

KSR II (Kommunikation – Supervision – Reflexion)

Medizin Univ. Graz, SS 2008

Scriptum zum Seminar
ETHIK IN DER MEDIZIN

(I) theoretische Grundlagen¹

Ao.Univ.-Prof. Dr. Sonja Rinofner-Kreidl

in Zusammenarbeit mit

Mag. Dr. Harald A. Wiltsche

Mag. Michael Wallner

Martin Eigler

Für Anfragen (Seminarorganisation, Beurteilung etc.)

wenden Sie sich bitte an

harald.wiltsche@uni-graz.at

michael.wallner@edu.uni-graz.at

martin.eigler@st.rotekreuz.at

¹ Die in der folgenden Programmübersicht genannten Anwendungsbeispiele finden sich im Teil II des Scriptums.

UE 1: Do., 6.3.2008

theoretische Einführung (S. 4-21): 15.30-16.15 (HS 07.01):

Krankheitstheorien und Menschenbild:

- 1) Einleitung: Ärztliches Handeln im engeren/im weiteren Sinn**
- 2) Krankheitsbegriff; gängige Auffassungen von Gesundheit/Krankheit**
- 3) Personsein und Menschenwürde: ethische Implikationen**

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00:

Intersexualität – im Spannungsfeld von personaler Würde und naturwissenschaftlichem Menschenbild

UE 2: Do., 13.3.2008

theoretische Einführung (S. 22-39): 15.30-16.15 (HS 07.01):

- 1) naturwissenschaftliche vs. moralische Betrachtung der Wirklichkeit (deskriptive, tatsachenfeststellende/erklärende vs. normative Betrachtung)**
- 2) die moralische Handlung (Strukturanalyse); Einführung einiger diesbezüglich relevanter ethischer Grundbegriffe**

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00:

Dieter Birnbacher, Suizid und Suizidprävention aus ethischer Sicht, in: ders., Bioethik zwischen Natur und Interesse. Frankfurt a. M. 2006, 195-221 (Textanalyse)

Hausarbeit I (2 Seiten, Abgabetermin: 1.4.):

- Beschreiben Sie **eine moralische Handlung** (im Kontext der Medizin), die Sie selbst ausgeführt haben oder von der Sie betroffen waren.
 - Diskutieren Sie verschiedene mögliche Bewertungen dieser Handlung aus verschiedenen Gesichtspunkten (aus Sicht der Handelnden, der Betroffenen, der Gesellschaft oder einer bestimmten sozialen Institution etc.).
-

UE 3: Di., 1.4.2008

theoretische Einführung (S.40-51): 15.30-16.15 (HS 07.01):

Die Arzt-Patienten-Beziehung (3 Modelle) und deren ethische Implikationen (informed consent)

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00:

Fallbeispiele:

- a) Aufklärung am Krankenbett (Informed Consent)**
 - b) Therapieabbruch (Patientenverfügung)**
-

UE 4: Do., 3.4.2008

theoretische Einführung (S. 52-72): 15.30-16.15 (HS 07.01):

1) Zwei grundlegende ethische Positionen: Deontologie und Utilitarismus

2) Prinzipienorientierte Ethik vs. Kasuistik; Prinzipien, Normen, situative Urteile; moralische Abwägung; Principlism

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00

Anwendungsbeispiel: Organhandel („Organ Transplants and Donors“, in: Ruth Chadwick/Udo Schützlenk (eds.), Encyclopedia of Applied Ethics, Vol. 3, 395)

Hausarbeit II (2 Seiten, Abgabetermin: 10.4.):

- **Fallbeispiel: In-Vitro-Fertilisation bei einer Anlageträgerin für die Huntington-Krankheit:** Stellen Sie sich vor, Sie vertreten a) eine deontologische (kantische), b) eine utilitaristische Ethik. Analysieren Sie die Situation gemäß a) und b). Orientieren Sie sich dabei an folgenden Fragen (Fragenkatalog)

UE 5: Do., 10.4.2008

theoretische Einführung (S. 73-87): 15.30-16.15 (HS 07.01):

1) Moral und Recht

2) Sterbehilfe (ethische Analyse)

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00:

Helga Kuhse/Peter Singer, Sollen alle schwergeschädigten Neugeborenen am Leben bleiben? (Textanalyse)

UE 1

theoretische Einführung:

Krankheitstheorien und Menschenbild:

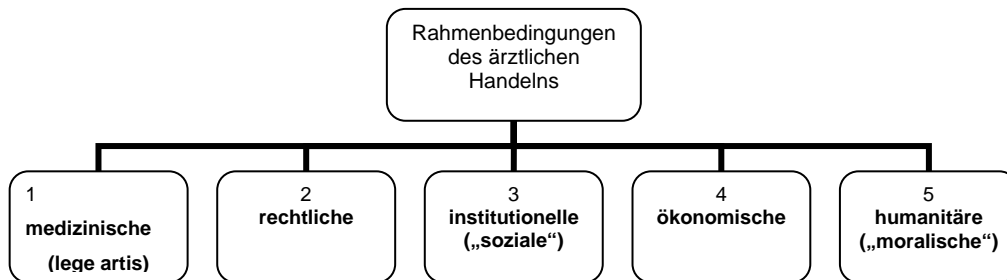
- 1) Einleitung: Ärztliches Handeln im engeren/im weiteren Sinn
- 2) Krankheitsbegriff; gängige Auffassungen von Gesundheit/Krankheit
- 3) Personsein und Menschenwürde: ethische Implikationen

1) Einleitung: Ärztliches Handeln im engeren/im weiteren Sinn

Was ist Medizinethik? Womit befassen wir uns, wenn wir nach ethischen Problemen in der Medizin fragen? Um eine erste Antwort auf diese Fragen zu gewinnen, die uns Orientierung für das Folgende geben kann, sollten wir vom ärztlichen Handeln ausgehen. Dieses Handeln erfolgt unter bestimmten Rahmenbedingungen. Welche sind das?

Das ärztliche Handeln unterliegt, erstens, der Anforderung, im Sinne einer praktischen Kunst und eines medizinischen Wissens *lege artis* durchgeführt zu werden. Für das ärztliche Handeln gibt es, zweitens, rechtliche Rahmenbedingungen. Z. B. dürfen Sie niemanden gegen seinen ausdrücklichen Willen operieren. Das ärztliche Handeln erfolgt, drittens, in bestimmten institutionellen Zusammenhängen, z. B. in einer Klinik. Es gibt Standesvereinigungen, ein Krankenkassensystem, ein Krankenanstaltsgesetz, Patientenanwälte u.v.a. Die Ausübung der medizinischen Tätigkeit wird unter verschiedenen sachlichen Gesichtspunkten von verschiedenen Institutionen geregelt. Da institutionelle Rahmenbedingungen meist auch soziale Netzwerke hervorbringen, ist Institutionalisierung darüber hinaus ein wichtiger Faktor im Hinblick auf die Eingliederung der medizinisch Tätigen in die Gesellschaft. Das ärztliche Handeln unterliegt, was im Einzelfall mehr oder weniger aufdringlich bewusst sein kann, viertens immer auch ökonomischen Bedingungen. Ein Gesundheitssystem muss finanziert werden. Das betrifft nicht nur Impfaktionen, Vorsorgeuntersuchungen, Pflegegeld etc., sondern auch etwa die Spitalsfinanzierung oder die öffentlichen Zuschüsse an Rehabilitationszentren. Schließlich sind, fünftens, humanitäre Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns zu bedenken. Diese treten nicht nur in Ausnahmesituationen ärztlichen Handelns, wie etwa bei medizinischen Noteinsätzen in Katastrophengebieten oder Dritte-Welt-Ländern in Kraft. Sie sind schlicht dadurch erfüllt, dass sich Menschen, die in Not sind, weil sie krank oder verletzt sind oder sich in physischen bzw. psychischen Grenzsituationen befinden, mit der Bitte um Hilfe an Ärztinnen wenden. Die Ärztinnen antworten auf diese Bitte mit ihrem Wissen und ihrer Kunstfertigkeit. Wir würden es als unmoralisch betrachten, wenn ein Arzt

sich weigerte, einem Anderen, der in einer solchen Not zu ihm kommt, zu helfen – sofern ihm dies in der fraglichen Situation praktisch möglich ist. Mit Bezug auf die humanitären Aspekte des ärztlichen Handelns ist es uns selbstverständlich, von „Moral“ zu sprechen. So scheint es nahe liegend, der Ethik genau diesen Ort zuzuweisen: über die humanitären Aspekte des ärztlichen Handelns nachzudenken. So nahe liegend das sein mag, so ist es doch zu kurz gegriffen.



ETHIK

Der Ausdruck „Ethik“ bezieht sich auf eine theoretische Reflexion unseres Handelns. Medizinethik ist die theoretische Reflexion des ärztlichen – oder, allgemein: des medizinischen – Handelns. (Dazu gehören natürlich auch die pflegerischen Tätigkeiten.) „Reflexion auf unser Handeln“ meint: Reflexion auf die Regeln, denen wir im Handeln folgen. Hier ist es nun wichtig, dass wir die Ethik, logisch betrachtet, an den richtigen Ort setzen. Ethik ist nicht lediglich der Versuch, auf die humanitären Aspekte des ärztlichen Handelns hinzuweisen (obwohl sie das auch tut). Ethik bezieht sich auf das regelgeleitete ärztliche Handeln, sofern wir dieses in der soeben kurz skizzierten komplexen Gesamtsituation betrachten. Aufgabe der Medizinethik ist, das regelgeleitete ärztliche Handeln, das in die genannten Rahmenbedingungen eingebunden ist, zu analysieren. Mit Bezug auf diese Gesamtsituation fragt die Ethik, ob es vernünftige Gründe für die Geltung jener Regeln gibt, welche die Handelnden in ihrem Handeln anleiten. Es geht, sofern wir in diesem weiten Horizont denken, *nicht* darum festzulegen, was in einem konkreten Fall eine medizinische Behandlung lege artis ist (im Hinblick auf Diagnose, Indikation, Therapie und Prognose). Das ist eine Frage, die nur MedizinerInnen beantworten können. PhilosophInnen können nicht beanspruchen, diese Frage zu beantworten. Und sie beanspruchen das auch nicht.

Wenn wir verstehen wollen, was Ethik ist – d. h. vorerst: auf welcher Ebene Ethik ansetzt –, müssen wir unterscheiden zwischen

- Regeln des ärztlichen Handelns im engeren Sinn (= 1)
- Regeln des ärztlichen Handelns im weiteren Sinn (= In welchem Verhältnis stehen die Aspekte 1–5 zueinander? Wie soll der ärztliche Umgang mit Menschen erfolgen, sofern dieser Umgang nicht auf die klinische Analyse von Krankheitsphänomenen und deren Behandlung beschränkt ist, sondern darüber hinaus die Aspekte 2-5 berücksichtigt werden?)

Wenn wir diese Unterscheidung vornehmen, haben wir eine erste Handhabe, um zu verstehen, was es bedeutet zu sagen, dass die Medizin eine Ethik brauche. Die Regeln des ärztlichen Handelns im engeren Sinn sind autonom. In sie greift die Ethik nicht ein. Ethik ist allein mit den Regeln des ärztlichen Handelns im weiteren Sinn befasst.

Nehmen wir z. B. die Frage:

„Wie kann eine gerechte Verteilung von Ressourcen (z. B. Vorsorgescreening, Medikamente, Spenderorgane) in einer bestimmten Bevölkerung(sgruppe) erreicht werden?“

Ist das eine Frage, die sich auf das ärztliche Handeln im engeren oder auf das ärztliche Handeln im weiteren Sinn bezieht? Ist das also eine im engeren Sinn medizinische Frage oder eine ethische Frage? Fragen der Verteilung (Allokation) von Ressourcen und Leistungen hängen eng mit Finanzierungsfragen, und damit auch mit politischer Willensbildung und politischen Entscheidungen, zusammen. Wer soll auf der Basis welcher Eigenleistungen Zugang zu welchen Maßnahmen medizinischer Versorgung erhalten?

Nehmen wir ein anderes Beispiel:

„Soll bei Frau X, die 35 Jahre alt und in der 17. Woche schwanger ist, eine Amniozentese vorgenommen werden?“ Ist das eine im engeren Sinn medizinische Frage oder nicht?

Nehmen wir an, der Fall stellt sich wie folgt dar: In der Familie von Frau X wie auch in der des Kindsvaters sind keine Erbkrankheiten bekannt. Frau X ist bei guter Gesundheit, klagt über keinerlei Beschwerden. Laut gynäkologischem Befund ist mit keinen Schwangerschaftskomplikationen zu rechnen. Der Gynäkologe rät Frau X dringend dazu, die Amniozentese vornehmen zu lassen, um hinreichende Evidenzen dafür zu erhalten, dass keine Erbschädigung des Ungeborenen vorliegt.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass medizinische Fragen im engeren Sinn immer einen bestimmten technischen Entwicklungsstand der Medizin voraussetzen. Die Entscheidung darüber, ob eine Frage eine im engeren Sinn medizinische Frage darstellt oder nicht, hängt darüber hinaus von zusätzlichen Faktoren ab, welche der individuellen Situation wie auch der gesellschaftlichen Situation zu entnehmen sind. Dazu gehören im vorliegenden Fall etwa die Nichtzugehörigkeit zu einer Risikogruppe (hier: Erbkrankheiten), das Vorhandensein und die Auslastung von Amniozentese-Spezialisten in den umliegenden Kliniken; der gesellschaftliche und kulturelle Umgang mit Risiken und, speziell, der Umgang mit gendiagnostischen Instrumentarien; das individuelle Sicherheitsbedürfnis von Frau X; der religiöse Hintergrund von Frau X sowie ihre persönliche Überzeugung bezüglich eines unter bestimmten Umständen moralisch erlaubten oder prinzipiell moralisch unerlaubten Schwangerschaftsabbruches usw.

Es gibt Aspekte an diesem Fall, die rein medizinisch zu beurteilen sind, z. B. auf Basis einer Statistik der mit genetischen Defekten geborenen Kinder bei spätgebärenden Frauen. (Als Spätgebärende, denen pränataldiagnostische Untersuchungen empfohlen werden, gelten in Österreich Frauen, die zum Zeitpunkt der Schwangerschaft das 35. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben.) Derartige statistische Daten sagen freilich nichts über individuelle Fälle aus. Sie erlauben nicht, einen Schluss darauf zu ziehen, ob Frau X ein missgebildetes Kind zur Welt bringen wird oder nicht. Andererseits lassen sich, sobald wir uns auf den individuellen Fall beziehen, die rein medizinischen Aspekte kaum eindeutig und vollständig von den sonstigen Rahmenbedingungen des Lebens ablösen. Frau X ist nicht nur ein Organismus. Und soweit wir Frau X lediglich als einen Organismus betrachten, müssen wir zugestehen, dass auf einer rein physiologischen Evidenzbasis dessen Funktionsweise nicht vollständig und nicht irrtumssicher vorhersagbar ist.

Was sollten wir aus der Diskussion derartiger Einzelfälle ziehen? Auch wenn wir zu Recht Regeln des ärztlichen Handelns im engeren und im weiteren Sinn unterscheiden, müssen wir uns darüber klar sein, dass das nicht bedeutet, dass ärztliches Handeln im engeren Sinn auf naturwissenschaftlich begründeten und deshalb irrtumssicheren und kontextunabhängigen Entscheidungen beruhte, während das ethisch assistierte ärztliche Handeln im weiteren Sinn unsicher und kontextabhängig wäre. Ärztliches Handeln steht, eben weil es eine Praxis des Umgangs mit individuellen Fällen ist, jederzeit unter der Bedingung der Unsicherheit. Solange wir uns im Bereich der Theorie aufhalten, mag es Eindeutigkeit, z. B. im Hinblick auf die

typische Symptomatik einer bestimmten Krankheit geben. Ärztliches Handeln bezieht sich aber nicht auf Krankheitsbilder, sondern auf das konkrete Kranksein konkreter Menschen. Es ist deshalb angebracht sich mit der Frage auseinander zu setzen, was „Krankheit“ ist. Von welchen Ideen der Krankheit können wir ausgehen?

2) Krankheitsbegriff; gängige Auffassungen von Gesundheit/Krankheit

Was ist Krankheit? Es gibt eine Vielzahl von Krankheitsbestimmungen. So wurde zur Klärung des Begriffes Krankheit u. a. folgende Unterscheidung vorgeschlagen.² Der umfassende Oberbegriff sei *morbus*, dem drei verschiedene Aspekte untergeordnet seien. „Pathos“ bezeichne den pathologischen Befund, die nachweisbare Desorganisation der Struktur oder Funktion des Organismus. „Aegritudo“ beziehe sich auf das subjektive Krankheitsbefinden und Krankheitsempfinden. „Nosos“ stehe für das Krankheitsbild bzw. die klinische Einheit (z. B. Myokarditis).

Der Krankheitsbegriff wurde in der Geschichte der Medizin meist nicht präzise abgegrenzt und verwendet. Er gilt als kaum definierbar. Einigkeit besteht darin, dass die Begriffe Krankheit und Gesundheit komplementäre Begriffe sind, die wechselseitig aufeinander verweisen. Einigkeit besteht auch darin, dass deskriptive und normative Aspekte sorgfältig zu unterscheiden sind. Wenn wir Krankheit als Abweichung von Normalität charakterisieren – was ein strittiger Ansatz ist – so ist dieser doppelte Bezug offenkundig: Wir können in einem deskriptiven, Tatsachen feststellenden Sinn, aber auch in einem normativen, bewertenden Sinn von Krankheit sprechen. Entsprechend kann Normalität deskriptiv oder normativ verstanden sein. Der statistische Durchschnittswert, der z. B. das normale Funktionieren der Niere oder die normale Lungenvolumenleistung eines Erwachsenen in einem bestimmten Lebensalter angibt, kann entweder so verstanden werden, dass damit ein theoretisch ermittelter, im Sinne einer Durchschnittsverteilung idealer Ist-Zustand beschrieben ist oder so, dass damit ein Soll-Zustand angezeigt ist, dessen Nichterreichen als Leistungsminderung negativ zu bewerten ist. (Letzteres entspricht freilich nicht dem, was wir aus alltäglichen Zusammenhängen als negative normative Bewertung von Krankheit kennen. Eine solche liegt etwa vor, wenn einer sagt: „N.N. ist selber schuld, dass er Lungenkrebs hat. Er war über viele Jahre Kettenraucher.“)

² Vgl. „Krankheit“, in: Joachim Ritter/Karlfried Gründer (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Bd. 4. Basel/Stuttgart 1976, 1184-1190, hier: 1186f. Die oben vorgeschlagene Unterscheidung geht zurück auf: L. J. Rather, *Towards a philosophical study of the idea of disease*, in: Ch. Mc C. Brooks/P. Cranefield (eds.), *The historical development of physiological thought*. New York 1959, 351-373.

Ungeachtet des Mangels einer verbindlichen Definition handelt es sich beim Begriff der Krankheit natürlich um eine – ja: um *die* – Grundfrage der Medizin, die nicht nur von medizinischer Bedeutung ist, sondern auch juristische, soziale und politische Problemfelder involviert. Denken Sie etwa an die gesundheitspolitischen und ökonomischen Effekte unseres Verständnisses von Krankheit. Was als krank gilt und unter welchen Bedingungen jemand berechtigt ist, welche Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, hängt natürlich von dem zu Grunde liegenden Krankheitsbegriff ab. Dasselbe gilt für die Frage der Gesundheitserziehung. Welchen Stellenwert präventive Maßnahmen zur Gesundheitssicherung der Bevölkerung erhalten, hängt ebenso von der zu Grunde liegenden Auffassung von Krankheit ab. Je nach favorisierter Krankheitstheorie ist das Arbeitsfeld der Medizin enger oder weiter zu fassen; je nachdem werden die Akzente mit Bezug auf eine gegebene Reichweite medizinischer Forschung und Behandlung verschieden gesetzt. Dies ist offenkundig z. B. im Hinblick auf das Verhältnis von präventiver, kurativer und palliativer Medizin.

