eenzelfde functie vervult als de traditionele deontologie ten opzichte van de geneeskunde in het pre-technologische tijdperk. Ook de geprofessionaliseerde ethiek van nu leidt tot aanpassing en beheersing, niet tot structurele veranderingen. Ze richt zich op middelen (snel en efficiënt oplossen van problemen), niet op doeleinden van medisch handelen. Ze richt zich voornamelijk op vraagstukken van geavanceerde klinische geneeskunde. Ze reageert op morele problemen die aangereikt worden door de geneeskunde, maar laat de probleemdefinitie over aan medici. Ethiek vervult zodoende de facto een legitimerende functie voor allerlei medische ontwikkelingen.

Door haar eigen situering kan ze ook niet anders. De scheiding tussen technische en normatieve aspecten van medische beslissingen is daardoor namelijk geïnstitutionaliseerd: het ene type aspecten is toebedeeld aan medici, het andere aan een nieuwe professie van ethici.

2. Een tweede element sluit hierop aan. Medische ethiek verbindt zich sterk met medische vooruitgang zonder het *vooruitgangdenken* van de medische wetenschap zelf kritisch ter discussie te stellen. Het optimistisch activisme van wetenschapsbeoefenaars wordt niet bekritiseerd, hoewel juist dit in Nederland bijna twintig jaar geleden aanleiding was voor de eerste golf van publiciteit met betrekking tot medische ethiek. Ik denk dan met name aan het boekje *Medische macht en medische ethiek* van J.H. van den Berg, dat in korte tijd tientallen herdrukken beleefde (5).

Van den Berg geeft aangrijpende voorbeelden van patiënten die het slachtoffer van de technische macht van de moderne geneeskunde werden. Merkwaardig is echter dat voor Van den Berg toch eerder de traditionele ethiek schuld treft dan de technologische vooruitgang als zodanig. Hij meent namelijk dat medisch-technische ontwikkelingen voor de ethiek bepalend zijn. Als de wetenschap vooruitgaat, moet de ethiek volgen. Ethiek krijgt dan het karakter van een rationalisering achteraf van wetenschappelijke vorderingen. *Casus 1* is wat dit betreft illus-

tratief. Spoedig na de onthulling van de kankerdeskundige blijkt dat kinderoncologische centra elders in Nederland vrijwel nooit verzoeken van ongeneeslijk zieke kinderen of hun ouders krijgen om behulpzaam te zijn bij het beëindigen van het leven. Dit staat dus haaks op de geuite verwachtingen van de specialist zelf. Vanwaar die discrepantie? Het antwoord komt naar voren in een wat ouder krantenbericht over het betrokken kinderziekenhuis. Ouders van aan kanker gestorven kinderen vertellen daarin dat de behandelende specialist een groot optimisme ten toon spreidde. Hij bleef zeggen: uw kind gaat niet dood, u hoeft zich geen zorgen te maken. Tot *in extremo* werd de tumor met agressieve chemische middelen behandeld. In het artikel vragen de ouders zich af waarom de artsen in het kinderziekenhuis tot het uiterste doorgaan, waarom ze nooit met hen overleggen of de behandeling nog wel zin heeft. In een dergelijke sfeer van therapeutisch activisme valt te begrijpen dat men *tot en met* het uiterste doorgaat: ook voor de dood bestaat dan een 'therapie'.

Ook het sterven wordt onder medische controle gebracht. Als medici niet willen toegeven dat hun ingrijpen op een gegeven moment zinloos is geworden, als ze het falen van hun wetenschappelijk handelen niet erkennen, dan zullen ze ook proberen de oorzaken van dat falen te beheersen.

Hiervan kan men denken wat men wil. Het punt is echter dat het verschaffen van 'doodspillen' niet los van een bepaald type medisch handelen staat. De techno-ethische vraag of in dit geval hulp bij zelfdoding moreel geoorloofd is, valt moeilijk te isoleren van een morele beoordeling van het agressief interventionisme dat dergelijke techno-ethische vragen oproept.

3. Een derde element is dat de moderne conceptie van ethiek met nadruk de *autonomie* van het individu als belangrijkste beginsel naar voren brengt, maar hiermee een nieuw soort *moralisme* verbindt. Het benadrukken van autonomie past bij de opvattingen over de taak van de ethicus. Die analyseert en verheldert morele begrippen en standpunten; vervolgens wordt het resultaat voorgelegd aan de betrokken autonome individuen. De ethicus dringt niets op; ethiek is onpartijdig en objectief; de keuze voor bepaalde normen en waarden is een zuiver persoonlijke gelegenheid.