Wir können uns aus Zeitgründen nicht mit der Geschichte der Entwicklung des Krankheitsbegriffes und der Krankheitstheorien auseinandersetzen. Stattdessen werden wir uns darauf beschränken, zwei grundlegende Orientierungen im Hinblick auf die Auffassung von Krankheit und Gesundheit zu unterscheiden. Entweder bestimmt sich das, was man unter „Krankheit“ versteht, vom Objekt her. In diesem Fall ist Untersuchungsobjekt der menschliche Körper im Hinblick auf seine Anatomie und Physiologie. Vorausgesetzt ist dabei, dass die natürlichen Abläufe im Körper im Sinne funktionaler bzw. kausaler Zusammenhänge objektiv beschreibbar und erklärbar sind. Auch wenn diese Erklärung gegenwärtig noch nicht vollständig möglich sein sollte, so liegt in der naturwissenschaftlichen Betrachtung doch eine prinzipielle, auf Vollständigkeit gerichtete Erklärbarkeitsbehauptung. Dem entsprechend gilt: Was derzeit noch nicht erklärbar ist, wird in Zukunft erklärt werden können.

Objektive Krankheitstheorien nehmen Bezug auf pathologisch-anatomische Veränderungen im menschlichen Organismus, welche die normale („natürliche“) Funktionsfähigkeit einzelner Organe bzw. des Organismus insgesamt im Sinne einer Störung oder Leistungsminderung beeinträchtigen. Objektiv betrachtet, ist ein Organismus krank, sobald er in einem statistisch relevanten Ausmaß Abweichungen von den Normalfunktionen zeigt. Gesund ist ein Organismus, dem entsprechend, sofern seine Einzelfunktionen innerhalb einer gewissen Schwankungsbreite den Durchschnittswerten entsprechen. Objektiv können wir Krankheit z. B. wie

folgt definieren: Krankheit ist „eine Reihe miteinander verbundener, teils ausschließlich funktioneller, teils gleichzeitig funktioneller und organischer Veränderungen des lebenden Organismus, die entweder unmittelbar oder mittelbar durch Einwirkung von Reizen, für welche der Organismus nicht angepasst war, hervorgerufen wurden.“³

Der Vorteil objektorientierter Krankheitstheorien ist, dass es gemäß diesem Krankheitsverständnis möglich ist, an einer Systematisierung und Typologisierung von Krankheiten zu arbeiten, indem deren typische Symptomatik und deren typischer Verlauf festgehalten wird. Eine solche Systematisierung, ein nosologisches Krankheitssystem, zielt auf Bestimmtheit und Eindeutigkeit in der Abgrenzung verschiedener Krankheiten. Ziel ist es, Krankheiten unterscheidbar und identifizierbar zu machen. Nosologische Systeme unterscheiden sich je nachdem, welche Kriterien ihnen zu Grunde liegen. Als Kriterien kommen z. B. in Betracht: „Ursachen (Infektions-, Erb- und Berufskrankheiten u.a.), Mechanismen (Immun-, psychosomatische Krankheiten u.a.), die betroffenen Gebiete und anatomischen Strukturen (Nieren-, Stoffwechsel-, psychische Krankheiten u.a.), die Übertragungsart (Geschlechtskrankheiten u.a.), die Gruppenspezifität (Kinder-, Alterskrankheiten u.a.) oder die geographische Verbreitung (Tropenkrankheiten u.a.).“⁴

Der Nachteil objektorientierter Krankheitstheorien ist, dass sie insofern abstrakt bleiben, als sie über (schematisierte) Krankheitsverläufe und –bilder handeln, nicht aber darüber, wie sich diese Krankheiten im individuellen Fall manifestieren. Über Krankheiten unabhängig von kranken Menschen zu sprechen, ist eine begriffliche Abstraktion.

Als zweite Grundorientierung der Krankheitstheorie sind subjektive Krankheitstheorien zu nennen. „Subjektiv“ meint hier: subjektbezogen. Was Krankheit und was Gesundheit ist, wird nicht ausschließlich und nicht primär von medizinischen Befunden (z. B. von der Diagnose bestimmter Organschädigungen) her bestimmt, sondern von der Bedeutung, welche die Erkrankung für den Kranken in einer bestimmten Situation hat. Subjektorientierte Krankheitstheorien verstehen Krankheit (wie auch Gesundheit) als ein umfassendes Geschehen, das den Menschen in seiner Körper-Geist-Seele-Einheit betrifft wie ebenso in seinen sozialen Beziehungen. Diese Mehrdimensionalität der subjektorientierten Krankheitstheorie kommt in der gängigen Bezeichnung „biopsychosoziales Krankheitsmodell“ zum Ausdruck. Wer die Mehr-

³ W. Bieganski, Der Krankheitsbegriff, in: Karl E. Rothsuh (Hg.), Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt 1975, 102-124, hier: 118.

⁴ „Krankheit“, in: Wilhelm Korff/Lutwin Beck/Paul Mikat (Hg.), Lexikon der Bioethik. Gütersloh 2000, 478-485, hier: 479.

dimensionalität der Krankheit anerkennt, geht davon aus, dass Krankheit nicht ausschließlich bzw. nicht vorrangig in pathologisch-anatomischen Veränderungen oder in Funktionsstörungen besteht, sondern dass Erkrankungen aufgrund der sozialen und seelischen Belastungen, unter denen die Betroffenen leiden, häufig psychosomatisch zu verstehen sind.

Unter diesem Gesichtspunkt müssen wir sagen: Die Selbstwahrnehmung des Menschen ist von seinem Kranksein affiziert. Gestörte (psychische) Selbstwahrnehmung kann zum Auftreten körperlicher Erkrankungen führen bzw. zu deren schlechtem Verlauf entscheidend beitragen. *Das bedeutet nicht, dass eine biopsychosoziale Krankheitsauffassung die auf die menschliche physis Bezug nehmenden Befunde leugnet oder in ihrer Aussagekraft unterschätzt. Es bedeutet lediglich, dass diese Befunde in einem weiteren Umkreis von Einflussfaktoren interpretiert werden.* Typisch für eine solche Auffassung ist, dass Krankheit nicht allein als ein zu beseitigendes Übel verstanden wird, sondern dass nach dem Sinn bestimmter Erkrankungen mit Bezug auf bestimmte Persönlichkeitstypen in bestimmten biographischen Konstellationen gefragt wird. Dem gemäß tritt in subjektiven Krankheitstheorien die objektive Krankheitstypologie und ihre eindeutige Verankerung in den Zusammenhängen anatomischer Gegebenheiten und organischer Funktionalität zugunsten einer historisch-biographischen, dialektischen und erlebnisbezogenen Auffassung von Krankheit in den Hintergrund. Was bedeutet das?

Wenn wir einer subjektorientierten Krankheitstheorie folgen, so sind Krankheit und Gesundheit nicht an einen bestimmten Gesamtzustand des Organismus gebunden. Grundlegend sind vielmehr folgende Momente:

1)

Es handelt sich nicht um Zustände, sondern um Prozesse bzw. Entwicklungen, die in einem längeren, individuell-biographischen Zeitmaßstab, aber auch in sozialen und kulturell-historischen Kontexten zu sehen sind. Mit der Zeitdimension der Phänomene Gesundheit und Krankheit gelangt auch der Wandel ihrer normativen Bewertung ins Bewusstsein. (Beispiel: Epilepsie/Fallsucht)

2)

Diesbezügliche Phänomene und Entwicklungen werden anhand von dualen Schemata (Gesundheit/Krankheit; Unversehrtheit/Behinderung) gedeutet, so dass wir nicht sagen können, was Gesundheit *an sich* – unabhängig von ihrer Beziehung zu möglichen Erkrankungen und

Verletzungen – bedeutet. Neben diesem begrifflichen Aspekt der Krankheitsdialektik ist auch ein sozialer Aspekt herauszustellen. Einerseits ist die Qualität der sozialen Beziehungen ein wesentlicher Faktor im Hinblick auf Gesunderhaltung bzw. Erkrankung. (Die Interpretation dieses Zusammenhanges erfolgt in einem weiten Spektrum. Dieses umfasst z. B. ebenso die Auffassung, dass Krankheit eine spezielle Form der Konfliktbewältigung ist wie die Auffassung, dass sich die Unfähigkeit zur Lösung sozialer Konflikte in Erkrankungen manifestiert.) Andererseits können Erkrankungen, insbesondere chronischer Art, einschneidende Veränderungen im sozialen Umfeld herbeiführen.

3)

Sind die Phänomene des Gesund/Krankseins prozessual zu verstehen, so gehören zu diesen Phänomenen wesentlich Phasen der Destabilisierung und Restabilisierung. Deren Verlauf und Zielrichtung ist nur im Hinblick auf Krisenerfahrungen verständlich zu machen. Mit Bezug auf die Beschreibung dieser Erfahrungen ist die Sicht der betroffenen Person als maßgeblich anzuerkennen. Ein prozessuales Verständnis widersetzt sich dem Versuch einer Vereindeutigung der Phänomene. Es gibt Gesundheit *in* der Krankheit, z. B. jene spezifischen Normalitäten, die sich in einem Leben mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen einstellen oder die Aktivierung von Selbstheilungskräften des Organismus. Ebenso gibt es Krankheit *in* der Gesundheit, z. B. das Brüchigwerden unserer Arbeits- und Liebesfähigkeit durch schleichende Erkrankungen oder schlechte Lebensgewohnheiten.

Was können wir aus diesen Thesen ziehen? These 1) entspricht ein *zeitlicher*, speziell ein *biographischer Sinn von Krankheit*, These 2) ein *dialektischer Sinn von Krankheit*, These 3 ein *erlebnismäßiger Sinn von Krankheit*. Diese Thesen besagen: Wir sind, streng genommen, niemals vollständig gesund, sondern erhalten uns, auf wechselnden Niveaus der Leistungsfähigkeit, gesund im Durchlaufen von körperlichen und psychischen Krisen, in der Bewältigung von Traumatisierungen, Verletzungen und Erkrankungen. Gesund ist ein Mensch, sofern es ihm in allen seinen Lebensvollzügen, primär in seinen leiblichen Vollzügen, gelingt, mit biologischen, sozialen und psychischen Krisen so umzugehen, dass er sich (immer wieder) auf einem subjektiv akzeptablen (zufriedenstellenden) Leistungsniveau stabilisieren kann.

Was uns als „gesund“ gilt, hängt sowohl davon ab, mit welchen Bedeutungen und Wertigkeiten Gesundheit in unserem soziokulturellen Umfeld versehen ist als auch davon, welche Erkrankungen und Verletzungen in welchen Reihenfolgen und Verlaufsformen wir selbst durch-

lebt haben. Die Art und Weise, wie wir von einem Kranksein betroffen sind, ist Bestandteil der Krankheit⁵ - und damit auch Bestandteil eines eventuellen Genesungsprozesses. In diesem Zusammenhang ist auf zwei Phänomene hinzuweisen: auf den placebo-Effekt und auf den sogenannten „Spontanverlauf“ einer Krankheit. Der letztere Ausdruck bezieht sich auf die Selbstheilungskräfte der Natur, die wir als „die stärksten Verbündeten jeder Medizin“ (Josef Smolle) betrachten können. „Placebo“ heißt wörtlich: „du wirst gefallen“. Der Name bezeichnet die positive, krankheitsverbessernde Wirkung, die eintritt, nachdem dem Patienten ein Mittel gegeben wurde, das er für ein wirksames Medikament hält, während es tatsächlich kein Medikament, sondern eine harmlose Zuckerlösung o. dgl. ist.

Wenn wir uns entschließen, die Art des Umgangs mit einer Krankheit als Teil der Erkrankung zu verstehen, dann müssen wir einräumen, dass die (im engeren Sinn) medizinische Erforschung und Behandlung von Krankheiten durch andere Sichtweisen zu ergänzen ist. Wie Menschen ihr Betroffensein durch Erkrankungen interpretieren, hängt auch von ihrer spirituellen Orientierung, ihren sittlichen Werthaltungen und ihrer Weltanschauung im allgemeinen ab. Folgen wir einer subjektiven Krankheitstheorie, dann sind wir angehalten, im Hinblick auf unser Verständnis von Krankheit eine interdisziplinäre Perspektive einzunehmen, indem wir uns u. a. mit Anthropologie (Lehre vom Menschen), Ethik, Axiologie (Werttheorie) und Theologie befassen. Das ist der weite Horizont, in dem alle jene stehen, die versuchen, die Krankheiten der Menschen zu heilen, ihre Auswirkungen zu lindern oder das Leben mit (chronischen) Krankheiten erträglich zu gestalten.

Der Vorteil einer subjektorientierten Krankheitstheorie ist, dass diese der Realität des Krankseins und Gesundseins offenkundig angemessener ist als eine rein objektive Krankheitsauffassung. Wir können sagen: subjektorientierte Krankheitstheorien sind phänomenadäquater. Allerdings ist diese Beschreibung insofern problematisch, als den verschiedenen Auffassungen von Krankheit eben verschiedene Auffassungen dessen entsprechen, was als relevantes Phänomen zu gelten hat.⁶ Subjektorientierte Krankheitstheorien sind, so sollten wir also ge-

⁵ So kann sich etwa ein an Darmkrebs erkrankter Mensch, dessen Befund einige Monate nach Beendigung einer massiven therapeutischen Intervention keine neue Metastasierung zeigt, subjektiv gesund fühlen, auch wenn er, als Nebeneffekt der Chemotherapie, mit irreparablen Funktionsstörungen seines Organismus leben muss. Diesem subjektiven Gesundheitsbewusstsein vom Standpunkt einer objektiven Auffassung von Gesundheit und Krankheit zu widersprechen, scheint ungerechtfertigt. Was „Gesundheit“ und „Krankheit“ bedeuten, kann nicht von kulturell, aber auch individuell variierenden Vorstellungen darüber abgekoppelt werden, worin *Lebensqualität* besteht.

⁶ Dem entspricht, dass je nach Krankheitsauffassung auch verschiedene Konzeptionen einer adäquaten medizinischen Versorgung, einschließlich der hieran beteiligten ethischen Fragen, vertreten werden. „Wer Gesundheit als eine rein körperliche Angelegenheit betrachtet, wird für die Hilfeleistung andere ethische Normen

nauer sagen, dem näher, womit wir in unserer alltäglichen Erfahrung vertraut sind, wenn wir von jemandes „Kranksein“ sprechen.

Der Nachteil subjektorientierter Krankheitstheorien liegt auf der Hand: Was wir an Aspektvielfalt gewinnen, verlieren wir an Sicherheit der Diagnose, an Eindeutigkeit und Bestimmtheit der Phänomene. Es ist aufgrund der Vielzahl der hier in Betracht kommenden Faktoren und der Individualität des einzelnen Falls ungleich schwieriger, eine verlässliche Krankheits-typologie zu erstellen.

Wir sprachen vorhin, mit Bezug auf die subjektorientierte Krankheitstheorie, vom „Sinn der Krankheit“. PsychoanalytikerInnen und VertreterInnen der anthropologischen Medizin interpretieren Erkrankungen als unbewusste Versuche zur Lösung seelischer Konflikte, indem diese in eine körperliche Symptomatik umgewandelt werden. Was in direkter, bewusster Auseinandersetzung nicht bewältigt werden kann, wird auf einer anderen – der somatischen – Ebene unbewusst zu bewältigen versucht. In diesem Sinn spricht etwa Viktor von Weizsäcker davon, dass Krankheiten nicht nur erlitten, sondern auch gemacht werden. Wir können hier von einer „Ausdruckstheorie“ der Krankheit sprechen.⁷ Das setzt voraus, dass somatische Vorkommnisse in einem psychophysischen Sinnzusammenhang gesehen werden: dass Körperliches immer auch als Ausdruck eines psychischen und geistigen Geschehens gilt. Daran wird ersichtlich, dass unsere Auffassung von Krankheit (und Gesundheit) eng damit zusammenhängt, dass wir eine bestimmte Auffassung von dem haben, was es bedeutet, ein – kranker oder gesunder – Mensch zu sein. Was wir, in einem allgemeinen Sinn, über unser Kranksein denken, hängt wesentlich von unserem Selbstverständnis als Personen ab.

3) Personsein und Menschenwürde: ethische Implikationen

Die Überzeugung, dass Lebewesen, die wir als unseresgleichen betrachten, in besonderer Weise schutzwürdig sind, ist ein fester Bestandteil unserer moralischen Kultur. Dieses Schutzprivileg bezieht sich auf die Aufrechterhaltung und Nichtgefährdung des physischen Lebens, schließt im Weiteren aber auch eine Haltung der Fürsorge ein, die sich auf die psychischen und geistigen Zustände und Entwicklungsmöglichkeiten der betreffenden Lebewe-

setzen, als wer Gesund- oder Kranksein als ein menschliches und sogar zwischenmenschliches Geschehen betrachtet (man denke z. B. an die Normen hinsichtlich Lebensverlängerung!).“ (Artikel „Medizinische Ethik“, in: Albin Eser et al. (Hg.), Lexikon Medizin Ethik Recht. Freiburg, Basel, Wien 1989, 711ff, hier: 716)

⁷ Vgl. Sonja Rinofner-Kreidl, Phänomenologie und Medizin. Entwurf eines Forschungsprogramms, in: Phänomenologische Forschungen 2005, 285-307.

sen bezieht. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von Menschenrechten oder Grundrechten des Menschen. Das schließt den Anspruch ein, dass diese Rechte an jedem Ort und zu jeder Zeit anerkannt werden sollen. Anders gesagt: Die Formulierung von Menschenrechten beansprucht universale Geltung. Auf die schwierige Frage, wie dieser Anspruch begründet werden könnte, können wir hier nicht eingehen. Interessant für unsere Belange ist, dass das Problem der Menschenrechte verknüpft ist mit der Frage nach der Menschenwürde. Die Würde des Menschen stellt sowohl ein rechtspolitisches als auch ein ethisches Konzept dar. Es handelt sich um ein rechtspolitisches Konzept insofern, als der Bezug auf eine dem Menschen eigentümliche Würde in Menschenrechtserklärungen Eingang gefunden hat. So lautet etwa der Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948:

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.“

Der Artikel 2 formuliert ein umfassendes Diskriminierungsverbot (z. B. im Hinblick auf Religionszugehörigkeit, Rasse und Sprache), der Artikel 3 das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Sowohl der Personbegriff als auch das Konzept der Menschenwürde sind in rechtlichen wie auch in ethischen Zusammenhängen anzutreffen. Sofern wir es mit rechtlichen Normen zu tun haben, handelt es sich darum, dass eine politische (staatliche oder zwischenstaatliche) Instanz, die rechtssetzende Autorität besitzt, festlegt, dass die betreffende Norm einzuhalten ist. Z. B.: Leben, Freiheit und Sicherheit der Person sind zu schützen (sc. sollen geschützt werden). Der Staat (bzw. eine Staatengemeinschaft) hat dafür Sorge zu tragen, dass diese Norm erfüllt wird. Rechtlich betrachtet handelt es sich bei derartigen Vorschriften um Festlegungen, die im Rahmen einer bestehenden Rechtsordnung erfolgen. Die Einhaltung dieser Vorschriften auf dem Rechtsweg zu erzwingen, bedeutet für den Fall ihrer Nichtbefolgung Sanktionen anzudrohen. Letzteres setzt voraus, dass auch die Macht zur Rechtsdurchsetzung vorliegt. Sprechen wir dagegen von „Menschenwürde“ und „Personsein“ in einem ethischen, nicht in einem rechtlichen Zusammenhang, so kann die Nichtbefolgung dessen, was wir für geboten erklären, nicht durch die äußeren Mittel einer staatlich sanktionierten Gewalt erzwungen werden. Rechtlich geht es allein darum, ob eine Handlung gemessen an dem Inhalt einer bestehenden Rechtsordnung geboten, erlaubt oder verboten ist: ob sie mit den Rechtssätzen

verträglich ist oder nicht. Je nachdem nennen wir Handlungen rechtlich zulässig, rechtskonform (erlaubt oder geboten) oder rechtlich unzulässig (verboten).

Es ist unter rechtlichen Gesichtspunkten unzulässig, dass ich meinem Nachbarn auflauere, ihm ein Küchenmesser an den Hals setze und ihn mit dem Umbringen bedrohe. Tue ich es dennoch, muss ich damit rechnen, bestraft zu werden. Die Ethik interessiert sich dem gegenüber allein dafür, wie ein Handeln im Hinblick auf irgendwelche, von uns anerkannten Prinzipien der Sittlichkeit zu bewerten ist. Je nachdem nennen wir moralische Handlungen gut oder böse. Wir werden später darauf eingehen, wie solche Prinzipien aussehen können. Fürs Erste ist wichtig zu verstehen, dass mich, moralisch betrachtet, niemand zwingen kann, meinen Nachbarn als ein menschliches Wesen zu betrachten, dem ich Respekt entgegen zu bringen habe, weil ihm derselbe moralische Status wie mir selbst zukommt – nämlich der Status einer vernunftfähigen Person, die beanspruchen kann, über ihr Leben selbst zu entscheiden und Verantwortung für ihre Handlungen zu übernehmen. Wenn wir von Würde und Personalität in einem ethischen Zusammenhang sprechen, gibt es keine äußeren Zwangsmittel. Es gibt hier nur die Vernunfteseinsicht, zu der jeder für sich selbst gelangen muss, und das Gewissen als eine innere Instanz. Legal zu handeln im Sinne der Übereinstimmung mit einer geltenden Rechtsordnung, heißt nicht automatisch auch moralisch richtig zu handeln. Ich kann es unterlassen, meinen Nachbarn mit einem Messer zu bedrohen – und insofern die Grenzen des Rechts wahren –, und gleichwohl kann ich ihn verächtlich behandeln und bei jeder sich bietenden Gelegenheit in subtiler Weise demütigen. Wenn ich das tue, handle ich zwar legal, aber unmoralisch (moralisch böse). Ein Arzt kann lege artis handeln und erfolgreich jeden juridisch einklagbaren Behandlungsfehler vermeiden. Insofern handelt er rechtskonform. Dennoch kann es sein, dass er sich seinem Patienten gegenüber in moralischer Hinsicht schuldig gemacht hat - etwa weil er zwar der Pflicht zur Aufklärung über die Risiken der Operation nachgekommen ist, insgeheim aber wusste, dass der Patient zum fraglichen Zeitpunkt noch derart betroffen war von der Diagnose, dass er nicht klar denken und entscheiden konnte.

Wir werden später über das Verhältnis von Recht und Moral eingehender sprechen. Momentan soll uns diese Abgrenzung genügen: Die Einhaltung von geltendem Recht kann durch äußere Sanktionen erzwungen werden. Das im moralischen Sinn Richtige zu tun, z. B. einem Hilfsbedürftigen zu helfen, sofern das in der eigenen Macht steht, kann nicht durch äußere Sanktionen erzwungen werden.

Wenn von „Menschenrechten“ die Rede ist, sind die Rechte individueller Personen gemeint, also z. B. das Recht auf Leben und das Recht auf Freiheit.⁸ Dass nicht der Mensch (als ein Lebewesen einer bestimmten biologischen Gattung), sondern die Person der eigentliche Adressat von Menschenrechten ist, wird besonders deutlich, wenn wir von „Menschenwürde“ sprechen. Denn damit ist eine besondere Auszeichnung gemeint, die nicht in der biologischen Gattungszugehörigkeit, also in einer Naturtatsache liegt, sondern in einer (kulturell geprägten) Lebensform, die den Menschen als ein moralisch kompetentes und moralisch zurechnungsfähiges Handlungssubjekt in einem sozialen Umfeld betrachtet. Was unter „moralisch kompetent“ und „moralisch zurechnungsfähig“ zu verstehen ist, wird uns später beschäftigen. Im Moment wollen wir uns darauf konzentrieren, was unter „Würde“ oder „Personwürde“ zu verstehen ist. Der Ausdruck „Würde“ kommt in medizinischen Zusammenhängen nicht selten vor, etwa wenn zugunsten eines Behandlungsabbruchs oder Behandlungsverzichts argumentiert wird, in einer Situation, in der der klinische Befund keinen Zweifel an der infausten Prognose lässt, und der Patient, zusammen mit dem behandelnden Arzt, u. U. zur Auffassung gelangt, dass auf eine weitere invasive Therapie verzichtet werden soll, der Patient stattdessen die ihm verbleibende Zeit dazu nützen will, in Ruhe seine Angelegenheiten zu regeln. Oder: noch einmal am Meer zu schlafen. Oder: einen Wochenendflug in seine Lieblingsstadt zu planen. Oder – was immer. Was wir meinen, wenn wir von „Würde“ sprechen, ist ein bestimmter Anspruch, den wir an die Art der Lebensführung wie auch an die Art des Umgangs mit einer Person stellen. Was ist eine Person?

Eine minimale Bestimmung lautet: Personen sind Wesen, die über eine in ihrer biologischen Ausstattung gründende spezifische Empfindungsfähigkeit (und folglich: Leidensfähigkeit) verfügen wie ebenso über ein sozial orientiertes und sozial normiertes Verhalten. Das ist eine Bestimmung, die weitgehend unstrittig ist. Allerdings ist sie auch unzureichend und unbestimmt. Sie ist unbestimmt, solange wir nicht explizieren, was „sozial normiert“ bedeuten soll. Und sie ist unzureichend, weil diese Bestimmung von „Personsein“ auch für die meisten tierischen Lebewesen gälte. Die obige Formulierung lässt die zwei entscheidenden Fragen offen, an denen sich die Kontroversen zwischen verschiedenen Persontheorien entzünden: (1) Sind *nur* Menschen Personen? (2) Sind *alle* Menschen Personen? (Bedeutet „Menschsein“ dasselbe wie „Personsein“?) Wir beschränken uns im vorliegenden Zusammenhang auf die Frage (2). Diese lässt zwei grundlegende und miteinander unverträgliche Antworten zu, die

⁸ Da es kollektive Handlungsträger gibt, die als Rechtspersonen auftreten (z. B. eine GesmbH), ist die Bezeichnung „individuelle Personen“ kein Pleonasmus.

lediglich darin übereinstimmen, dass „soziale Normierung“ im Sinne der Fähigkeit zu vernünftigem Handeln verstanden wird.

(I) Die Äquivalenzthese: Alle Menschen sind Personen

Die erste Antwort geht davon aus, dass die Würde des Menschen allein in der Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung gründet. Demnach ist jeder Mensch per se eine Person, der Würde zukommt und die Anspruch auf Respekt hat. Alle Menschen sind Personen. Unter keinen Umständen verlieren menschliche Lebewesen ihren Status als Personen. Dieser Status ist ein moralischer insofern, als mit ihm das Recht auf einen respektvollen Umgang verknüpft ist. Es gibt in unserer europäisch-christlichen Kultur eine starke Tendenz, den Begriff der Person – und damit zusammenhängend: den Begriff der Menschenwürde – als einen religiös begründeten zu verstehen. Dem gemäß müssten wir sagen, dass die Würde des Menschen als Person in der Gottesebenbildlichkeit des Menschen gründe: darin, dass er als ein Abbild Gottes geschaffen wurde. Dieser Auffassung entsprechend gilt ein absolutes Tötungsverbot mit Bezug auf menschliches Leben (z. B. ein ausnahmsloses Abtreibungsverbot). Man hat in diesem Zusammenhang von der „Heiligkeit des Lebens“ gesprochen. Es ist wichtig zu sehen, dass die Position, die wir als „Äquivalenzthese“ bezeichnen können (Mensch = Person),⁹ jedoch nicht religiös begründet werden *muss*.

Der bis heute berühmteste Verteidiger der Äquivalenzthese ist der deutsche Aufklärungsphilosoph Immanuel Kant (1724-1804). Er hat vor mehr als zweihundert Jahren den Versuch unternommen, den besonderen Status menschlicher Lebewesen als Personen zu bestimmen, indem er auf die Idee der Würde Bezug genommen und diesbezüglich auf eine religiöse Begründung verzichtet hat. Kants Konzeption einer Moralphilosophie gehört auch heute noch und auch im Bereich der Medizinethik zu den maßgeblichen Theorien. Die Würde der Person gründet, so Kant, in ihrer Fähigkeit zum autonomen Gebrauch ihrer Vernunft (sowohl im Hinblick auf theoretischen als auch im Hinblick auf praktischen Vernunftgebrauch), d. h. in der Freiheit des Menschen.¹⁰

⁹ Im Zusammenhang von Konzeptionen, die auf eine Naturalisierung des Personbegriffes abzielen, d. i. auf eine Zurückführung der Personen zugeschriebenen Eigenschaften und Fähigkeiten auf die natürlich-biologische Ausstattung bestimmter Arten von Lebewesen, wird von einer „Äquivalenzdoktrin“ gesprochen. Zur Darstellung solcher Ansätze vgl. Theda Rehbock, Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns. Paderborn 2005, 186f u. 230ff.

¹⁰ Vgl. Julian Nida-Rümelin, Über menschliche Freiheit. Stuttgart 2005, 127-159.

„Autonomie ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur.“
(Immanuel Kant (1785), Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 79)

Wir werden bei anderer Gelegenheit auf die Grundideen der Kantischen Ethik eingehen, welche die letzten zweihundert Jahre ethischer Diskussion nachhaltig geprägt haben. Vorerst geht es uns nur darum, einen Ausgangspunkt für die Frage nach der Stellung des Menschen in der Medizin zu gewinnen. Zu diesem Zweck müssen wir uns zumindest fragen, was unter Autonomie zu verstehen ist und was die Zuschreibung von Würde bedeutet. Allgemein können wir sagen: Autonomie ist:

(philosophisch)

- die Fähigkeit, sich selbst in seinem Willen zu bestimmen (Selbstbestimmung, Selbstgesetzgebung). Das setzt voraus, nach Prinzipien handeln zu können (Immanuel Kant).

(politisch)

- die Fähigkeit, über eigene Interessen und Belange unabhängig von äußeren Zwängen selbst bestimmen zu können.

Wenn wir in der Medizin von „Autonomie“, nämlich etwa von „Patientenautonomie“ sprechen, dann ist das vordergründig im zweiten Sinn zu verstehen. Es handelt sich in einem weiteren Sinn um ein politisches Konzept, nämlich darum, dass eine bestimmte Gruppe von Personen, für sich das Recht in Anspruch nimmt, in Angelegenheiten, die das eigene (körperliche) Leben betreffen, nicht nur angehört zu werden, sondern mitentscheiden zu können, wenn es darum geht, darüber zu befinden, welche Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen sollen. Wir werden uns mit diesem speziellen Konzept der Autonomie und den Anforderungen, die es an die Beteiligten stellt, nächste Stunde ausführlicher befassen. Fragen wir uns, wie eine im weiteren Sinn politisch verstandene Autonomie zu begründen wäre, sehen wir uns auf philosophische Konzepte der Selbstbestimmung verwiesen.

Dass wir als sittliche Personen Würde besitzen, bedeutet, dass wir einander nicht als Gegenstand behandeln können und sollen, sondern als vernunftfähige Wesen, die – wenn auch nicht in jedem Moment ihres Lebens, so doch prinzipiell – in der Lage sind, sich aus eigenem Willen Zwecke zu setzen. Soweit wir das tun, sind wir nicht Objekt, sondern (sittliches) Subjekt. Jeder mögliche Zweck ist relativ auf ein zweckesetzendes Wesen. Der Mensch als

zweckesetzendes Wesen ist in diesem Sinn nicht relativ. Er ist Zweck an sich selbst, insofern er nicht Gegenstand fremder Zwecksetzung ist, welche heteronom über ihn verfügt.¹¹

„Das moralische Gesetz ist *heilig* (unverletzlich). Der Mensch ist zwar unheilig genug, aber die *Menschheit* in seiner Person muß ihm heilig sein. In der ganzen Schöpfung kann alles, was man will, und worüber man etwas vermag, auch *bloß als Mittel* gebraucht werden; nur der Mensch, und mit ihm jedes vernünftige Geschöpf, ist *Zweck an sich selbst*. Er ist nämlich das Subjekt des moralischen Gesetzes, welches heilig ist, vermöge der Autonomie seiner Freiheit.“ (Immanuel Kant (1788), Kritik der praktischen Vernunft, A 156)

Kant hat aber freilich gesehen, dass die freie Zwecksetzung des Menschen in der Sphäre des Handelns vielfältigen Beschränkungen unterliegt, weil die (natürlichen und sozialen) Bedingungen, unter denen Menschen handeln, im allergrößten Ausmaß nicht in ihrer Verfügung sind. Die Behauptung, dass die sittliche Person autonom sei, bezieht sich deshalb gar nicht auf die Sphäre der Handlung, sondern allein auf die Form der Willensbildung. In seinem Wollen ist die Person autonom, nicht im Handeln, d. i. nicht in der Realisierung des Gewollten. Ohne uns im Moment näher mit Kants Argumentation (und der darin vorausgesetzten Unterscheidung von Handlungsfreiheit und Willensfreiheit) zu befassen, können wir als Ausgangspunkt unserer Überlegungen festhalten, dass der Personstatus wesentlich im Hinblick darauf ist, über den angemessenen medizinischen Umgang mit menschlichen Wesen zu befinden. Alles hängt dann freilich daran, wie wir den Begriff der Person verstehen. Kants Konzeption der Person als eines vernunftfähigen Lebewesens löst nicht alle Probleme, die sich in konkreten Situationen stellen. Woran z. B. sollen wir uns im Umgang mit Dementen und Komatösen orientieren, die offensichtlich ihre Fähigkeit zu vernünftigem Handeln (unwiederbringlich) eingebüßt haben? Es waren u. a. derartige praktisch drängende Probleme, die manche Denker veranlasst haben, eine alternative Antwort auf die Frage zu formulieren, ob alle Menschen Personen seien.

(II) Die Nichtäquivalenzthese: nicht alle Menschen sind Personen

Gemäß dieser Auffassung ist Personalität an die Zuschreibung spezifischer Eigenschaften wie z. B. Leidensfähigkeit, Reflexivität, Selbstbewusstsein, rationales Handeln, Wahrnehmung

¹¹ Vgl. „Im Reiche der Zwecke hat alles entweder einen *Preis* oder eine *Würde*. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als *Äquivalent*, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine *Würde*. [...] das aber, was die Bedingung ausmacht, unter der allein etwas Zweck an sich selbst sein kann, hat nicht bloß einen relativen Wert, d. i. einen Preis, sondern einen innern Wert, d. i. *Würde*.“ (Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (1785), BA 78)

und Fähigkeit zur Wahrung der eigenen Interessen gebunden. Mit Bezug auf diese Eigenschaften ist, wie die Verteidiger der Nichtäquivalenzthese argumentieren, offenkundig, dass nicht alle menschlichen Lebewesen zu jeder Zeit ihres Lebens sie aufweisen. Dies gilt z. B. nicht für Föten, Demente und Komatöse. Diese sind dem entsprechend nicht als Personen zu betrachten, denen moralische Rechte und Pflichten zuzuschreiben sind. Das heißt: Personalität ist ein Status, den Menschen im Laufe der Zeit gewinnen, aber auch verlieren können. Es handelt sich weder um eine gottgegebene Naturgabe des Menschen noch ist es, nüchtern betrachtet, zulässig und hinreichend, die schwerwiegenden praktischen Probleme, die sich im Falle der aktuellen Einbuße an personalen Fähigkeiten ergeben, damit lösen zu wollen, dass man z. B. Komatösen eine potentielle Vernunftfähigkeit zuspricht.

Aus dem Umstand, dass Menschen in bestimmten Lebensphasen und –situationen nicht als Personen zu betrachten sind, schließen Vertreter dieser Auffassung, dass es unter bestimmten Umständen zulässig ist, über andere menschliche Lebewesen insofern zu verfügen, als ohne ihre Zustimmung über ihre Lebensbedingungen – und im äußersten Fall auch über ihr Leben oder Nichtleben – zu entscheiden ist. In der Terminologie der Kantischen Argumentation, die sich gegen eine solche Unterscheidung von Menschsein und Personsein richtet, hieße das: Wer der Nichtäquivalenzthese zustimmt, ist zumindest in Ausnahmesituationen bereit, Personen nicht als Zwecke an sich selbst, sondern als Mittel und Gegenstand von Fremdbestimmung zu betrachten.

UE 2

theoretische Einführung:

naturwissenschaftliche vs. moralische Betrachtung der Wirklichkeit;
die moralische Handlung; Einführung einiger diesbezüglich relevanter ethischer
Grundbegriffe (Güter, Norm, Wert)

Für die naturwissenschaftliche Betrachtung besteht die Welt aus Ereignissen, aus Vorkommnissen in Raum und Zeit, die wir im Hinblick auf ihre gesetzmäßigen Zusammenhänge und zum Zweck der Vorhersage zukünftiger Ereignisse erforschen. Naturwissenschaft beruht auf einem über hochspezialisierte methodische Instrumentarien vermittelten theoretischen Zugang zur Wirklichkeit. Dieser Zugang ist über die Prognose zukünftiger Ereignisverläufe und über entsprechende technische Umsetzungen naturwissenschaftlicher Erkenntnis praktisch interessiert. Sehr vereinfacht können wir die naturwissenschaftliche Vorgangsweise wie folgt beschreiben. Soweit Naturwissenschaften experimentell verfahren, stützt sich ihr Erklärungsanspruch auf die Beobachtung von Tatsachen, die in der Erfahrung gegeben sind. Ausgehend von derartigen wiederholten Tatsachenfeststellungen werden Erklärungshypothesen gebildet, die im Falle zutreffender Prognosen, welche auf Basis dieser Hypothesen gebildet werden, bestätigt (oder andernfalls widerlegt) werden. („Bestätigung“ meint dabei nicht, dass die Wahrheit der betreffenden Theorie erwiesen wäre, sondern lediglich, dass sie als ein plausibler Wahrheitskandidat gelten kann, weil sie bisher nicht widerlegt wurde.) Auch wenn sich im Laufe der Geschichte der Naturwissenschaft die Vorstellung von der Materie, die unserer phänomenalen Wirklichkeit – der Wirklichkeit, so wie sie uns erscheint – zu Grunde liegt, erheblich geändert hat, so hat sich doch eines nicht geändert: dass Naturwissenschaft Ereignisse und Ereignisabfolgen daraufhin beobachtet, inwiefern diese eine Gesetzmäßigkeit zum Ausdruck bringen, deren Erkenntnis wir dazu verwenden können, das zukünftige Auftreten gleichartiger Ereignisse vorherzusagen. Geändert hat sich auch nicht die mit der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise verknüpfte Absicht, das Wissen über Ursache-Wirkungszusammenhänge technisch umzusetzen.

Was es erfordert, eine naturwissenschaftliche – oder allgemein eine wissenschaftliche – Theorie auszubilden, die dem Anspruch auf Wahrheit oder Richtigkeit, den wir in der Wissenschaft erheben, gerecht wird, was „Begründung“ mit Bezug auf wissenschaftliche Theorien heißt, wie das Zusammenspiel von Erfahrung und Theorie im Rahmen einer spezialwissenschaftlichen Betrachtung zu verstehen ist usw. wird von der Wissenschaftstheorie untersucht. (Diese

ist entweder spezielle Wissenschaftstheorie, z. B. Wissenschaftstheorie der Biologie, oder allgemeine Wissenschaftstheorie, deren Erkenntnisse für alle Wissenschaften gelten sollen.) Wissenschaftstheorie ist, allgemein gesagt, theoretische Reflexion dessen, was in den Wissenschaften de facto geschieht bzw. idealiter geschehen sollte, um das vorausgesetzte Erkenntnisziel zu erreichen.