Wanneer patiënten vrijwillig en weloverwogen vragen om een doodspil, is er toch eigenlijk geen moreel probleem.

Zolang er geen autoritaire, paternalistische houding is aangenomen die patiënten tot iets dwingt, heeft de moderne ethiek weinig bezwaren tegen handelwijzen zoals in *casus 1*. Een dergelijke opvatting van medische ethiek miskent dat er sprake is van een *verhuld* paternalisme. Mensen worden gerespecteerd als autonome individuen zolang ze niet een te groot beroep doen op anderen: niet te lastig zijn voor derden, niet teveel zorg behoeven en niet te veel kosten teweeg brengen.

Bovendien vindt individuele autonomie een grens zodra de geneeskundige vooruitgang erdoor wordt aangetast. Een voorbeeld van dit laatste is het feit dat in Engeland geen katholieke artsen meer tot gynaecoloog worden opgeleid. De normen en waarden van elk individu verdienen respect, maar individuen met gewetensbezwaren tegen abortus of in vitro fertilisatie kunnen voor een dergelijk specialisme niet meer worden opgeleid.

Een voorbeeld van verhuuld paternalisme op sociale gronden ontleen ik aan een klinische ethiekbespreking met studenten tijdens het coassistentenschap gynaecologie/verloskunde.

De casus betreft een vierendertigjarige vrouw met een zwangerschap van tien weken. Ze heeft een driejarige zoon met een erfelijke oogafwijking en dientengevolge sterk verminderd gezichtsvermogen. Er is vijftig procent kans dat de afwijking zich bij volgende kinderen weer voordoet, maar alleen als de kinderen van het mannelijk geslacht zijn. De vrouw komt op de polikliniek voor advies. Vrij snel wordt prenataal onderzoek gedaan. Dit wijst uit dat ze een jongen verwacht; binnen een week volgt een abortus provocatus.

De studenten hebben moeite met deze gang van zaken. Niet alleen wordt in een op de twee gevallen een gezonde jongen geaborteerd, maar ook de ernst van de afwijking kan nogal variëren tussen lichte tot ernstige visusvermindering. Tijdens de bespreking blijkt echter dat in de kliniek het onofficiële beleid bestaat om alleen prenatale diagnostiek te doen bij die vrouwen die van te voren instemmen met een abortus. De reden die hiervoor wordt opgegeven, is een financiële: het budget voor prenatale diagnostiek is beperkt en men wil een maximaal 'rendement'.

Dit is om meerdere redenen een curieuze gang van zaken. Want waarom zouden artsen een boodschap hebben aan eugenetische overwegingen als ze tegelijkertijd zeggen het belang van het individu voorop te stellen? De invoering en uitbreiding van prenatale diagnostiek is altijd met recht op informatie van het individu beargumenteerd; het is goed te weten of een kind erfelijk belast is; met die informatie kunnen, naar inzicht van het individu zelf, meerdere zaken worden gedaan, bijvoorbeeld abortus, maar ook een voorbereiding op de geboorte van een gehandicapt kind. Nu blijkt dat in de praktijk de autonomie van het individu geclausuleerd is. Iemand die niet één specifieke optie kiest, krijgt de diagnostiek niet aangeboden.

4. Een laatste kenmerk van de hedendaagse conceptie van medische ethiek is haar *verstrengeling met het recht*. De nadruk op het ontwikkelen van regels en procedures voor de praktijk, maakt dat het onderscheid tussen ethiek en recht steeds meer vervaagt. Tegelijkertijd graaft de medische ethiek daarmee haar eigen graf, want het recht is op dit punt sterker dan de ethiek.

Het spreken over rechten hangt samen met het zoëven weergegeven primaat

van de autonomiegedachte in de ethiek. Het hebben van rechten is een zaak van individuen. Als het autonome individu centraal staat, spreekt het min of meer vanzelf om rechten te formuleren die dat individu bezit. Daardoor wordt een verwarring ingebouwd tussen rechten die dat individu krachtens een moreel beginsel bezit en rechten die het individu krachtens een vigerend rechtsstelsel heeft.