Die moralische Betrachtung der Wirklichkeit

Analog dazu können wir verständlich machen, was „Ethik“ ist. Ethik erfüllt mit Bezug auf unsere alltäglichen moralischen Handlungen eine ähnliche Funktion wie die Wissenschaftstheorie mit Bezug auf wissenschaftliche Theorien. Wissenschaftstheorie ist nicht (unmittelbarer) Bestandteil der wissenschaftlichen Theoriebildung. Ethik ist nicht (unmittelbarer) Bestandteil unserer moralischen Praxis. Gleichwohl gibt es ohne Wissenschaft keine Wissenschaftstheorie und ohne moralische Praxis keine Ethik. Was meinen wir, wenn wir von „moralischer Praxis“, von „Moral“ oder „Sittlichkeit“ sprechen? Wir meinen damit die an einem bestimmten Ort, zu einer bestimmten Zeit, in einer bestimmten Sozietät tatsächlich gelebten sittlichen Überzeugungen. Wir sprechen diesbezüglich auch von einem „Ethos“. In diesem Sinn haben wir etwa zuletzt, unter Bezugnahme auf den Hippokratischen Eid, vom ärztlichen Standesethos (als einem Insgesamt bestimmter Verhaltensregeln) gesprochen. Was unterscheidet ein Ethos von einer Ethik? Was ist Ethik?

Ethik ist die Theorie der moralischen Praxis (Ethos): Reflexion des menschlichen Handelns und (Person-)Seins, sofern dieses nach der Differenz von gut und böse beurteilt wird.

Selbst wenn wir solche legeren umgangssprachlichen Ausdrücke wie „Firmenethik“ heranziehen, ist der Unterschied zwischen Ethos und Ethik gewahrt. „Firmenethik“ meint nicht den praktischen Umgang, wie er sich tatsächlich im Lauf der Zeit zwischen den Mitarbeiterinnen einer Firma eingespielt hat, sondern den Versuch, diesen Umgang bewusst zu gestalten, indem er ausdrücklich zum Gegenstand der Überlegung gemacht wird. Dasselbe gilt, wenn wir etwa von der „Ethik eines Klinikums“, einer „Klinikethik“ sprechen. Auch hier geht es nicht um eine stillschweigend sich herausbildende Praxis, z. B. mit Bezug auf die DNR(=„Do not Resuscitate“)-Order, sondern um eine theoretische Initiative, um den Versuch, z. B. mit Hilfe eines Ethik-Komitees, Leitlinien zu entwickeln, die das ethische Profil einer Klinik umreißen. Ziel dieses Unternehmens wird wesentlich sein, Hilfestellung anzubieten mit Blick

auf ethische Konfliktsituationen in der Patientenbetreuung, die auf Station zu entscheiden sind. Auch wenn hier Ethik – der theoretische approach – und Ethos – die gelebte Sittlichkeit – (der Intention nach) besonders nah beisammen liegen, so ist der Unterschied doch ebenso klar und bleibt gewahrt.

Die obige Definition von Ethik nimmt nicht nur Bezug auf Handlungen, sondern auch auf Personen als Träger von Handlungen. Eine moralische Betrachtung der Wirklichkeit umfasst beide Bezugspunkte: Handlungen und handelnde Personen. Da wir über das Problem der Person bereits gesprochen haben (s. UE 1), wollen wir uns heute auf das Thema „Handlung“ konzentrieren. Die Frage, was eine moralische Handlung ist, ist natürlich eine Grundfrage der Ethik. Wovon können wir diesbezüglich ausgehen?

- Nicht jede Handlung ist eine moralische Handlung. (Es gibt auch moralisch indifferente Handlungen.)
- Jede moralische Handlung ist per se eine Handlung.

Bevor wir uns also mit der Frage befassen, was eine moralische Handlung ist, müssen wir klären, was eine Handlung ist. Was macht ein beliebiges Vorkommnis in Raum und Zeit zu einer Handlung? Handlungen unterscheiden sich von sogenannten Naturereignissen nach verschiedenen Merkmalen. Diese sind:

1. Handlungsträger

Handlungen haben Träger, die die betreffenden Handlungen ausführen. Handlungen kommen nicht vor, sie existieren nicht, wenn nicht auch irgendwelche Subjekte existieren, die als Handlungsträger auftreten. *Ohne Handlungsträger keine Handlung*. Wir können sagen, „es schneit“, aber nicht, „es handelt“. Dem Handlungsträger wird die Handlung *als von ihm bewirkt, von ihm ausgehend* zugerechnet.

Erläuterung: Dass es an einem bestimmten Tag in Graz regnet, verstehen wir nicht als eine Handlung. Denn wir nehmen nicht an, dass es jemanden gibt, der den Regen vom Himmel fallen lässt, so wie ich jetzt diesen Schlüssel fallen lasse. Dass ich jetzt hier einen Schlüssel fallen lasse, werden Sie als eine sinnlose Handlung betrachten, sofern ihnen nicht klar ist, warum ich das tue. Aber es gibt eine Person, die den Schlüssel fallen gelassen hat, nämlich

mich. Und daran zweifeln Sie nicht, auch wenn Sie (im ersten Moment) den Sinn dessen, was ich gemacht habe, nicht verstehen. Insofern ist das Hinunterfallenlassen eines Schlüssels, das zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Ort stattfindet, ein Kandidat für eine Handlung – im Unterschied zu einem Naturereignis. Wenn mir ein Schneeball ins Gesicht geworfen wird, nehme ich nicht an, dass das ein „anonymes“ Naturereignis ist, sondern dass irgendjemand den Schneeball geworfen hat, um mich oder jemand anderen zu treffen. Dass er mich und nicht jemand anderen getroffen hat, liegt daran, wie ich in dieser Situation ohne viel Nachdenken annehme, dass entweder der Andere rechtzeitig aus der Wurfbahn des Schneeballs getreten ist oder der Ball schlecht geworfen wurde und mich versehentlich an Stelle des Anderen getroffen hat. Damit sind wir bereits bei einem weiteren Merkmal von Handlungen angelangt: der Intention oder Absicht, die wir immer dann unterstellen, wenn wir ein Ereignis oder eine Ereignisabfolge als „Handlung“ bezeichnen.

2. Absicht und Zielsetzung (Handlungszweck)

Wir sprechen von Handlungen nur dort, wo wir voraussetzen, dass jemand eine bestimmte Absicht (Intention) verfolgt, d. h. dass jemand mit der Durchführung bestimmter Bewegungen oder Tätigkeiten ein bestimmtes Ziel erreichen will. Handeln können impliziert ein (häufig implizites) Wissen darüber, welche Mittel (z. B. Bewegungen) geeignet sind, welche Zwecke zu erreichen. Absichten können nur Wesen haben, die zur Willensausübung befähigt sind. Das Vorliegen von Handlungen ist also an eine Willensvoraussetzung gebunden. Dass eine Intention vorliegt, setzt voraus, dass es ein Ziel gibt, das angestrebt wird. Dieses Streben motiviert ein inhaltlich bestimmtes Verhalten, von dem die betreffende Person annimmt, dass es geeignet ist, das Ziel zu erreichen. Ob letzteres tatsächlich zutrifft oder nicht, ist für die Charakterisierung des Vorganges als Handlung irrelevant. Entscheidend ist nicht die (vollständige) Erfüllung der Intention, sondern das Vorliegen der Intention. *Ohne Ziel- oder Zwecksetzung keine Handlung. Ohne Intention keine Handlung.* Die Intention macht die Handlung zu einer Handlung bestimmten Typs, die von anderen Handlungen unterschieden ist. Sich auf den Weg zum Einkaufen machen und Spazieren gehen sind Handlungen, die in bestimmten Ablaufphasen, d. i. zu einem bestimmten Zeitpunkt, äußerlich betrachtet dasselbe Erscheinungsbild haben. Der Unterschied liegt in der Intention dessen, der die fragliche Handlung vollzieht.

Absichten spielen mit Bezug auf Handlungen eine ähnliche Rolle wie Ursachen mit Bezug auf Naturereignisse. Absichten wirken dennoch nicht in derselben Weise wie Ursachen, die natürliche Ereignisse hervorrufen. Ebenso sind die Gründe, die wir für unser Handeln nennen, nicht als Ursachen unseres Handelns zu begreifen, auch wenn Handlungsbeschreibungen dies auf den ersten Blick nahe zu legen scheinen.

Erläuterung (Beispiel): Nehmen wir an, sie beschreiben eine Handlung, die Sie soeben vollzogen haben, mit den folgenden Worten: „Ich habe dem Patienten x das Mittel y injiziert, weil ich seinen Kreislauf stabilisieren wollte und weil ich wusste, dass das Mittel y (unter den gegebenen Bedingungen) dazu geeignet ist, diese Stabilisation herbeizuführen.“

Wenn Sie einem Patienten eine Injektion geben, setzen Sie in dessen Körper eine physiologische Reaktion in Gang, die unabhängig davon ist, ob der Patient weiß, was das injizierte Mittel bewirkt. Von einer „Injektion“ (als Bestandteil einer Therapie) können wir nur dann sprechen, wenn Sie wissen, dass und wie das Mittel wirkt. Dennoch ist das Wirken des Mittels prinzipiell unabhängig von irgendjemandes Wissen. Liegt kein diesbezügliches Wissen vor, kann das Mittel nicht absichtlich und gezielt (z. B. therapeutisch) eingesetzt werden. Seine Wirkung ist davon jedoch nicht betroffen. Wenn Sie die Handlung vollziehen, die wir „eine Injektion verabreichen“ nennen, dann setzen Sie die Nadel mit der Absicht, eine bestimmte Wirkung hervorzurufen. Diese Absicht können Sie nur haben, wenn Sie über ein entsprechendes Wissen mit Bezug auf die hier relevanten Ursache-Wirkungsverhältnisse verfügen. Ihr Wissen verursacht dennoch nicht in derselben Weise Ihre Entscheidung, dem Patienten ein bestimmtes Mittel zu injizieren, wie die Injektion das Auftreten bestimmter physiologischer Reaktionen im Körper des Patienten verursacht. Dass es für ein Handeln gute Gründe gibt (die z. B. zu erläutern sind, indem man auf das Wissen verweist, über das der Handelnde verfügt), bedeutet nicht, dass dieses Handeln Wirkung einer Ursache wäre. Andernfalls wäre unbegreiflich, weshalb mit Bezug auf unser Handeln überhaupt Entscheidungsprobleme auftreten. Denn dann folgte unser Handeln mit Notwendigkeit aus irgendwelchen „Ursachen“. Gründe unterscheiden sich aber von Ursachen gerade dadurch, dass sie nicht in einem Notwendigkeitsverhältnis zu dem stehen, was sie begründen. Wenn Sie einem Patienten eine Injektion verabreichen, setzen Sie mit Ihrer Handlung bestimmte Ursache-Wirkungsverhältnisse im Körper des Patienten in Gang. Dieses In-Gang-setzen – das Injizieren einer bestimmten Substanz – kann jedoch nicht selbst in der Terminologie von Ursache-Wirkungsverhältnissen beschrieben werden, sofern es als menschliche Handlung, d. i. als ein sinnhaftes Tun, erkennbar sein soll. Während das Haben von Gründen einschließt,

dass der, der sie hat, dennoch frei darin ist, sie zur Geltung zu bringen – d. h. die betreffenden Gründe als für sein Handeln maßgeblich anzuerkennen –, gilt dasselbe nicht für Ursachen: Wenn bestimmte Ursachen vorliegen, folgt mit Notwendigkeit eine bestimmte Wirkung. So erklärt sich, dass Ursachen auch dann wirken, wenn niemand sie kennt, während Gründe den Vollzug einer bestimmten Handlung nur dann „erklären“, wenn dem Handelnden ihre Rolle im Hinblick auf den Sinn seines Tuns bekannt ist.

Dass Ursachen und Gründe in diesem Sinn zu unterscheiden sind, macht verständlich, warum wir im Handeln unweigerlich vor Entscheidungsprobleme gestellt sind. Dass unser Wissen unser Handeln nicht verursacht, bedeutet auch, dass kein Wissen – wie immer umfassend es sein mag – die Art seiner Anwendung einschließt. Unser Handeln beruht einerseits auf der selektiven Festlegung zu erreichender Zwecke im Hinblick auf gegebene Situationen, die immer für verschiedene Zwecksetzungen offen sind. Unser Handeln beruht andererseits auf einer Abwägung der (vermutlich) besten Mittel zur Erreichung der gewählten Ziele. Insofern sich herausstellen kann, dass die gewählte Zwecksetzung der Situation nicht angemessen ist und/oder die gewählten Mittel zur Zweckerreichung nicht tauglich sind, erfolgt jedes Handeln unter Risiko.

Es wäre ein Missverständnis, die obige Unterscheidung von Ursachen und Gründen so zu verstehen, als würde bestritten, dass Handlungen Ursachen haben. Tatsächlich hat jede Handlung, sofern es sich um eine „Materialisierung“ von Absichten handelt, immer auch Ursachen, z. B. bestimmte Erregungsabläufe in bestimmten Hirnregionen. Auf diese Ursachen zu rekurren, leistet jedoch keinen Beitrag zur Identifizierung der Handlung.

Erläuterung: Nehmen wir an, ein Freund von mir braucht Unterstützung bei der Vorbereitung eines Festes. Ich helfe ihm, indem ich Einkäufe mache und diese vier Stockwerke hoch in seine Wohnung trage. Die Handlung, die darin besteht, dass ich die Einkaufstaschen die Treppe hinauftrage, kann ich nur vollziehen, weil in meinem Körper bestimmte Ursache-Wirkungszusammenhänge auftreten und infolge dessen bestimmte Bewegungsmuster ablaufen. Wäre das nicht der Fall, könnte ich die Handlung nicht ausführen. Eine Beschreibung der gegenwärtig in meinem Körper stattfindenden Muskelkontraktionen (sofern sie als annähernd vollständige vorläge) wäre dennoch keine Beschreibung der Handlung, die ich gerade vollziehe. Die an einer Handlung beteiligten physiologischen Vorgänge sind notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen der betreffenden Handlung. Deshalb können wir etwa aus dem Umstand, dass eine Handlung nicht erfolgt, weil diese notwendigen Bedingungen

entfallen, nicht darauf schließen, dass keine Handlungsintention vorliegt. Wenn ich außerstande bin, meinem Freund zu helfen, weil ich an dem fraglichen Tag gerade an einem akuten Lumbago leide, dann heißt das nicht, dass ich meinem Freund nicht gerne helfen würde, wenn ich nur könnte. Wir kommen also auch von daher zu dem obigen Ergebnis, dass Ursachen und Intentionen (Absichten) zu unterscheiden sind. Intentionen bewirken Handlungen nicht in derselben Weise, wie Ursachen bestimmte Wirkungen hervorbringen. Anders gesagt: Kausales „weil“ und intentionales „weil“ sind strikt zu unterscheiden. Z. B.:

- Der Ast fällt vom Baum, weil er morsch ist (= kausal).
- Ich schneide mit der Motorsäge den Ast vom Baum, weil ich denke, dass er morsch ist (=intentional).

Die Naturwissenschaften interessieren sich für kausale Zusammenhänge, beim menschlichen Handeln geht es primär um intentionale Zusammenhänge.

Handlungen sind Resultate von Selektionsleistungen. In bestimmter Weise zu handeln, heißt darauf zu verzichten, in anderer Weise zu handeln. Statt den morschen Ast selbst abzuschneiden, könnte ich auch meinen Mann rufen und ihn bitten, das für mich zu tun. Wenn wir von einer Mehrheit möglicher Zwecksetzungen ausgehen, das heißt von einer Optionalität (Wahlmöglichkeit) im Hinblick auf die Zwecksetzung, die einer Handlung zu Grunde liegt, dann müssen wir auch anerkennen, dass Handeln an eine Freiheitsvoraussetzung gebunden ist.¹² Denn zwischen verschiedenen möglichen Zwecken wählen, können nur Wesen, die in ihrem Willen frei sind. *Fehlte die Voraussetzung der Willensfreiheit, dann würden wir nicht von „Wahl“ oder „Entscheidung“ sprechen und, folglich, auch nicht von einer Handlung.* Unter dem Gesichtspunkt der Freiheit stellt sich die Zurechenbarkeit der Handlung als Verantwortung des Handlungsträgers für die Handlung dar.

3. Wertbezug (sittliche und außersittliche Werte)

Wenn es zum Handeln gehört, zwischen verschiedenen möglichen Zwecksetzungen zu wählen, dann müssen wir uns fragen, wie diese Wahl vorgenommen werden kann. Prinzipiell ist zweierlei denkbar: Entweder wir nehmen an, dass die Wahl willkürlich, also ohne angebbaren

¹² Diese Voraussetzung ist im Sinne einer prinzipiellen Befähigung zur Freiheit zu verstehen. Diese kann zu einem bestimmten Zeitpunkt noch nicht (z. B. bei Neugeborenen) oder nicht mehr (z. B. bei Dementen) aktuell vorliegen.

Grund erfolgt, oder wir nehmen an, dass es möglich ist, die Wahl zu rechtfertigen (begründen). Eine bestimmte Zwecksetzung, d. i. Handlungsintention zu rechtfertigen, bedeutet, die Frage zu beantworten: „warum hast du so und nicht anders gewählt?“ Die Antwort, die wir geben, kann entweder auf den materialen Inhalt des Handelns Bezug nehmen oder auf die Form des Handelns. Wenn wir auf den Inhalt Bezug nehmen, führt jeder Versuch einer Rechtfertigung unseres Handelns direkt (unmittelbar) auf Wertanerkennungen.

Beispiel: Wenn mich ein Bettler um Geld bittet, kann ich in verschiedener Weise reagieren. Jede der möglichen Handlungsweisen ist durch entsprechende Wertanerkennungen zu rechtfertigen. Wenn ich dem Bettler 5 Euro gebe oder stattdessen das Geld für ein Entwicklungshilfeprojekt in Somalia spende, ist meine Handlung gerechtfertigt im Hinblick auf Werte wie Solidarität und Nächstenliebe. Wenn ich das Geld dagegen in Konsumgüter investiere, die ich nicht zum Überleben benötige, sondern die allein meiner Annehmlichkeit dienen, dann werde ich diese Handlungsweise damit rechtfertigen, dass für mich der Wert der Lust, speziell des sinnlichen Genusses, höher steht als andere Werte, die in dieser Situation ebenso realisiert werden könnten. Strittig ist nicht die Rolle von Wertanerkennungen überhaupt im Hinblick auf die Rechtfertigung von Handlungen. Strittig ist, ob ich die richtige Werthierarchie vertrete und ob es überhaupt möglich ist, eine für jedermann richtige Werthierarchie zu behaupten, nämlich deren moralischen Verpflichtungscharakter so zu begründen, dass jeder vernünftige Mensch ihm zustimmen muss.

Auf die Form des Handelns zu achten, heißt auf die formalen Anforderungen zu achten, die wir mit Bezug auf die Intentions- und Willensbildung erheben. Als eine solche formale Anforderung kommt in Betracht, dass wir nur solche Zwecksetzungen wählen, die uns nicht in Widersprüche verwickeln. Letztlich führen diese formalen Überlegungen aber auch auf Wertbezugnahmen. Denn dass ich z. B. klar denken, Widersprüche im Denken vermeiden oder mir meine Zwecksetzungen nicht von Anderen vorgeben, sondern selbst denken will, bedeutet, dass ich bestimmte Werte als verbindlich anerkenne, z. B. den Wert der Autonomie, welcher nach Kant, wie wir wissen, die Würde des Menschen begründet. Meine Handlung unter formalen Gesichtspunkten zu betrachten, führt also indirekt (mittelbar) ebenso zu Wertanerkennungen und schließt ebenso Wertanerkennungen ein wie die Orientierung am Inhalt des Handelns. (Daran änderte sich auch nichts, wenn sich herausstellte, dass eine formale Betrachtungsweise damit gleichbedeutend wäre, nur solche Wertsetzungen anzuerkennen, von denen ich annehme, dass jeder sie anerkennen muss.)