Deze verwarring heeft bepaalde consequenties. Ze werkt de tendens in de hand te denken dat wat wettelijk geregeld en toegestaan is, samenvalt met wat in ethisch opzicht aanvaardbaar is. Juist doordat er inhoudelijk verschillende ethische benaderingen van een bepaald probleem bestaan, is er de neiging om de vorming van een minimale consensus aan het recht over te laten. Want voor het recht is kenmerkend dat het tenminste enige regulering van maatschappelijk gedrag nastreeft. Voor sommigen is daarmee de kous af: speciale morele problemen, naast wat wettelijk geregeld is, zijn er in hun ogen niet (meer). Deze nadruk op regulering brengt mee dat in het recht vooral procedures ontwikkeld worden om te bepalen hoe een specifiek geval opgelost moet worden. Er worden regels en afspraken gemaakt hoe te handelen.

Dezelfde aanpak zien we terug in de ethiek. Ook hier wordt de aandacht op het maken van afspraken en het vaststellen van procedures gericht. De inhoud van de afspraken, datgene waarover de procedures gaan, komt op de tweede plaats. Gesproken wordt wel van *procedurele ethiek*. Een voorbeeld hiervan geeft een hoogleraar in de verloskunde die op de televisie verkondigt dat een experiment, waarbij een nieuwe abortuspil wordt uitgetest, door de medisch-ethische commissie van zijn ziekenhuis in orde is bevonden, en die er aan toevoegt dat er *dus* geen ethische problemen meer zijn. Een voorbeeld hiervan geeft ook *casus 2*. Eenmaal afgesproken procedures, conform het model van het recht, krijgen zodoende een alibi-functie. Ethiek als proces van voortdurende reflectie op het medisch handelen komt daarmee tot stilstand. Bovendien kan de individuele arts en onderzoeker zijn verantwoordelijkheid afwentelen op een commissie die procedures en afspraken toetst.

De patstelling van de moderne medische ethiek

De genoemde kenmerken van de gangbare medische ethiek, die ik natuurlijk wat gechargeerd heb geschilderd, hebben gevolgen. Want we kunnen helemaal cynisch worden en ons afvragen waarom we ons überhaupt met ethische vraagstukken zouden bezighouden. Ieder zoekt het maar zelf uit, de een denkt zus, de ander zo, waarom zou je je kwellen met dit soort moeilijke problemen?

Dat is een aloude vraag die in Klassieke Oudheid filosofen als Plato en Aristoteles al bezighield: waartoe dienen al die ethische beschouwingen? De antwoorden hierop variëren, maar zij wijzen er vrijwel allemaal op dat het morele beoor-

delen van ons handelen een praktisch doel heeft, namelijk: bijdragen aan de verbetering - of in ieder geval het niet verslechteren - van het menselijk bestaan. Dat bestaan neigt er niet uit zichzelf toe beter te worden, integendeel. Aan onze behoeften en belangen kan nooit zomaar tegemoet worden gekomen. We stuiten altijd op beperkende factoren: onze beperkte middelen, beperkte informatie, beperkte intelligentie en onze beperkte sympathie voor anderen. Ethiek is er vooral op gericht onze sympathie te verbreden. Door morele uitgangspunten naar voren te brengen, proberen we onze onverschilligheid jegens elkaar tegen te gaan, proberen we te voorkomen dat mensen geen rekening met elkaar houden of elkaar rechtstreeks proberen te schaden.

In de context van de gezondheidszorg betekent dat dat ethiek op de humanisering van de zorg gericht moet zijn. Ethiek moet er voortdurend op hameren dat mensen meer zijn dan een robot van hun genen, drager van bepaalde erfelijke aanleg, van een lichamelijk gebrek of een chronische ziekte.

Dat is precies de reden waarom ethische vragen ons interesseren. Als dat zo is, dan moet medische ethiek voortdurend strijdbaar en kritisch zijn ten opzichte van maatschappelijke ontwikkelingen en ten opzichte van de geneeskunde. Wanneer medische ethiek te weinig kritisch is tegenover medisch wetenschappelijke vorderingen hebben de belangrijkste vragen waarvoor ze zich gesteld ziet, betrekking op de voorwaarden waaronder ze toegepast kunnen en mogen worden. Dan overweegt ook in de ethiek de waarde van efficiëntie. De vraag hoe de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk gebruikt kunnen worden om gegeven doelen te bereiken, gaat dan vóór de vraag naar de doeleinden.