Verdeutlichen wir uns den Wertbezug, der speziell im ärztlichen Handeln liegt, anhand folgender Situation.

Beispiel: Nehmen wir an, Sie nehmen eine Unterschenkelamputation bei dem Patienten x vor, weil Sie (auf Grund allen verfügbaren medizinischen Wissens und aller Erfahrung) annehmen müssen, dass er binnen kurzer Frist sterben wird, wenn diese Operation unterbleibt. Was macht das Amputieren von Herrn x' Unterschenkel zu einer Handlung, die in ihrem Wesen verschieden ist von der Handlung, dass Sie mit einer Motorsäge einen Ast von einem Baum abschneiden? Was macht den Unterschied aus? Wir unterscheiden in unserer Wahrnehmung und in unseren Umgangsweisen spontan zwischen Personen und Nicht-Personen. Ebenso unterscheiden wir zwischen Nicht-Personen, die lebendig sind (z. B. Bäume) und Nicht-Personen, die unbelebte Dinge sind (z. B. Steine). Diese Unterscheidungsweise, die sich auf die Wahrnehmung sinnlicher und nicht-sinnlicher Qualitäten stützt, ist uns natürlich, auch wenn die Art und Weise, wie sie vorgenommen wird und zu welchen Einteilungen des Seienden sie konkret führt, historisch und kulturell variiert. Dass wir so unterscheiden und in der Folge dem, womit wir es zu tun haben, in abgestufter Weise Respekt entgegen bringen und Sorgerepflichten übernehmen, je nachdem, ob es sich z. B. um einen kranken Menschen oder einen morschen Baum handelt, hängt daran, dass unser Wahrnehmen wie überhaupt unser Handeln Wertbezüge enthält. (Das bedeutet nicht, dass uns diese Wertbezüge im Handeln jederzeit bewusst wären oder dass sie im Handlungsvollzug ausdrücklich gemacht würden.) Die Operation, der Herr x unterzogen werden soll, ist eine ärztliche Handlung. Sie beruht auf einer genauen Einschätzung der medizinischen Situation. Die Operation durchzuführen, ist gleichwohl nicht nur eine medizinische Entscheidung, sondern zugleich eine moralische Entscheidung und moralische Handlung. Eine moralische Handlung liegt vor, wenn ein Bezug auf moralische (sittliche) Werte vorliegt. Die Operation ist eine moralische Handlung insofern, als wir unterstellen, dass das menschliche Leben – und das schließt ein: die Erhaltung und der bestmögliche Schutz dieses Lebens – einen positiven Wert darstellt, dessen Verwirklichung anzustreben ist. Die naturwissenschaftliche Einstellung ist insofern indifferent gegenüber dieser Wertsetzung, als sie nicht wertbegründend fungiert (und fungieren kann), vielmehr wertneutral verfährt. Weder bestätigt noch widerlegt sie jene Wertsetzungen, die unserer natürlichen Wahrnehmung von Personen und Dingen anhängen. Dennoch arbeitet die Medizin als technische Naturwissenschaft gewissermaßen auf Kredit des Wertes des menschlichen Lebens, ohne diesen Wert explizit in ihrem Untersuchungsfeld zu setzen oder zu erörtern. Denn in dem bloßen Faktum der Wahl ihres Gegenstandsbereiches ist der Wert

des menschlichen Lebens als anzuerkennender fundamentaler positiver Wert vorausgesetzt. Für die praktizierende Ärztin, die naturwissenschaftlich begründetes Wissen mit Bezug auf kranke oder verletzte Personen anwendet, stellt sich die Sachlage anders dar. Ihr Handeln steht immer auch und unmittelbar unter moralischen Anforderungen und ist insofern niemals reine Verwirklichung einer naturwissenschaftlichen Einstellung.

Kommen wir noch einmal auf Herrn X zurück. Auch das Unterlassen der Operation wäre, wie zu beachten ist, eine moralische Handlung. Das Unterlassen der Amputation wäre insofern ungerechtfertigt, als es den baldigen Tod von Herrn X wissentlich in Kauf nähme und diesen nicht zu verhindern suchte. Dennoch ist denkbar, dass der Arzt sich aus moralischen Gründen verpflichtet fühlen könnte, auf die Operation zu verzichten – dann nämlich, wenn Herr X, der, wie wir annehmen, bereits eine lange Leidensgeschichte als schwerer Diabetiker und Alkoholiker hinter sich hat, in die Operation nicht einwilligt, weil er in der Amputation eine Minderung seiner Lebensqualität sieht, die für ihn schwerer wiegt als die damit (vermutlich) ermöglichte Verlängerung seines Lebens. Moralisch betrachtet ist der Arzt in dieser Situation genötigt, einem von zwei Werten den Vorzug zu geben, welche nicht zugleich verwirklicht werden können: entweder der Lebenserhaltung und Lebensverlängerung oder der Autonomie seines Patienten, der für sich beschließt, dass ihm Lebensqualität wichtiger ist als Lebensverlängerung um jeden Preis. Das ist nicht eine Ausnahmesituation, sondern die gewöhnliche Situation, in der wir uns befinden, soweit es um unsere moralische Praxis geht: dass wir nicht zwischen einem Wert (z. B. dem menschlichen Leben) und einem entsprechenden negativen Wert oder Unwert (z. B. dem Tod) wählen müssen, sondern zwischen mehreren positiven Werten, die nicht zugleich realisierbar sind (z. B. Lebenserhaltung oder Autonomie). Wir müssen *abwägen*, was in der jeweiligen Situation wichtiger ist.¹³ Da die diesbezüglichen Überlegungen nicht von einem unparteiischen Standpunkt aus erfolgen, sondern vom Standpunkt einer Person, die selbst in die Situation involviert ist, geht der Prozess der Abwägung häufig mit interpersonellen Konflikten einher. Moralische Konflikte sind Interessenkonflikte, die zwischen den Beteiligten auszuhandeln sind. Was für die behandelnde Ärztin wichtig ist, muss nicht auch für den Patienten wichtig sein. Darüber hinaus ist bei den Beteiligten mit Gewissenskonflikten zu rechnen (die wir um der klaren Abgrenzung willen als „intrapersonelle Konflikte“ bezeichnen können.) Z. B. kann Herr X zwar im Hinblick auf seine körperliche Verfassung und Integrität entschlossen sein, einer Amputation nicht zuzustimmen,

¹³ Wenn wir dazu neigen, in ähnlichen Situationen ähnliche Wertbevorzugungen zu realisieren, dann werden die, die unser Handeln beobachten und in ihren Zielsetzungen nachvollziehen (verstehen), von einem „Präferenzmuster“ sprechen („Präferenz“ = Vorrang, Vorzug).

dennoch aber unsicher sein, ob dies die richtige Entscheidung ist, weil er in einer harmonischen Familiensituation lebt und das Heranwachsen seiner Enkelkinder miterleben möchte.

Wie stellt sich die Sachlage auf der Seite der behandelnden Ärztin dar? Wir haben aus den obigen Überlegungen die Einsicht gewonnen, dass jede ärztliche Handlung einen fundamentalen Wertbezug einschließt, nämlich den Bezug auf den Wert des menschlichen Lebens. Darüber hinaus können ärztliche Handlungen unter konkurrierenden und einander ausschließenden Wertgesichtspunkten betrachtet werden, wodurch für den, der unter Handlungszwang steht, moralische Konflikte entstehen. Im vorliegenden Fall besteht der Handlungszwang darin, die Amputation entweder durchzuführen oder nicht durchzuführen. Beides – das Tun wie auch das Unterlassen – ist eine moralisch relevante (und folglich moralisch zu bewertende) Handlung. Beides involviert bestimmte Präferenzen, bestimmte Werthaltungen von Seiten derer, die die Handlung zu verantworten haben.

Sobald wir Handlungen im Hinblick auf die zugehörigen Präferenzen und Werthierarchien betrachten, wird auch klar, warum die Bewertung von Handlungen und die Bewertung von Personen in der Praxis meist ineinander fließt. Eine Handlung als nützlich oder als uneigennützig oder als niederträchtig zu qualifizieren, heißt ausdrücklich oder stillschweigend, die ihr zu Grunde liegenden Wertentscheidungen zu erfassen und die handelnde Person als die zu sehen, die sich, zumindest für den Moment, an diese Werte bindet, sich mit ihnen identifiziert. Die Einschränkung „zumindest für den Moment“ ist wichtig, weil der Zeitfaktor in diesen Dingen relevant ist. Wenn ich einmal bei einem geringfügigen Anlass aufbrausend werde und meinen Mitarbeiter scharf zurechtweise, so kann das aus Unaufmerksamkeit oder Überlastung geschehen. Wenn ich aber wiederholt so handle, wenn solche Verhaltensweisen meinen Habitus als Person bestimmen, wird man zu Recht von mir sagen, dass ich ein unbeherrschter und rücksichtsloser Mensch sei. Der Charakter einer Person wird danach beurteilt, wie sie nicht nur in Einzelfällen, sondern, tendentiell, in jeder ähnlichen Situation handelt. Den Charakter eines Freundes zu kennen, heißt, mit einer gewissen Zuverlässigkeit vorhersagen zu können, wie er in Situationen bestimmten Typs unter normalen Umständen handeln wird. Einen bestimmten Charakter zu haben, heißt, eine bestimmte Handlungsdisposition zu haben, über bestimmte, relativ konstante Präferenzen zu verfügen, eine bestimmte Wertordnung anzuerkennen.

Ist das Verhältnis zwischen Charakter und einzelner Handlung bzw. zur Habitualisierung tendierender gleichsinniger Handlungssequenzen aber tatsächlich klar anzugeben? Ist nicht offenkundig, dass meine Handlungen zwar meinen Charakter bestimmen, dass aber ebenso umgekehrt mein Charakter meine Handlungen bestimmt, wenn nämlich zutrifft, dass es angeborene oder in den ersten Lebensjahren sozialisierte Charakterprägungen gibt? Da es so etwas wie eine reine Charakterbeobachtung, unabhängig von dem Ausdruck des Charakters in bestimmten Handlungen, nicht gibt, können wir die Frage, was hier das Erste und Bestimmende ist – der Charakter oder die Handlung – nicht durch Erfahrung beantworten. Die Forschungen, die mit Bezug auf die Frage Veranlagung oder Sozialisation angestellt werden, legen nahe, dass es sich beim menschlichen Verhalten um ein Zusammenwirken beider Faktoren handelt. So geht man etwa heute auch davon aus, dass das menschliche Gehirn in seiner Entwicklung wie auch in seiner individuellen Funktionsweise und Leistungskraft von sozialen Erfahrungen beeinflusst ist. Wir können für unsere Belange darauf verzichten, auf derartige Forschungen näher einzugehen. Festhalten sollten wir allerdings, dass von einem Zusammenspiel von Charakter und Handlung auszugehen ist, dass wir gleichwohl aber, wenn wir Handlungen analysieren, zwischen der Beurteilung einzelner Handlungen und der Beurteilung der handelnden Person bzw. ihres Charakters unterscheiden sollten.

4. Handlungsfolgen (speziell: *intendierte* Wirkungen)

Handlungen (sowohl ein Tun, als auch ein Unterlassen) haben Konsequenzen, die über den Zeitpunkt, in dem die Handlung erfolgt, hinaus reichen. Das ist an sich noch kein Unterscheidungskriterium zu einem Naturereignis. Ein Hurrikan oder ein Tsunami haben weitreichende und schwerwiegende Folgen, sowohl im Hinblick auf die Intensität der Schäden, die sie bewirken können, als auch im Hinblick auf die Länge des Zeitraums, in dem sich diese Schäden auswirken bzw. des Zeitraumes, der erforderlich ist, um jene Schäden, die überhaupt reparabel sind, wieder gut zu machen. Also: Naturereignisse haben Wirkungen. Was unterscheidet diese Wirkungen von den Wirkungen einer Handlung? Was wir mit unseren Handlungen bewirken, wird uns – den Handlungsträgern – (zumindest teilweise) als eine beabsichtigte (*intendierte*) Wirkung zugerechnet. Handlungen haben neben den intendierten meist jedoch auch nicht-intendierte Wirkungen, d. h. Wirkungen, die vom Handelnden weder vorhergesehen noch beabsichtigt noch auch nur stillschweigend in Kauf genommen wurden.

Beispiel: Wenn ich mit dem Auto in einem Tunnel fahre und mich umdrehe, um meinen hinter mir im Kindersitz schreienden Sohn zu beruhigen, indem ich ihm die Hand halte, und

dadurch einen schweren Auffahrunfall verursache, so habe ich diese Konsequenz zwar nicht beabsichtigt. Dennoch werde ich für die damit verbundenen Folgen zur Verantwortung gezogen, weil ich Trägerin der Handlung war, welche die fraglichen Folgen herbeigeführt hat.

Moralische Handlungen

Wir sagten vorhin, dass es für Handlungen konstitutiv sei, zwischen verschiedenen möglichen Zwecksetzungen zu wählen. Wenn wir unser Handeln unter moralischen Gesichtspunkten betrachten, ist die entscheidende Frage: *Welche Zwecke sollen wir uns setzen? Welche Ziele sollen wir zu verwirklichen suchen?* Nicht alle Handlungen sind moralische Handlungen. Es gibt auch Handlungen, bei denen es lediglich um die Realisierung *vorgegebener* Zwecke geht. Wir nennen ein solches Handeln ein zweckrationales oder technisches Handeln. Ein derartiges Handeln unterliegt allein dem Anspruch, die adäquatesten (effizientesten, zeit- und kräfte-sparendsten, verlässlichsten) Mittel zur Erreichung eines Zieles aufzufinden und diese in richtiger Weise einzusetzen. Ob die Wahl des Zieles selbst in einer gegebenen Situation zu rechtfertigen ist oder nicht, bleibt hier unberücksichtigt. Für die moralische Beurteilung einer Handlung ist die Wahl der Zwecksetzung (in einer bestimmten Situation) dagegen gerade ein wesentliches Moment.

Die Auswahl der Zwecksetzungen meines Handelns ist nach unseren obigen Überlegungen nur zu rechtfertigen, indem ich auf Werte zurückgreife, die ich als für mich geltend anerkenne. Dem entsprechend können wir sagen: Handlungen sind moralische Handlungen oder moralisch indifferent (amoralisch) je nachdem, ob es sich dabei um sittliche Werte (z. B. auf positive sittliche Werte wie Liebe, Gerechtigkeit, Vertrauen, Großzügigkeit) oder um außersittliche Werte handelt.

Können wir eine nähere Bestimmung von moralischer Handlung geben, indem wir nach demselben Muster verfahren wie wir dies mit Bezug auf Handlungen getan haben? Wir haben eine Liste von Merkmalen zusammen gestellt, die sämtlich vorliegen müssen, um eine bestimmte Ereignisfolge als „Handlung“ zu bezeichnen. Nun können wir fragen: Durch welche Merkmale zeichnen sich jene *spezifischen* Handlungen aus, die wir „moralische Handlungen“ nennen? Moralische Handlungen machen eine Unterklasse der Handlungen überhaupt aus. Wenn wir Handlungen anhand von Merkmalen klassifizieren, ist es nahe liegend, dasselbe mit Bezug auf moralische Handlungen zu tun. Können wir also davon ausgehen, dass es

auszeichnende Merkmale gibt, anhand derer wir eine Handlung als moralische Handlung identifizieren können *in dem Sinn*, dass, wann immer diese Merkmale vorliegen, wir verlässlich annehmen können, dass die betreffende Handlung eine moralische Handlung ist?

Beispiel. Stellen Sie sich vor, Sie sitzen in einem Auto und drehen den Zündschlüssel um. Nehmen wir an, Sie tun das, weil Sie Ihre Freundin besuchen wollen, die in Wien lebt, weil Sie als Mittel für diese Fahrt das Auto, in dem Sie sitzen, gewählt haben und weil Sie annehmen, dass das Umdrehen des Zündschlüssels den Motor in Gang setzen wird. Wir haben hier alle Merkmale, die notwendig sind, um die fragliche Bewegung als eine Handlung zu charakterisieren. Wir haben einen Handlungsträger, ein Ziel bzw. eine Intention (den Besuch Ihrer Freundin), eine Wertsetzung (den Wert von Freundschaft, Zuneigung oder Liebe), die Wahl eines Mittels, das Sie für geeignet halten, das Ziel zu erreichen und bestimmte intendierte Folgen (das Starten des Motors und, in der Folge, das Zurücklegen der Fahrtstrecke). Ist diese Handlung eine moralische Handlung oder eine moralisch indifferente Handlung?

Wonach können wir fragen, wenn wir feststellen wollen, ob das Umdrehen eines Zündschlüssels eine moralische Handlung ist oder nicht? Wir können, erstens, nach den Folgen dieser Handlung fragen. Diesbezüglich sind nähere und entferntere bzw. unmittelbare und mittelbare Folgen, intendierte und nicht-intendierte Folgen zu unterscheiden. Dazu könnten etwa gehören, dass ich das Auto in Bewegung setze; dass ich bei meiner Freundin eintreffe, die meinen Beistand braucht, weil ihre Mutter gerade verstorben ist; dass ich auf der Autobahn, in einem Zustand völliger Übermüdung, einschlafe, und eine Massenkarambolage verursache. Letzteres ist ein drastisches Beispiel für nicht-intendierte Handlungsfolgen. Es trifft ja nicht zu, dass ich ein anderes Fahrzeug in selbstmörderischer Absicht touchiert hätte. Dennoch ist in diesem Fall davon auszugehen, dass ich für die nicht-intendierten Folgen meines Handelns rechtlich (und u. U. auch moralisch) zur Verantwortung gezogen werde. Wüßte ich vor dem Umdrehen des Zündschlüssels, dass ich auf meiner Fahrt nach Wien eine Massenkarambolage verursachen werde, müsste ich diese Handlung aus Rücksicht darauf, dass ich Andere zu Schaden bringen werde, unterlassen. Da ich aber nicht weiß, was passieren wird – das gilt für die nicht-intendierten Folgen oder Begleitumstände unserer Handlungen im allgemeinen – und auch nicht willentlich ein diesbezügliches hohes Risiko, das ich bereits absehe, in Kauf nehme, erscheint meine Handlung jedenfalls als moralisch zulässig – und, sofern die Motivation der Handlung ist, meine Freundin in einer schwierigen Situation zu unterstützen, als moralisch verdientlich.

Die Motivation oder Intention ist von entscheidender Bedeutung zur Beurteilung des moralischen Charakters der Handlung. Intentionen können sowohl durch ein Tun als auch durch ein Unterlassen verwirklicht werden.¹⁴ Eine moralische Handlung kann auch darin bestehen, eine Handlung zu unterlassen. Auch Unterlassungen sind unter bestimmten Umständen Handlungen. (Handeln ist nicht gleichbedeutend damit, eine bestimmte Aktivität zu vollziehen.)