In een dergelijke situatie kan het middel zelf tot doel worden. Wetenschappelijke vooruitgang, technische ontwikkeling, de structuur van de gezondheidszorg, kostenbeheersing worden zo doelen op zichzelf. Zonder dat ons langer duidelijk is waartoe ze eigenlijk dienen. We geloven niet meer zo dat wetenschap en techniek er alleen maar zijn om bij te dragen tot de emancipatie, de bevrijding, de ontplooiing, vervolmaking van de mens. We denken liever na over de perfectionering van onze middelen. Wie niet aan de vooruitgang van wetenschap en techniek meedoet kan het verder wel vergeten. Stilstand is achteruitgang. We vluchten voortdurend naar voren en daardoor ontgaat ons de samengang, de betekenis, de zin van ons handelen. We raken dan onszelf kwijt in het wetenschappelijk-technisch bestel en zijn niet meer dan een schakel in een geheel dat door niemand meer controleerbaar en beheersbaar is.

Als ook in de ethiek de efficiëntie overheerst, richt zij zich op het ontwerpen van regels en procedures zonder de vraag te stellen naar het goede dat daarmee gediend is. Dan lijkt het er inderdaad op dat niet de ethiek de medisch-technische ontwikkeling beheerst, maar daar andersom zelf door beheerst wordt. Wat kan, mag en moet. Hoe kunnen we het oorspronkelijke doel van medische ethiek opnieuw

gestalte geven, namelijk humanisering van de zorg?

Een nieuwe impuls voor medische ethiek

Wil ethiek zich werkelijk kritisch kunnen opstellen ten opzichte van geneeskunde en gezondheidszorg, dan moet aan twee typen voorwaarden worden voldaan.

Formele voorwaarden

Elders heb ik samen met Kimsma aangegeven hoe de invloed van ethiek in de praktijk van de gezondheidszorg kan worden vergroot (6). We noemen daar voornamelijk formele voorwaarden ter vergroting van de invloed van ethiek, namelijk:

- meer ethische scholing van beroepsbeoefenaars. Lang niet aan alle medische faculteiten wordt medische ethiek gedoceerd; wanneer dat wel het geval is, neemt dit onderwijs vaak een uiterst geringe en facultatieve plaats in;

- meer aansluiting van ethiek bij de empirie van de medische praktijk. Descriptieve ethiek wordt in de gezondheidszorg weinig beoefend; daardoor zijn er nauwelijks gegevens over de wijze waarop in de concrete praktijk met normatieve problemen wordt omgegaan. De ethiekbeoefening en het ethiek-onderwijs staan daardoor ver af van de klinische praktijk. Deze kloof tussen theorie en praktijk dient overbrugd te worden door ethiek te bedrijven binnen de alledaagse gezondheidszorgpraktijk;

- meer beïnvloedingsmogelijkheden van het beleid. De huidige adviesorganen in het gebied van de volksgezondheid zijn veelal in handen van vertegenwoordigers van de medische professie. Daardoor komt het geregeld voor dat direct betrokken wetenschappers advies uitbrengen over hun eigen onderzoeksgebied, en dat natuurlijk alleen maar wensen te stimuleren.

Gezocht moet worden naar wegen om een open maatschappelijke discussie en een democratische besluitvorming over medische technologie mogelijk te maken. Het *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé* in Frankrijk, evenals het *Bioëthisch Colloquium* dat in mei 1987 in België is gehouden, kunnen hiertoe als model dienen.

Materiële voorwaarden

De eerder genoemde voorwaarden zijn onvoldoende als ze niet gepaard gaan

met een herbezinning op de inhoudelijke oriëntatie van de hedendaagse medische ethiek. Voor een dergelijke heroriëntering zijn nog weinig aanknopingspunten beschikbaar, waarschijnlijk doordat medische ethiek in het algemeen niet vanuit een wijsgerig kader beoefend wordt. Toch zou het denken van bijvoorbeeld Gabriël Marcel, Hans Jonas en Emmanuel Levinas een inspiratiebron hiervoor kunnen zijn. Enkele kernwoorden zijn dan:

Menswaardigheid. Elders is een ervaring weergegeven met een man en een vrouw die allebei een oogafwijking hebben en die een kind willen hoewel de kans vijftig procent is dat het kind dezelfde afwijking heeft (7). In eerste instantie reageren huisarts en specialist negatief. Het kan toch niet dat zo'n risico wordt gelopen? Maar de ouders brengen terecht naar voren dat alleen zij uit eigen ervaring weten wat een dergelijke handicap betekent; hun beslissing wordt uiteindelijk gerespecteerd.