Wenn ich weiß, dass in einem bestimmten Fahrzeug eine Autobombe installiert ist, mich in selbstmörderischer Absicht in dasselbe setze und den Zündschlüssel umdrehe in der Erwartung, dass das die Bombe zum detonieren bringen wird, so ist dies ebenso eine moralische Handlung wie wenn ich die Bombe per Fernauslöser zur Explosion bringe, sobald sich ein Anderer in das Auto setzt, oder zusehe, wie ein Anderer sich in das Auto setzt und Anstalten macht, den Zündschlüssel umzudrehen, obwohl ich weiß, dass dies die Bombe zum Detonieren bringen wird. Inwiefern ein Suizid moralisch nicht in derselben Weise zu bewerten ist wie ein Handeln oder Unterlassen, durch das ein Anderer zu Schaden oder ums Leben kommt, und ich das entweder herbeiführe oder nicht verhindere, obwohl ich die Möglichkeit dazu hätte, hängt davon ab, wie wir den Begriff der moralischen Pflicht (speziell: der Pflicht sich selbst gegenüber) bestimmen.¹⁵

Eine Schwierigkeit der moralischen Beurteilung von Handlungen liegt darin, dass die Motivation (Intention) einer Handlung diesbezüglich zwar wesentlich ist, dass sie der äußeren Manifestation einer Handlung aber nicht ohne Weiteres zu entnehmen ist. Wir können diesbezüglich von einer „Verborgenheit“ der Intention sprechen. Eine solche liegt insofern vor, als das wahrgenommene äußere Erscheinungsbild einer Handlung nicht eindeutig mit der ihr vermutungsweise zugrunde gelegten Intention korreliert ist.¹⁶

¹⁴ Vgl. Dieter Birnbacher, Tun und Unterlassen. Stuttgart 1995; ders., Tun und Unterlassen, in: Urban Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin. Stuttgart 2000, 213-220.

¹⁵ Vgl. Ronald Dworkin u. a., Hilfe zum Selbstmord: Das Resümee des Philosophen, in: Urban Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin. Stuttgart 2000, 225-227; Dieter Birnbacher, Suizid und Suizidprävention aus ethischer Sicht, in: ders., Bioethik zwischen Natur und Interesse. Mit einer Einleitung von Andreas Kuhlmann. Frankfurt a. M. 2006, 195-221; Monika Bobbert, Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hg.), Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt a. M. 2003, 314-322.

¹⁶ „Vermutungsweise“ bezieht sich hier zwar vornehmlich auf den Fall der Fremdbeurteilung – dass ich Zeuge der Handlung eines Anderen bin –, prinzipiell ist aber auch im Fall der Selbstbeurteilung von Handlungen ein Spielraum der Selbsttäuschung gegeben. Es ist möglich (und trifft nicht selten tatsächlich zu), dass ich mit Blick auf eigene Handlungen retrospektiv feststellen muss, dass ich mich bezüglich der zugrunde liegenden Intention im Irrtum befand, sofern wir „Intention“ so weit fassen, dass das Motiv der Handlung miteingeschlossen ist. So kann ich etwa früher der Meinung gewesen sein, eine bestimmte Hilfeleistung aus reiner Nächstenliebe erbracht zu haben, und später entdecken, dass ich nur aus Eitelkeit – um des Beifalls und der Anerkennung der Anderen willen – gehandelt habe.

Ein Ergebnis unserer Handlungsanalyse war, dass wir verschiedene Zwecksetzungen nur dann evaluieren (sc. in der jeweiligen Situation im Sinne ihrer Dringlichkeit oder Relevanz gewichten) können, wenn wir sie auf Werte beziehen, d. h. wenn wir sie als (mögliche) Realisierungen bestimmter Werte auffassen. Darin liegt eine Schwierigkeit, die mit der eben angesprochenen „Verborgtheit der Intention“ eng zusammenhängt: Was dem äußeren Augenschein nach als dieselbe (oder als weitgehend ähnliche) Handlung erscheint, kann tatsächlich höchst verschiedene Zwecke realisieren. Ein und dieselbe Zwecksetzung kann auf verschiedene Werte bezogen sein, d. i. in der Anerkennung verschiedener Werte motiviert sein.

Beispiel: Sie können sich den Zweck setzen, so viele Zigaretten wie möglich zu rauchen. Ist das eine sinnvolle Zwecksetzung? Ist das – wie es auf den ersten Blick scheint – eine moralisch indifferente Zwecksetzung? Wenn das, was wir unter einem „sinnvollen“ Leben verstehen, zu einem wesentlichen Teil oder ausschließlich davon bestimmt ist, möglichst oft Zustände sinnlicher Lust zu erleben, ist das zweifellos eine sinnvolle Zwecksetzung. Denn der Sinn des Rauchens liegt darin, ein Lustgefühl hervorzurufen bzw. ein Unlustgefühl zu beseitigen. Problematisch und fragwürdig wird das erst, wenn wir bemerken, dass eine Zwecksetzung, wie wir sie eben formuliert haben, eine (vermutlich längere) Zeitperspektive einschließt. Die Zwecksetzung „Ich will so viele Zigaretten wie möglich rauchen“ ist ja ein Vorhaben, das als eines gemeint ist, das nach und nach, in eine ungewiß begrenzte Zukunft hinein, erfüllbar ist und erfüllt wird. In diesem Zeithorizont nun wird uns nicht nur die Sinnhaftigkeit dieses subjektives Leitsatzes des Handelns, dieser Maxime fragwürdig, sondern auch ihr angeblich moralisch indifferenter Charakter. Wie kommt es dazu? In diesem weiteren Zeithorizont kollidieren Lusterwartungen und Vernunftabwägungen. Folgen wir der Vernunft, so müssen wir sagen: Sich selbst um des Erreichens bestimmter Lustzustände willen in seiner Gesundheit zu gefährden, bedeutet, die Sorge um sich selbst zu vernachlässigen. Diese Sorge ist niemals punktuell, sondern auf einen längeren Zeitraum, letztlich auf das gesamte Leben einer Person ausgerichtet. Wir können freilich nicht davon ausgehen, dass eine Vernachlässigung der Selbstsorge prinzipiell, d. h. unangesehen der besonderen Handlungsumstände, moralisch tadelnswert ist. Ob sie tadelnswert oder verdienstlich ist, kann nur in der jeweiligen Handlungssituation beurteilt werden. Vergleichen wir etwa folgende zwei Handlungsmaximen, denen gemeinsam ist, dass sie beide bewusst die Sorge um das eigene längerfristige körperliche Wohlergehen vernachlässigen. Die erste, die wir bereits kennen, lautet: „Ich will so viele Zigaretten wie möglich rauchen, um möglichst oft das

Lustgefühl des Rauchens zu erleben.“ Die zweite Maxime lautet: „Ich will so wenig wie möglich essen, um meinem hungergeschwächten Kind von dem Wenigen, das wir haben, möglichst viel geben zu können.“ Von dieser zweiten Maxime können wir uns denken, dass sie jemand äußert, der in einem Bürgerkriegsland oder in einer Hungerregion lebt. Was ist beiden Fällen gemeinsam? In beiden Fällen handelt es sich darum, sich in seinem Handeln ein Ziel zu setzen, dessen Verwirklichung einschließt, dass die handelnde Person gegen ihre eigenen längerfristigen existentiellen Interessen handelt. Im ersten Fall ist das Handeln, das dieser Maxime folgt, sofern wir es in einem engen Zeithorizont sehen, allein mit Bezug auf einen gegenwärtigen Moment, als außermoralisch zu qualifizieren; sobald wir es in einem weiteren Zeithorizont sehen, als zwar nicht moralisch böse, aber doch moralisch bedenklich und keinesfalls moralisch verdienstlich.¹⁷ Im zweiten Fall haben wir es mit einer Selbstschädigung zu tun, die moralisch zulässig und moralisch verdienstlich ist, also mit einer moralisch guten Handlung, sofern die betreffende Person das eigene Wohlergehen zurückstellt, um das Leben ihres Kindes zu retten.

Was können wir diesem Vergleich entnehmen? Wie genau eine Handlung in moralischer Hinsicht zu qualifizieren ist – moralisch gut, moralisch zulässig, moralisch verwerflich usw. – können wir nicht äußeren Indikatoren entnehmen. Wir können uns diesbezüglich nicht an solchen Richtlinien orientieren wie z. B.: Immer dann, wenn ein Mensch sich selbst gefährdet, wenn er sein Leben bewusst aufs Spiel setzt, handelt er moralisch böse. Für die moralische Qualifikation einer Handlung ist entscheidend, wie die Handelnde selbst – wahrheitsgemäß und wahrhaftig – auf die Frage antwortete: „Warum handelst du so und nicht anders?“ Entscheidend für die moralische Qualifikation einer Handlung ist, anders gesagt, wie die betreffende Handlungsweise *begründet* wird. Je nachdem, was als relevanter Grund eines moralisch guten Handelns genannt wird, unterscheiden sich verschiedene ethische Grundpositionen.

Unabhängig davon, welche ethische Theorie wir vertreten wollen, gilt allgemein: Moralisches Handeln setzt die Bereitschaft voraus, in einer Gemeinschaft für das verantwortlich gemacht zu werden, was man tut. Eine Person, d. i. ein moralisches Subjekt zu sein, bedeutet auch, An-

¹⁷ Die Frage, ob es eine moralische Pflicht zum sorgfältigen und verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit gibt, kann uns hier nicht beschäftigen. Denkbar wäre z. B. eine Argumentation, die darauf abzielte, die eigene Gesundheit – und damit auch: den eigenen Körper – insofern als ein öffentliches Gut zu betrachten, als die Kosten für dessen Vernachlässigung auch von der Solidargemeinschaft zu tragen sind. Derartigen Überlegungen nachzugehen, erforderte in einem ersten Schritt zu klären, in welchem Verhältnis, moralisch betrachtet, eine Person zu ihrem eigenen Körper steht. Die Relevanz dieser Frage in medizinischen Zusammenhängen (z. B. im Hinblick auf Organtransplantationen) ist offenkundig.

deren das Recht zuzugestehen, mir abzuverlangen, dass ich die Art meines Handelns rechtfertige (begründe). Die Rechtfertigung von Handlungen erfolgt unter Bezugnahme auf Werte. Normen sind Verhaltensvorschriften, die im Hinblick auf bestimmte Werte eingeführt und anerkannt werden.

Werte werden verwirklicht in Gestalt von Gütern. Güter sind Dinge, die Wertcharakter haben; Dinge, in denen Werte realisiert sind. Güter können im Hinblick auf die von ihnen zum Ausdruck gebrachten Werte heterogen sein. Ein Gemälde von Picasso z. B. ist ein Gut, das verschiedene Typen von Werten repräsentiert. Es repräsentiert in seiner unmittelbaren sinnlichen Erscheinung ästhetische Werte; es repräsentiert einen bestimmten ökonomischen Wert, d. i. einen Nützlichkeitswert in Gestalt des Verkaufspreises, den es bei einer Auktion erzielt, und es kann u. U. auch einen ethischen Wert repräsentieren. Das ist etwa der Fall, wenn es sich nicht um ein abstraktes, sondern um ein darstellendes Bild handelt, dessen Sujet nur verständlich ist unter Bezugnahme auf bestimmte ethisch relevante Ideen (z. B. Demut oder Tapferkeit). Das Bild kann sogar in einem indirekten Sinn für seinen Besitzer ethischen Wert annehmen. Das gilt etwa, wenn es z. B. ein Versöhnungsgeschenk ist, das Verzeihung für ein moralisches Unrecht bewirken soll. Die reale Welt der Gegenstände, in der wir uns bewegen, ist in einer sehr vielfältigen Weise mit einer idealen Welt der Werte verknüpft.¹⁸ Dass es eine solche Verknüpfung gibt, verdankt sich allein dem Handeln der Menschen. Nur für uns haben die Dinge Wert. Nur von einem menschlichen Gesichtspunkt aus gibt es Güter.

¹⁸ Ob die Rede von einer „idealen Welt“ der Werte lediglich in einem metaphorischen oder aber in einem seinsmäßig gewichtigen (ontologischen) Sinn zu verstehen ist, gehört zu den seit der Antike notorisch strittigen philosophischen Fragen.

UE 3

theoretische Einführung:

Die Arzt-Patienten-Beziehung (3 Modelle) und deren ethische Implikationen (informed consent)

Wie sieht heute, im angelsächsischen und europäischen Kontext, die institutionelle Realität der Arzt-Patient(A/P)-Beziehung aus? Diese Realität ist von zwei gegensätzlichen Tendenzen beherrscht. Einerseits ist unverkennbar, dass die Entwicklung der modernen Gesellschaft in Richtung einer Ausbreitung und Verfestigung demokratischer und liberaler Gesinnungen kaum damit verträglich ist, das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als ein einseitiges Machtverhältnis zu betrachten, das von autoritativen Entscheidungen bestimmt wird. Diese Tendenz wird verstärkt durch eine zunehmende Dienstleistungsmentalität, welche u. a. das Gesundheitswesen prägt, wie auch durch eine zunehmende Verrechtlichung in Belangen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Unter diesen Gesichtspunkten stellt sich die A/P-Beziehung zunehmend als ein gleichberechtigtes, kooperatives Verhältnis, als ein Arbeitsbündnis dar, das zu einem bestimmten Zweck und für eine bestimmte Dauer geschlossen wird. Dem wirkt jedoch andererseits der technisch-medizinische Fortschritt entgegen, der sich in einer weiteren Ausbreitung und Dominanz instrumentellen Handelns bekundet.

„Instrumentell heißt ein Handeln, das in seinem Ablauf am Einsatz technischer Geräte oder Apparaturen orientiert und von diesem Einsatz wesentlich bestimmt wird. Instrumentelles Handeln [zeichnet] sich durch hohe Zweckrationalität, hohe Qualifikationsanforderungen an den Ausübenden, sowie durch tendenziell starke Manipulation des Objektes aus, zu dem der Patient durch die angewandten Verfahren gemacht wird. Mensch-Maschine-Interaktionen werden in der ärztlichen Diagnostik und Therapie voraussichtlich weiter an Bedeutung gewinnen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Expansion neuer bildgebender Verfahren, ambulantes Monitoring, Invasivdiagnostik, therapeutische Implantate sowie Fortschritte der Intensivmedizin.“¹⁹

Die zwei gegenläufigen Tendenzen, die in verschiedenen Gewichtungen dem ärztlichen Handeln zu allen Zeiten anhängen, sind: ein kommunikatives, kooperatives Handeln und eine entsprechend symmetrische A/P-Beziehung einerseits; ein instrumentelles Handeln auf Basis

¹⁹ „Arzt-Patient-Beziehung“, in: Wilhelm Korff/Lutwin Beck/Paul Mikat (Hg.), Lexikon der Bioethik. Gütersloh 2000, 238-248, hier: 241.

einer asymmetrischen A/P-Beziehung andererseits. Welche der beiden Tendenzen längerfristig die Oberhand behalten wird, ist schwer vorherzusagen. Angesichts der praktischen Realität medizinischen Handelns ist es jedenfalls durchaus fragwürdig, die stärker auf Instrumentalisierung angelegten institutionellen (klinischen), sozialen und politischen Zusammenhänge außer Acht zu lassen und die A/P-Beziehung auf die Zweier-Beziehung von Arzt und Patient zu reduzieren. Dennoch gilt, dass ÄrztInnen, die zweifellos der medizinischen Forschung und dem technischen Fortschritt verpflichtet sind, um ihre Mittel nach bestem Wissen und Gewissen zum Wohl der Patienten einzusetzen, andererseits doch auch eine unmittelbare, persönliche Beziehung zu ihren Patienten entwickeln können. Ersteres untersteht der Idee der Instrumentalität, letzteres der Idee der Humanität. Beides zu einer harmonischen Einheit zu verbinden, ist die Utopie ärztlichen Handelns. Wer sich entschließt, den Arztberuf zu ergreifen, muss damit umgehen lernen, unter widersprüchlichen Erwartungen und Ansprüchen zu arbeiten. Dazu gehört, das im Denken Unvereinbare mit der Kraft der eigenen Persönlichkeit in der jeweiligen Situation zusammen zu bringen.

Was „subjektiv orientierte Krankheitsauffassung“ in der Praxis der A/P-Beziehung bedeutet, wie sich diese Auffassung unmittelbar in hermeneutische Anforderungen an den Arzt umsetzt²⁰, können wir uns am Beispiel Viktor von Weizsäckers vor Augen führen. Von Weizsäcker betont in seinen Vorlesungen zur allgemeinen Therapie, dass sich der Erstkontakt zwischen Arzt und Patient nicht an dem üblichen Schema klinischer Anamnese orientieren dürfe, wenn es gelingen solle, das Wesen der betreffenden Erkrankung zu erfassen.

„Dieses Schema, welches mit der Frage nach den Sterbefällen der Verwandten beginnt, zu den Kinderkrankheiten und den späteren Krankheiten fortgeht und mit dem Verhör über sexuelle Infektion, Nikotin- und Alkoholabusus endet, ist geeignet, aus einer Krankengeschichte ein statistisches Formular zu machen und die freie Erschließung des Kranken zu vernichten. Die Begegnung mit ihm beginne vielmehr in der ungezwungensten Weise mit den sparsamsten Fragen nach Begehren und Beschwerde, und sie soll ein freies Ausströmen der Gedanken des Kranken erlauben. Man unterbreche ihn darum so wenig als möglich, auch wenn er abzuschweifen scheint, man höre ihm bis zu Ende aufmerksam zu, beachte unter-

²⁰ Der Ausdruck „hermeneutisch“ bezieht sich auf die menschliche Fähigkeit des Verstehens sinnhafter Äußerungen, was ein unmittelbares Verstehen der Situationen einschließt, in denen die fraglichen Äußerungen auftreten. Die hier relevanten Äußerungen sind nicht auf prozessuale, ephemere Manifestationen (z. B. Gestik, Mimik, Sprechakte, Handlungen) beschränkt. Sie umfassen auch bleibende Werke (z. B. Rechtstexte, Kunstwerke). Das Verstehen im Sinne der Bedeutungserfassung gehört in einen weiteren Kreis verwandter Tätigkeiten wie Auslegen, Interpretieren, Beschreiben und Erklären.

dessen seine Geste, seine Haltung, seine Muskelspannungen, seinen Anzug, seinen Sprachstil und die Komposition seiner Erzählung. Es ist wichtig, ob er zu früh, pünktlich oder verspätet erscheint, ob und wie, besonders bei Frauen, sich Farbe und Helligkeit der Kleidung bei wiederholter Beratung ändert, ob der Kranke Schirm oder Tasche mitzunehmen vergißt, ob er stolpert, hängenbleibt und bei welcher Gelegenheit. Die Krankheit soll dem Arzt zuerst so erscheinen, wie sie dem Kranken selbst erscheint, nicht wie sie nach bekannten klinischen Bildern und nach Gesetzen der Pathologie vermutlich ‚ist‘. Die Darstellung der Entstehung und des Wesens der Krankheit wie sie ihm erscheinen, darf nicht gestört werden, weil dieses subjektive Bild des Kranken etwas zeigt, was in ihm vorsichgeht: es hat somit einen objektiven Wert; ihm entspricht eine Realität im Kranken. Stellen wir dagegen Fragen, die sich der Kranke selbst nicht stellt, so verstummt diese Realität in ihm: er fängt an, auf unsere Fragen zu reagieren wie eine Sehne bei der Reflexprüfung, also auf eine künstliche, in der Natur sonst nicht vorkommende Weise; so verscheuchen wir ein Stück Natur.“²¹

Aufschlussreich für die Kenntnisse, die der Arzt aus seinem Gespräch mit dem Patienten gewinnt, ist nicht nur das, was der Patient sagt, sondern auch das, was er verschweigt und wie er es verschweigt. Der Arzt muss lernen, dass auch das Schweigen eine medizinisch relevante „Aussage“ darstellt. „Überall aber müssen uns die Stellen, wo Scham, Erinnerungsunvermögen, Verwirrung, Unlogik, Widerspruch in der Mitteilung der Kranken Lücken hervorrufen und Grenzen setzen, ebenso oder noch mehr interessieren, als das, was er an Positivem ausspricht.“²² Gemäß diesem unüblichen Blick auf die A/P-Beziehung verwundert es nicht, dass von Weizsäcker die Passivität des Arztes als ein entscheidendes Merkmal ärztlicher Grundhaltung versteht. „Es ist nicht ein ethisches Postulat, es ist eine Einsicht in unverrückbare Wesenszusammenhänge, wenn wir sagen, es sei die Findung der richtigen Behandlungsweise nicht von einer verstandes- oder willensmässigen *Vorentscheidung* des Arztes zu erwarten. Die Natur selbst verbietet dem Arzt, dass er ‚voluntaristisch‘ vorgehe, und sie fordert von ihm, dass er dem *Gegebenen* diene. Als Naturforscher muss er Ehrfurcht vor der Krankheit beweisen, als handelnder Praktiker eine bewahrende, eine *konservative* Grundhaltung einnehmen. Diese dienende Haltung spricht zuerst daraus, dass er sehen, horchen, befühlen, also sinnlicher Mensch sein muss; dann daraus, dass er Geduld, Ruhe, Schweigsamkeit haben, also geistiger Mensch sein muss.“²³

²¹ Viktor von Weizsäcker, Über die ärztliche Grundhaltung, in: ders., Ärztliches Fragen. Vorlesungen über allgemeine Therapie. Zweite, durchges. Aufl. Leipzig 1935, 38-49, hier: 40f.