Met name in de context van de gezondheidszorg wordt de eis dat patiënten zelf het laatste woord hebben met klem naar voren gebracht, omdat juist ten aanzien van mensen die ziek of gehandicapt zijn de neiging tot paternalistisch optreden bij hulpverleners groot is. De gezondheidszorg is bovendien een machtige bureaucratische structuur met eigen wetten en regels, die weinig ruimte laten voor individuele variatie. Deze eis gaat terug op een soort oerervaring dat de menselijke persoon een inherente waardigheid heeft, ongeacht diens prestaties of nut. Voor sommigen komt die ervaring voort uit het feit dat de mens geschapen is naar het beeld van God; voor anderen is ze gegeven met het leven zelf: ieder mens verlangt ernaar zichzelf te mogen zijn. Die waardigheid van de mens moet erkend en gerespecteerd worden. Gezondheidszorg is goed wanneer ze de kansen voor een menswaardig leven bevordert. Dat is een uitgangspunt voor de ethiek: ieder mens, hoe gekwetst en afhankelijk ook, moet in zijn waarde worden gelaten, worden behandeld als naaste. Zorg en hulp die daaraan niet beantwoorden, moeten we onder kritiek stellen. Een nadere invulling van dit criterium van menswaardigheid is afhankelijk van het vigerend mensbeeld. Dat is niet voor ieder van ons hetzelfde. Door wijsgerig-antropologische reflectie zou de inhoud van het begrip menswaardigheid als kwalificatie van menselijk leven en handelen nader geëxpliciteerd moeten worden (8).

Solidariteit. Individuele autonomie komt alleen tot stand in een gemeenschap. Autonomie wordt ons toegekend door onze medemensen; we worden ertoe opgevoed, ertoe gestimuleerd en uitgedaagd. We hebben anderen nodig om autonoom te zijn. Veel sterker is deze gemeenschapsdimensie bij het spreken van 'menswaardigheid'. De gemeenschap voorziet haar leden van de noodzakelijke middelen voor een menswaardig bestaan. Steeds minder onderscheidingen tussen die leden worden hiervoor relevant geacht; sinds lang is in onze cultuur geaccep-

teerd dat bejaarden, chronische zieken, gehandicapten en zwakzinnigen als gelijkwaardig aan gezonden worden behandeld. De tendens is thans aanwezig om in het licht van financiële beperkingen aan de solidariteit in de gezondheidszorg te torren. Daar kan de ethiek weinig tegenover stellen, zolang ze tenminste weigert uit te gaan van een filosofische analyse van het begrip 'solidariteit'.

Ontmythologisering van gezondheid.

Er is in onze tijd sprake van een bijna obsessieve aandacht voor gezondheid. Dat is voor veel postmoderne mensen de belangrijkste waarde in het leven geworden. In de medische ethiek wordt gezondheid als waarde nauwelijks bekritiseerd; er is voor haar geen aanleiding tot relativering aangezien ze, zoals we eerder zagen, het vooruitgangdenken van de medische wetenschap volgt. Een relativering van gezondheid als waarde vereist, in de woorden van Jonas, een "afwending van de ethiek van perfectibiliteit" (9). Een dergelijke afwending is gewenst omdat in de huidige preoccupatie met gezondheid eenzijdigheden zichtbaar worden die bepaalde groepen mensen, zoals ouderen, gehandicapten en chronische patiënten, eigenlijk per definitie marginaliseren.

Gezondheid wordt in de beleving van vele mensen gerelateerd aan een niet te jong en niet te oud, niet te dik en niet te dun lichaam, een goed ontwikkeld mooi gevormd, gaaf, liefst gebruind lijf. Om deze fotomodellen-gezondheid te bereiken en te handhaven moet je een hoop doen: joggen, vitaminepillen slikken, matig zijn met alcohol, stoppen met roken, enzovoort.

Ook voor de geneeskunde heeft gezondheid allereerst te maken met de anatomische vorm en het fysiologisch functioneren van het lichaam. Dat functioneren kan in getallen worden uitgedrukt; gezondheid in deze zin kan worden gemeten.