²² Ebd., 42.

²³ Ebd., 48.

Nach welchen Modellen kann die A/P-Beziehung prinzipiell verstanden werden? Üblicherweise werden drei Modelle unterschieden:

1. Paternalismus
2. Vertrag
3. Partnerschaft

Wodurch zeichnen sich diese verschiedenen Modelle aus? Für den Paternalismus sind folgende Momente charakteristisch:

PATERNALISMUS

- Dominanz des Fürsorgeprinzips
- Was den Patienten gut tut, entscheidet der Arzt
- Der ärztliche Wissensvorsprung begründet ein Entscheidungsvorrecht und eine eingeschränkte Informationspflicht
- Gefahr der Bevormundung bzw. Entmündigung
- Hilflosigkeit, Ohnmacht der Patienten, welche sich negativ auf die Compliance auswirkt²⁴

Im Unterschied dazu ist das Vertragsdenken wie folgt zu bestimmen:

VERTRAG

- Dominanz des Autonomiegedankens
- Patient als Kunde, Arzt als Dienstleister, der den von Patientenseite vorliegenden „Bedarf“ an Gesundheitsversorgung deckt
- Tendenz zur Beschränkung auf biomedizinische Aspekte und eine Minimaethik
- Gefahr, Patienten ihrer Autonomie schutzlos auszuliefern
- Unberücksichtigt bleibt der Wunsch der Patienten nach Zuwendung einer Person, die Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit in sich verbindet

Paternalismus und Vertragsdenken stellen in gewissem Sinn extreme Standpunkte dar. Während zum einen die Entscheidungsbefugnis zur Gänze vom Arzt reklamiert wird, der sich

²⁴ Der Ausdruck „compliance“ (Einwilligung, Befolgung; Willfährigkeit) meint die Bereitwilligkeit des Patienten zu einer konstruktiven Mitarbeit an der Durchführung medizinisch sinnvoller therapeutischer Maßnahmen. Es liegt auf der Hand, dass ein enger wechselseitiger Zusammenhang zwischen dem compliance-Verhalten des Patienten und dem sogenannten coping besteht, d. i. dem Umgang mit und der Bewältigung einer Krankheit.

gewissermaßen als väterlicher Freund des Kranken versteht, dem dieser vorbehaltlos vertrauen kann – das ist das paternalistische Modell –, steht dem auf der anderen Seite das distanzierte Verhältnis zweier Vertragspartner gegenüber, das die beiderseitigen Rechte und Pflichten festschreibt, damit jedoch auch die Vertrauensbasis der A/P-Beziehung untergräbt oder zumindest erheblich schwächt. Arzt und Patient sind hier Funktionsträger eines rechtlich definierten Verhältnisses. Gegen diese Anonymisierung und Versachlichung der Beziehung zwischen Arzt und Patient, wie sie das Vertragsmodell zur Folge hat, ebenso aber gegen die Einseitigkeit der Beziehung, wie sie sich gemäß der paternalistischen Auffassung darstellt, wendet sich das dritte Modell: das Modell der Partnerschaft. Dieses versucht, die Positiva der beiden anderen Modelle zu verbinden. Partnerschaftlich gedacht sind einerseits die nicht-objektivierbaren menschlichen Qualitäten der A/P-Beziehung als wesentlich anzuerkennen, andererseits ist aber die Gegenseitigkeit dieser Beziehung herauszustellen.

PARTNERSCHAFT

- Arzt und Patient anerkennen sich wechselseitig als vernunftfähige Wesen (Personen)
- Arzt und Patient haben Rechte und Pflichten. Aufgrund der Notlage der Patienten hat der Arzt eine besondere Fürsorgepflicht
- Entscheidungen werden kooperativ getroffen
- Idealfall: informed consent
- Ein partnerschaftliches Vorgehen stellt Anforderungen, die de facto nicht in jeder A/P-Beziehung erfüllbar sind (z. B. aufgrund der diesbezüglichen Inkompetenz des Patienten)

Zweifellos übt die rechtliche Seite des Verhältnisses gegenwärtig einen wesentlichen praktischen Problemdruck zur Neufassung des A/P-Verhältnisses aus. Die rechtlichen Fragen gewinnen mit der zunehmenden Medikalisierung der Gesellschaft in den Industrieländern erheblich an Gewicht. (Der Ausdruck „Medikalisierung“ bezeichnet den Umstand, dass in der modernen Gesellschaft immer mehr „pathische“ Zustände als behandlungsrelevant bzw. behandlungsbedürftig charakterisiert werden, was natürlich auch bedeutet, dass das Versicherungswesen und öffentliche Gesundheitswesen mit einem Mehraufwand belastet wird.?) Je umfassender das Bedürfnis nach medizinischer Versorgung und je umfassender die medizinische Versorgung ist, desto stärker auch die Tendenz zu einer Verrechtlichung der A/P-Beziehung. Da im Schadensfall ein wesentlicher Faktor ist, ob, wie und in welchem Umfang

ein Arzt seinen Patienten über Behandlungsalternativen und –risiken aufgeklärt hat, erhält die Aufklärungspflicht des Arztes immer stärkeres Gewicht. Das ist das Problem, von dem die Diskussion der A/P-Beziehung vor einigen Jahrzehnten, vor allem in den USA, ihren Ausgang genommen hat: der so genannte „informed consent“ (informiertes Einverständnis; Zustimmung nach Aufklärung) Die fragliche Zustimmung bezieht sich auf die Wahl von Behandlungsmethoden, den Entwurf von Therapiezielen und -plänen, die Erprobung neuer Medikamente u. dgl.

Informed consent

Der Ausdruck „informed consent“ bezieht sich darauf, dass jede ärztliche diagnostische und therapeutische Maßnahme nur mit Zustimmung des zuvor umfassend und allgemeinverständlich informierten und einwilligungsfähigen Patienten erfolgen darf.²⁵ Informed consent beruht auf der Anerkennung der Patientenautonomie. Ein radikal autonomistisches Konzept des informed consent ist allerdings nicht ohne weiteres plausibel, wenn wir der Individualität der Patientin und der Besonderheit der jeweiligen Situation Rechnung tragen wollen. Der Arzt kann nicht von der Last und der Verantwortung entoben werden, die Einsichtsfähigkeit seiner Patienten, ihre seelische Belastbarkeit usw. im Einzelfall zu beurteilen.

Jedenfalls dann, wenn wir nicht Prinzipienstandpunkte einnehmen, sondern von der praktischen Situation her denken, ist es nachvollziehbar, dass ein Arzt in seiner Einschätzung der medizinischen Daten und der Persönlichkeit seines Patienten dahin kommen kann zu meinen, dass dem Patienten eine unvermittelte Konfrontation mit der Wahrheit über seinen Zustand nicht zuzumuten ist und insofern ein Zuwarten oder ein vorsichtiges Hinarbeiten auf eine erst später zu leistende Aufklärung ein Akt der Menschlichkeit ist. Das ist freilich ein schmaler Grat, auf dem wir uns hier bewegen. Die beschriebene Verhaltensweise *kann* einer Einsicht folgen, zu der der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen gelangt, indem er klinischen Befund und Persönlichkeitsbild im individuellen Fall vor Augen hat. Der Möglichkeit nach könnte es sich aber ebenso um eine Bequemlichkeit des Arztes handeln, der sich der schweren Aufgabe entziehen will, einem Menschen zu sagen, dass er bald sterben wird. Mit anderen Worten: Was es bedeutet, paternalistisch oder partnerschaftlich zu handeln, ist nur aus der jeweiligen Handlungssituation zu erfahren. Dabei können wir uns nicht auf den ersten

²⁵ Zum Informed Consent als einem politischen Instrument bzw. als Ausdruck eines politischen Willens vgl. Jochen Vollmann, Das Informed Consent-Konzept als Politikum in der Medizin. Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischer und medizinethischer Perspektive, in: Matthias Kettner (Hg.), Angewandte Ethik als Politikum. Frankfurt a. M. 2000, 253-277

Augenschein verlassen. Und wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass es mit der Darlegung theoretischer Modelle nicht getan ist. Unverzichtbar ist hier auch das Fingerspitzengefühl der verantwortlichen Ärztin. So schildert etwa eine Palliativmedizinerin (Annette Henry) die Praxis der Ermittlung des Patientenwillens in ihrem Tätigkeitsbereich wie folgt: „Ich muss nicht jede einzelne Situation im Voraus besprechen, die vielleicht auftreten könnte. Gerade bei sehr alten Menschen ist es unbarmherzig, sie komplett in die Thematik einzuweißen. Aber ich muss über die grundsätzliche Haltung meiner Patienten Bescheid wissen.“²⁶ Dass Einschränkungen der Patientenautonomie, um die es sich hier zweifellos handelt, mit dem Fürsorgeprinzip begründet werden, ist sicherlich eine gängige Praxis. Inwieweit das ethisch akzeptabel oder ethisch bedenklich ist, erfordert nicht nur generelle Überlegungen zur Vereinbarkeit alternativer Handlungsprinzipien, sondern ebenso ein Eingehen auf die jeweilige Handlungssituation.

Wenn wir davon ausgehen, dass die partnerschaftliche Gestaltung der A/P-Beziehung unter der gleichwohl nicht vollständig zu beseitigenden Asymmetrie dieser Beziehung zu den Aufgaben des Arztes gehört, dann kann weder Paternalismus noch Wahrheit um der Wahrheit willen der richtige Weg sein. *Beide* Optionen sind Extremreaktionen, welche den Auftrag, in einer für die Patientin existentiell krisenhaften Situation partnerschaftlich zu agieren, verfehlen. Eine paternalistische Gesinnung wird zu Recht kritisiert. Zweifellos kann die Asymmetrie der A/P-Beziehung, soweit diese auf dem Informations- und Wissensgefälle zwischen Experten und Laien beruht, mit Hilfe gesellschaftlicher, rechtlicher und moralischer Regulative verringert werden. Das gilt jedoch nicht, wie wir uns gelegentlich erinnern sollten, für jene Asymmetrie, welche die Grundsituation ärztlichen Handelns auszeichnet: dass einer Hilfe sucht und ein anderer Hilfe gibt. Dass er dem, der in Not ist, Hilfe anbietet, begründet „das exklusive Eingriffsrecht des Arztes in den menschlichen Körper sowie die ärztliche Verantwortung für therapeutische Entscheidungen, die so folgenreich sein können, dass sie über Leben und Tod bestimmen.“²⁷

Fassen wir einige Charakteristika der A/P-Beziehung zusammen. Diese Beziehung ist:

- asymmetrisch (Experte/Laie; Notlage des Patienten; instrumentell) *und* symmetrisch (kommunikativ-empathisch)

²⁶ Angelika Walser, „Ethik aus dem Bauch“, in: Die Furche Nr. 10, 9. März 2006, 6.

²⁷ „Arzt-Patient-Beziehung“, in: Wilhelm Korff/Lutwin Beck/Paul Mikat (Hg.), Lexikon der Bioethik. Gütersloh 2000, 245.

- von ethischen Motiven getragen (Respekt, Vertrauen, Wahrhaftigkeit usw.)
- eingebettet in institutionelle und gesellschaftliche Zusammenhänge (Normierung von Handlungen und Rollenerwartungen)
- rechtlich geregelt

Auf Seiten des Arztes setzt informed consent voraus, dass eine umfassende und wahrheitsgemäße Aufklärung der medizinischen Daten und Behandlungsoptionen erfolgt. Wenn wir sagen, dass das im Einzelfall auch die schwierige Aufgabe einschließt, abzuwägen zwischen dem berechtigten Wahrheitsanspruch des Patienten und seinem wohlverstandenen Interesse – sofern dieses Interesse nicht einfach mit dem Wahrheitsanspruch gleichgesetzt werden kann –, ist zumindest anerkannt, dass die Übernahme der Aufklärungspflicht durch den Arzt nicht per se paternalistische Erwägungen ausschließt. Auf Seiten des Patienten setzt die Praxis des informed consent die *prinzipielle* Fähigkeit zur Selbstbestimmung voraus. Das Ausmaß der *tatsächlichen* Befähigung und Bereitschaft zur Selbstbestimmung unterliegt im Einzelfall freilich beträchtlichen Schwankungen.

Ob der informed consent die Subjektivität des Patienten berücksichtigt und schützt, hängt davon ab, wie dieser Gedanke umgesetzt wird, wie informed consent praktisch gehandhabt wird. Auf zwei Momente sei hier ausdrücklich verwiesen. Zum einen kann die Aufklärung des Arztes und die informierte Zustimmung des Patienten nicht als punktueller Akt verstanden werden. Es handelt sich vielmehr um einen Prozess der Willensbildung auf Seiten des Patienten und einen Prozess der Willenserkundung auf Seiten des Arztes. Momentane Willensbekundungen, die der Patient in einer eventuell für ihn stressvollen Situation von sich gibt, sind häufig nicht verlässlich. Es wäre eine Überwältigung und paternalistische Unterdrückung der Patientensubjektivität, die Problematik des Zeitindex von Willensäußerungen zu ignorieren. Neben der zeitlichen Dimension des informed consent geht es zum anderen darum, wie genau informed consent verstanden wird. Maximale Aufklärung im Sinne der vollständigen Transparenz medizinisch-technischer Daten, also Aufklärung im Sinne der Informationsvermittlung genügt nicht. Informationen mitteilen kann man auch, ohne sich auf eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Patienten einzulassen. Nur wenn aber letzteres der Fall ist, kann man hoffen beurteilen zu können, ob jemandes Willensbildung autonom ist, ob seine Willensäußerungen authentisch sind im Sinne einer längerfristigen Übereinstimmung mit Charakter und Wertordnung des Patienten. Die Subtilität eines so verstandenen informed consent lässt sich daran ermessen, dass wir damit rechnen müssen, dass der Patient nicht nur

in seiner Willensbildung verschiedene Phasen im Sinne verschiedener sachlicher Orientierungen durchlaufen kann²⁸, sondern darüber hinaus seine Willensbildung in einem Zusammenspiel von bewusstem und unbewusstem Wollen erfolgt. Diesbezüglich ist die Aufgabe des Arztes als ein Bewusstmachen und als eine Hilfestellung zur Artikulierung des dann Bewussten zu verstehen. Dabei ist auch auf Seiten des Arztes die Interaktion von Bewusstem und Unbewusstem in Rechnung zu stellen. Wir müssen uns fragen, ob der Arzt – gewollt oder ungewollt – die Zustimmung des Patienten beeinflusst. Auch dies ist Bestandteil der ärztlichen Verantwortung.

Die Qualität der Praxis eines informed consent hängt davon ab, dass wir

- a) Aufklärung als einen zeitlichen Prozess, nicht statisch verstehen; (Prozess)
- b) das Schwergewicht nicht auf den Akt der Informationsvermittlung, sondern auf die verstehende Erforschung der Willensbildung legen, die im Unterschied zum mitgeteilten Informationsgehalt (medizinisch-technische Daten) kaum objektivierbar ist; (Hermeneutik)
- c) als Ärztinnen die Situation nicht nur aus einer neutralen Beobachterperspektive beurteilen, sofern wir an der individuellen Krankengeschichte Anteil nehmen. Verstehen und verständnisvolle Zuwendung, nicht Informationsvermittlung ist das tragende Moment des informed consent, wenn die Realität hier der Idee gerecht werden soll (Empathie, Teilnahme).

Es ist unabdingbar und hilfreich, nach Definitionen und Richtlinien zu suchen (z. B. mit Bezug auf informed consent). Dass es sich um Probleme der Subjektivität handelt, zeigt sich aber daran, dass der Versuch, ein objektivierbares procedere zur Lösung dieser Probleme zu finden, gewissermaßen paradox ist, weil er immer in Gefahr ist, das Subjektive, das berücksichtigt werden soll, wieder zum Verschwinden zu bringen. (Sie erinnern sich, was von Weizsäcker sagte: wenn wir es falsch machen, wenn wir zu invasiv und objektivierend vorgehen, „verscheuchen wir ein Stück Natur“.) Was ist der Grund für diese paradoxe Situation? In bezug auf die vorliegenden Probleme sind gedankliche Konzeption und konkretes

²⁸ So beschreibt etwa das sogenannte „Kübler-Ross-Modell“ verschiedene psychische Zustände, welche Personen, die „catastrophic news“ erhalten, typischerweise durchlaufen: Verleugnung, Wut, Verhandlung, Depression, Akzeptanz. Vgl. Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying*. London 1969. Inzwischen hat es sich eingebürgert, dieses von der Autorin ursprünglich allgemeiner verstandene 5-Phasen-Modell auf eine spezifische Konfliktsituation einzuschränken, nämlich auf den Umgang Moribunder mit dem eigenen Tod, der ihnen als unmittelbar bevorstehend mitgeteilt wurde.

Handeln in der jeweiligen Situation nicht zu trennen. Das heißt: Nicht nur bringen die fraglichen Probleme Subjektivität zum Ausdruck. Subjektivität ist auch die Bedingung des Umgangs mit ihnen. Deshalb müssen wir uns von der Vorstellung lösen, dass es für solche Fragen wie informed consent oder, was damit eng zusammenhängt, für die Bestimmung individueller Lebensqualität allgemeinverbindliche, objektive Verhaltensmanuale geben könnte. Wenn Sie die betreffenden Probleme im praktischen Umgang zufriedenstellend lösen wollen, dann werden Sie sich darum bemühen müssen, neben Ihrer ärztlichen Ausbildung auch an Ihrer Menschenbildung, an Ihrem Sinn für das bestimmten Situationen und Schicksalen Angemessene zu arbeiten. Es ist ein Bestandteil ärztlicher Kompetenz, auch zu einer solchen nicht-objektivierbaren („intuitiven“) Persönlichkeits- und Situationsbeurteilung bereit und imstande zu sein.

Die Spannung zwischen Wissenschaftlichkeit und Menschlichkeit in der jeweiligen Behandlungssituation auszubalancieren, erfordert die Kultivierung von Qualitäten, welche mit Ausdrücken wie „Erfahrung“, „Stil“, „Taktgefühl“, „Gespür für Situationen“, „Menschenkenntnis“, „moralisches Gefühl“ angesprochen werden. Diese Qualitäten sind auch gefordert, sobald es zu manifesten ethischen Problemlagen kommt, sobald Ärzte z. B. mit dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch, medizinisch assistiertem Suizid oder Sterbehilfe konfrontiert werden. Das Entscheiden und Handeln in solchen Situationen ist in hohem Maße an die ärztliche Urteilskraft verwiesen, die nicht gemäß dem dualistischen Schema von reiner Theorie und Anwendung zu verstehen ist.