Op het niveau van de samenleving bestaat de steeds sterkere tendens om van het individu te verlangen dat het zich zo gedraagt dat het normale functioneren van het organisme niet ontregeld raakt. Gezondheid is niet langer iets waaraan ieder meer of minder waarde kan hechten. Er lijkt een vorm van 'gezondheidstyrannie' te ontstaan waarbij gezondheid wordt opgevat als morele plicht. We moeten gezond zijn of we willen of niet. Het is zo'n belangrijke zaak dat geen ruimte gelaten wordt voor keuzevrijheid. Een voorbeeld: door de ontwikkeling van prenatale diagnostiek kunnen ouders ervoor kiezen alleen gezonde, gave kinderen ter wereld te brengen. Deze optie wordt echter geleidelijk getransformeerd tot een maatschappelijk en economisch gewenste verplichting geen ongezonde, gehandicapte kinderen geboren te laten worden, nu de mogelijkheden daartoe aanwezig zijn. Door dit als wens of zelfs plicht te formuleren gaat ethiek steeds vaker de taal van gezondheid spreken. Morele problemen worden dan vermomd als medische problemen en

ze lijken daardoor technisch oplosbaar. We zeggen dan liever dat we iets doen, omdat het gezond is. Dat suggereert dat we een beslissing nemen op objectieve gronden, terwijl het in feite gaat om een morele keuze waarbij verschillende waarden tegen elkaar zijn afgewogen.

Conclusie

In dit artikel heb ik kritiek geleverd op drie kenmerken van de gangbare medisch-ethische discussie: 1) de aandacht voor spectaculaire gebeurtenissen en de nieuwste technologische ontwikkelingen; 2) de gerichtheid op de toepassingsvoorwaarden van nieuwe kennis en technieken, in plaats van op de ontstaansvoorwaarden en ontwikkelingsprocessen; 3) het streven naar zekerheid en probleemoplossing.

Deze kenmerken vormen constanten ondanks de enorme verscheidenheid en veranderlijkheid van de actuele medisch-ethische vraagstukken. Deze laatste worden gerepresenteerd door zes casus. Op dit moment staan al weer andere casus in het brandpunt van de belangstelling. Wat als probleem voor de medische ethiek door alle casus heen blijft, is het gegeven van de genoemde kenmerken.

Dat gegeven is vervolgens nader geduid. Genoemde kenmerken hangen samen met het verschijnsel dat in onze wetenschappelijke-technische cultuur het nadenken over de perfectionering van de middelen om iets te bereiken voorrang heeft op de vraag wat we de moeite waard vinden om na te streven, met andere woorden wat de waarden en doelen zijn die we willen verwerkelijken. Ook in de gangbare medische ethiek vinden we dit verschijnsel terug. Dat maakt haar zelf tot een probleem, aangezien juist in de ethiek de discussie over de doeleinden van ons handelen gevoerd zou moeten worden. Het feit dat ze hiervan afziet, heeft de hedendaagse medische ethiek van haar eigen wortels vervreemd. Die vervreemding wordt zichtbaar als de samenstellende elementen van het zelfbegrip van deze ethiek nader worden beschreven. Vier ervan worden genoemd: techno-ethiek, vooruitgangdenken, autonomie-moralisme, juridisering. Tenslotte worden aanwijzingen gegeven hoe deze vervreemding kan worden opgeheven. Op dit punt is nog veel werk te verrichten en zijn de gedachten het minst ontwikkeld.

Voor een nieuwe impuls zijn zowel formele als materiële voorwaarden te vervullen. De formele zijn er op gericht de kloof tussen techniek en ethiek in onderwijs, praktijk en beleid te dichten. De materiële voorwaarden bestaan uit een nieuwe oriëntering van de medische ethiek door een wijsgerige doordenking van menswaardigheid en solidariteit, en een ontmythologisering van gezondheid als hoogste waarde.

Noten

1. Deze stelling wordt uitgewerkt in het boek dat ik samen met G. Kimsma schreef: *Geneeskunde tussen droom en drama. Voortplanting, ethiek en vooruitgang*. Kampen, Kok, 1987.
2. G.M.W.R. de Wert & J.P.M. Geraedts, *IVF, pre-embryo-research en ethiek*, in *Metamedica* 67, 1988, p. 106-123.
3. H. Terborgh-Dupuis, *Medische ethiek in perspectief*. Leiden, Stafleu, 1976.
4. Zie uitgebreid: H. ten Have & G.K. Kimsma, *Geneeskunde tussen droom en drama*, o.c., p. 79 e.v.
5. J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk, Callenbach, 1969.
6. O.c., p. 186 e.v.
7. O.c., p. 146 e.v.
8. C.P. Sporken, *Waardigheid van de mens en menswaardigheid - ethisch geladen begrippen*, in: *Wijsgerig Perspectief* 26, 1985/6, p. 165-171.
9. H. Jonas, *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Frankfurt, Suhrkamp, 1987, p. 299.