Patientenwohl (salus aegroti)

Die Forderung, dass der Arzt zum Wohl des Patienten und im rechtverstandenen Interesse des Patienten handeln müsse, ist so alt wie die Medizin selbst. In der Antike wurde diese Forderung freilich nicht in bezug gesetzt zu der Idee einer vom Patienten selbst bestimmten Lebensqualität. Das gilt etwa für die Hippokratische Medizin, die vom heutigen Standpunkt als paternalistisch erscheint. Aus der Frühzeit der Hippokratischen Medizin ist uns eines der ältesten Dokumente überliefert, welches die ärztliche Standesethik nach einigen entscheidenden Punkten formuliert: der sogenannte Hippokratische Eid, der mehr als 2000 Jahre alt ist. Der Arzt Hippokrates lebte von 460-375 v. Chr. Es gilt jedoch als unsicher, ob er tatsächlich der Autor dieses Dokumentes ist. Es gibt verschiedene Hypothesen zur genauen historischen Herkunft, auf die wir hier aber nicht einzugehen brauchen. Ich gebe Ihnen einen

Auszug aus dem Hippokratischen Eid, nämlich jene Stellen, die sich mit den ärztlichen Pflichten gegenüber den Patienten befassen:

„[...] Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinen Fähigkeiten und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.

Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben.

Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

[...] In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren. [...]“²⁹

Von „Paternalismus“ spricht man in bezug auf diesen Eid, weil die Perspektive des Patienten, sein Interesse an Selbstbestimmung, völlig fehlt. Das Dokument zielt vielmehr darauf, die Pflichten des Arztes festzuschreiben, an seine Gesinnung und Integrität zu appellieren und auf diesem Weg ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen. Auch wenn die paternalistische Orientierung heute generell kritisch beurteilt wird, steht der Hippokratische Eid doch immer noch in hohem Ansehen, weil er einige Prinzipien des ärztlichen Handelns festlegt, die als zeitlos gültig anerkannt werden, nämlich

- Verpflichtung auf das Wohl des Patienten (Benefizienz; Fürsorge)
- Schadensvermeidung (Non-Malefizenz: primum nil nocere („vor allem nicht schaden“))
- Verschwiegenheit
- Wahrhaftigkeit

Diese Prinzipien sind auch heute in Kraft. Auffallend am Hippokratischen Eid – und heute vielleicht zu Unrecht in Vergessenheit geraten – ist, dass das ärztliche Ethos hier über die Berufsausübung hinaus für das Leben des Arztes insgesamt reklamiert wird. Für das gegen-

²⁹ Zit. nach: Urban Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin. Ein Reader. Stuttgart 2000, 26f.

wärtige Selbstverständnis des Arztberufes hat man insbesondere folgende Prinzipien hinzugefügt:

- Autonomie (Respekt vor der Selbstbestimmung der Patientin)

Gerechtigkeit (Gleichbehandlung aller Patienten; faire Ressourcenverteilung)

UE 4

theoretische Einführung:

- 1) Zwei grundlegende ethische Positionen: Deontologie und Utilitarismus
- 2) Prinzipienorientierte Ethik vs. Kasuistik; Prinzipien, Normen, situative Urteile; moralische Abwägung; Principlism

Wir hatten im Zusammenhang unserer Analyse der Struktur von Handlungen (speziell: von moralischen Handlungen) als wesentliche Momente unterschieden: Handlungsträger; Absicht und Zielsetzung; Wertbezug; Handlungsfolgen. Das Faktum, dass es eine Vielzahl verschiedener ethischer Theorien gibt, lässt sich z. T. damit erklären, dass einzelne Momente der Handlung isoliert und zum Erklärungsprinzip erhoben, d. h. im Hinblick auf die Begründung unseres Handelns als (einzig) bestimmend geltend gemacht werden. Von „Begründung“ zu sprechen, setzt voraus, dass wir uns imstande sehen, solche Fragen wie „was soll ich tun?“ oder „was heißt es, moralisch gut zu handeln?“, in einer nicht-beliebigen, rational nachvollziehbaren Weise zu beantworten. Je nachdem, was als begründende Instanz herangezogen wird, können wir folgende ethische Grundpositionen unterscheiden:

1. deontologische Ethik
2. utilitaristische Ethik (Konsequentialismus)
3. Tugendethik
4. Diskursethik
5. Vertragstheorien
6. Emotivismus

Eine kurze Charakteristik dieser Theorien führt zu folgender Gegenüberstellung:

Ethische Grundpositionen	zentraler Begriff	Ansatzpunkt der Analyse
1. deontologische Ethik	Pflicht	Handlungsgrund (Prinzip des Handelns)
2. utilitaristische Ethik	Nutzen	Handlungserfolg (Handlungsfolgen)

3. Tugendethik	Tugend	handelnde Person; Wertbezug
4. Diskursethik	Diskurs	Bedingungen vernünftiger Kommunikation
5. Vertragstheorien	Vertrag	Bedingungen gesellschaftlicher Kooperation

Wir werden uns im Folgenden auf die beiden erstgenannten Positionen beschränken: deontologische Ethik und utilitaristische Ethik. Im Hinblick auf die Diskussionen in der Medizinethik ist diese Beschränkung nahe liegend. Denn diese Diskussion wurde über einen langen Zeitraum und in wesentlichen Teilen von der Auseinandersetzung zwischen den konkurrierenden Theorien des Utilitarismus und der Deontologie bestimmt. (Eine Alternative zu diesen Theorien, die im Bereich der Medizinethik entwickelt wurde, wird uns in Kürze beschäftigen: der principlism.) Bevor wir uns mit den genannten Konzeptionen befassen, sollten wir einige Klärungen vornehmen, die z. T. Begriffe betreffen, z. T. die Sache, um die es in ethischen Theorien geht.

Um die verschiedenen ethischen Theorien in einem ersten Zugriff ordnen und charakterisieren zu können, ist es nützlich, von folgender Unterscheidung auszugehen:

- deskriptive Ethik
- normative Ethik
- Metaethik

Die deskriptive Ethik, die wir auch als „beschreibende Moralforschung“ bezeichnen können, erhebt

- die empirisch vorfindlichen Normen- und Wertsysteme;
- die Faktoren (z. B. biologische, soziologische, ökonomische, klimatische, geographische, religiöse), die die Entwicklung der Moral einer Gemeinschaft beeinflussen (z. B. Moralsoziologie, Moralhistorie, Moralethnologie);
- Struktur und Inhalt (z. B. Geltungsansprüche) verschiedener Moralen;
- die sozialen Funktionen von Moralen

Im Zusammenhang einer Beschreibung faktisch vorliegender Moralen kommen wir auch dahin, die Unverträglichkeit verschiedener Moralsysteme festzustellen. Am deutlichsten wird

das, wenn wir uns religiös fundierte Moralen als Beispiel vor Augen halten. Ein wesentlicher Teil der Probleme, die im Zusammenhang kultureller Integration auftreten, beruht auf diesbezüglichen Unverträglichkeiten. Moslems sind an eine andere Lebensführung gebunden wie die, die eine christliche oder jüdische Religion vertreten. Religionen haben immer auch moralische Implikationen. Umgekehrt gilt das nicht: nicht jede Moral ist religiös fundiert. Die Grundtendenz in der modernen, säkularisierten Gesellschaft ist, dass die Verbindung von Religion und Moral sich lockert bzw. löst. Allerdings gibt es auch Gegentendenzen, wie die Erscheinungen des religiösen Fundamentalismus belegen. Wir können annehmen, dass es zu jedem zukünftigen Zeitpunkt heterogene und nicht miteinander verträgliche Moralen geben wird. Eine elementare Verschiedenheit und Fremdheit zeigt sich bereits darin, was im jeweiligen Kulturkreis überhaupt als eine Frage der Moral gilt. Denken wir etwa an Bekleidungsordnungen wie sie sich in manchen traditionellen, religiös fundierten Moralen finden, z. B. Verschleierung oder Kopfbedeckungen. Was in unserer Kultur nur eine Frage der Konvention und des guten oder schlechten ästhetischen Geschmacks ist – nämlich: wie Männer und Frauen sich in der Öffentlichkeit kleiden – ist anderswo eine moralisch empfindliche und moralisch geregelte Angelegenheit.

Wenn wir uns die Frage stellen, was der moralisch richtige Umgang mit fremden Moralen ist – das ist in einer multikulturellen Gesellschaft eine tägliche Aufgabe –, dann haben wir den Zuständigkeitsbereich der deskriptiven Ethik schon überschritten und befinden uns im Bereich der normativen Ethik. Denn die Frage meint ja eigentlich: wie *sollen* wir mit fremden Moralen umgehen? Deskriptive Ethik beantwortet aber keine Sollensfragen. Sie stellt lediglich fest, welche Antworten auf Sollensfragen in einer bestimmten Zeit von einer bestimmten Sozietät de facto gegeben werden. Während sich die deskriptive Ethik, allein dafür interessiert, dass bestimmte Moralen an bestimmten Orten zu bestimmten Zeiten vertreten oder „gelebt“ werden, versucht die normative Ethik bestimmte Moralen als gültig zu erweisen.

Eine normative Ethik sucht nach

- Kriterien eines für alle guten Lebens
- einem allgemeingültigen Prinzip der Sittlichkeit (des moralisch guten Handelns)

Die Grundfrage der normativen Ethik können wir wie folgt formulieren:

„Welches sind die grundlegenden Prinzipien, Kriterien oder Maßstäbe, mit deren Hilfe wir entscheiden können, was uns moralisch geboten, was moralisch richtig oder falsch ist und was unsere moralischen Rechte sind?“³⁰

Deontologie und Utilitarismus sind normative Ethiken, die in ihrer klassischen Gestalt im 18. und 19. Jahrhundert formuliert und seither weiter entwickelt wurden. Tugendethiken interessieren sich für Tugenden (Charakterdispositionen) und Gesinnungen bzw. für deren Träger, die sittliche Person, die ihnen als die eigentlichen moralischen Phänomene gelten. Eine normative Ethik, wie sie von Utilitarismus und Deontologie vertreten wird, geht davon aus, dass eine rationale Ethikbegründung durchführbar ist, d. h. dass die Frage, „was soll ich tun?“, „wie soll ich handeln?“ beantwortet werden kann, indem *ein* Aspekt der Handlungsstruktur als zentral herausgestellt wird, von dem angenommen wird, dass er als Prinzip einer moralischen Bewertung der Handlung dienen kann. Tugendethiken werden zwar gewöhnlich den normativen Ethiken zugerechnet, insofern sie nach Prinzipien der Sittlichkeit fragen, sie weichen jedoch von deren Standardauffassung ab, indem sie die Reichweite der Frage „was soll ich tun?“ als zu beschränkt betrachten, um als Grundfrage der Ethik firmieren zu können. Das Personsein, die Tugenden und die Wertorientierung tugendhafter Personen, die hier als Leitgesichtspunkte dienen, werden nicht allein im Hinblick auf Handlungen betrachtet. Tugendethiken sind, anders als Deontologie und Utilitarismus, nicht als Handlungsethiken zu verstehen.

Der Emotivismus, den wir als eine weitere ethische Grundposition nennen können, stellt, im Unterschied zur normativen Ethik, ein metaethisches Konzept dar, das, wie alle metaethischen Zugänge erst im 20. Jahrhundert entwickelt wurde. Metaethiken sind nicht auf das moralische Handeln, sondern auf die Art des Sprechens über moralische Handlungen gerichtet. Metaethiken analysieren die Sprache und die Logik moralischer Handlungen.

Ethische Grundpositionen	zentraler Begriff	Ansatzpunkt der Analyse
6. Emotivismus	Emotion/ affektive Haltung/ Einstellung u. dgl.	Werturteile (normative Aussagen)

³⁰ William K. Frankena, Analytische Ethik. Eine Einführung. München ⁵1994, 77.

Nach diesem kurzen Überblick über verschiedene Ansätze und Einteilungsweisen ethischer Theorie wollen wir uns nun den zwei klassischen Grundpositionen einer normativen Ethik zuwenden.

(1) Deontologische Ethik

Die Bezeichnung „deontologisch“ leitet sich her vom Griechischen „to deon“, was Pflicht bedeutet. Hauptvertreter einer deontologischen Ethik ist Immanuel Kant (1724-1804). Was ist, in groben Zügen, Kants Gedankengang im Hinblick auf die Begründung einer Moralphilosophie? Er geht von unserer sittlichen Erfahrung aus. Seine erste Frage ist: Gibt es irgendetwas auf der Welt, das wir in einem uneingeschränkten, absoluten Sinn „gut“ nennen können? Wenn wir uns Beispiele dessen vor Augen führen, was wir im täglichen Umgang „gut“ nennen, sehen wir bald, dass es sich dabei tatsächlich um eine Schlüsselfrage der Ethik handelt. (Diese Frage interessiert, nebenbei gesagt, auch die Metaethik: die Analyse der verschiedenen Verwendungsweisen des Ausdrucks „gut“.) Das Erste, was wir entdecken ist, dass es außermoralische und moralische Verwendungen von „gut“ gibt. Beispiele für außermoralisches Gutsein sind etwa: eine gute Uhr, ein gutes Essen, ein guter Marathonläufer. In diesen Verwendungen geht es darum, dass ein Ding bestimmte Funktionen aufweist bzw. bestimmte Zwecke erfüllt, welche zu seinem Ding-sein gehören (Uhr) oder darum, dass eine Sache bestimmten sinnlichen Bedürfnissen gerecht wird (Essen) oder darum, dass unter definierten Rahmenbedingungen bestimmte Leistungen erbracht werden und die diese Leistungen ermöglichenden Fähigkeiten vorliegen (Marathonläufer). Was sind dem gegenüber Anwendungssituationen eines moralischen Gebrauchs des Ausdrucks „gut“? Häufig sagen wir solche Sätze wie: „er ist ein guter Mensch“, „er hat mir Gutes getan, als ich in Not war“, „diese zwei führen eine gute Ehe“. Sind solchen Äußerungen Arten des Gutseins zu entnehmen, auf denen wir eine Ethik aufbauen könnten? Mit Kant müssen wir sagen: nein. Was ist der Grund dafür, dass die üblichen moralischen Verwendungen von „gut“ nicht geeignet sind, sie zum Ausgangspunkt einer ethischen Theorie zu nehmen? Ein Grund dafür ist, dass in diesen Redeweisen das Gemeinte von Situation zu Situation und von Sprechendem zu Sprechendem variiert. Was genau eine gute Ehe ist, ist für mich vielleicht etwas anderes als für dich und es ist mit größter Wahrscheinlichkeit für mich etwas anderes als für einen sizilianischen Bauern und etwas anderes als es das für Aristoteles gewesen ist, der vor mehr als 2000 Jahren gestorben ist. Das andere Problem ist, dass wir uns zwar alles Mögliche als Zweck vorsetzen können und diesen Zweck „moralisch gut“ nennen können – z. B. einen

wöchentlichen Besuch bei einem vereinsamten alten Menschen oder den Kampf gegen Drogenhändlerringe –, dass es aber, wenn wir uns solche konkreten (materialen) Zwecke setzen, nicht zu erwarten ist, dass es, über die Zeiten und Kulturen hinweg und zwischen den einzelnen Menschen, jemals Einigkeit darüber geben könnte, was denn nun gut sei. Solange wir uns also bestimmte materiale Zwecke setzen (und seien diese aus unserer Perspektive noch so verdienstlich), und diese zur Grundlage einer Ethik machen, kommen wir nie dahin, die Zustimmung aller Anderen mit Recht fordern zu können. Denn die Setzung materialer Zwecke hängt von vielfältigen zufälligen (kontingenten) Umständen ab, z. B. von Erziehung, Milieu, Zeitgeist und Moden, subjektiven Vorlieben. Was sollen wir also tun, wenn wir das Projekt einer Ethik, wie Kant das fordert, an die Idee der Allgemeingültigkeit – an den berechtigten Anspruch auf Zustimmung aller Anderen zu unseren moralischen Urteilen – binden? Gibt es irgendein Gutes, das Aussicht hat, diesem Anspruch Genüge zu tun?

Es ist überall nichts in der Welt, ja überhaupt auch außer derselben zu denken möglich, was ohne Einschränkung für gut gehalten werden, als allein ein guter Wille.

Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (1785), BA 1

Wie gelangt Kant zu dieser Behauptung? Die Ethik hat es nicht mit dem Erkennen, sondern mit dem Wollen der Menschen zu tun, genauer: mit der Fähigkeit des Menschen, nach selbstgewählten Zwecksetzungen zu handeln, also etwas wirklich machen zu wollen. Nur ein solcher Wille ist ein guter Wille, der seiner Form nach verallgemeinerungsfähig ist. Verallgemeinerungsfähig kann unser Wille aber nur insofern sein, als wir allein die Form des Wollens in Betracht ziehen. Was immer wir als verschiedene materiale Zwecke verwirklichen wollen und wie immer in der Wahl dieser Zwecke unsere Individualität zum Vorschein kommen mag, müssen wir doch darin übereinstimmen, dass unser Wollen, sofern wir dieses bloß seiner Form nach betrachten, sich nicht selbst widersprechen darf. Ein Wille, der bloß seiner Form nach betrachtet wird, heißt „reiner Wille“. Gut ist allein ein reiner Wille. Gut sind allein Handlungen, die aus reinem Willen erfolgen. Diesen Gedanken entfaltet Kant in den verschiedenen Versionen seines Kategorischen Imperativs.

Ein Imperativ ist ein Satz, der etwas befiehlt: der fordert, dass etwas Bestimmtes geschehen soll. *Hypothetisch* gilt dieser Befehl, wenn sein Inkrafttreten an das Vorliegen bestimmter Umstände gebunden ist. z. B. „Handle immer so, dass du körperlich nicht zu Schaden kommst und möglichst keinerlei Risiko für deine Gesundheit eingehst.“ Dieser Imperativ gilt nur unter

der Bedingung, dass ich körperliche Unversehrtheit und Gesundheit als höchsten Wert anerkenne. Wenn ich z. B. an einem Strand stehe und höre, wie ein Mann, der zu Ertrinken droht, um Hilfe schreit, werde ich mich umdrehen und weggehen oder vielleicht nach einem Rettungsschwimmer Ausschau halten, wenn ich gemäß diesem Imperativ handle. Ich werde nicht selbst ins Wasser springen und versuchen, den Mann zu retten. Denn damit riskiere ich, körperlichen Schaden zu nehmen (vor allem wenn ich keine trainierte Rettungsschwimmerin bin). Ein *kategorischer* Imperativ (im Unterschied zu einem hypothetischen) gilt dagegen uneingeschränkt und unbedingt. Er gebietet, dass gemäß dem Inhalt des Imperativs zu handeln ist, unangesehen der jeweiligen Zwecksetzungen und Handlungsumstände. Ein kategorischer Imperativ kann sich nach Kant jedoch nur auf die Form des Wollens, nicht auf irgendeinen Wollensinhalt beziehen. Denn die Wollensinhalte, die materialen Zwecke, sind das, was die Menschen voneinander trennt. Die Form des Wollens, nämlich die in ihr zum Ausdruck kommende Vernunft ist das, was alle Menschen eint.

Kant hat den Kategorischen Imperativ in verschiedener Weise formuliert. Sehen wir uns zwei dieser Formulierungen an:

Kategorischer Imperativ (1. Fassung)

„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“

Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 52

Eine Handlung ist dann und nur dann moralisch richtig, wenn man ohne Widerspruch wollen kann, dass die betreffende Maxime oder Regel unter ähnlichen Umständen von jedem befolgt wird. Stellen Sie sich vor, Sie leihen sich von einem Freund eine größere Geldsumme und geben ihm das Versprechen, dass Sie ihm das Geld innerhalb einer gewissen Frist zurückgeben werden. Insgeheim haben Sie aber nicht vor, das Geld jemals zurückzugeben und verlassen sich darauf, dass ihr Freund ein gutmütiger Mensch ist, der das hinnehmen wird. Die Maxime, die Sie verfolgen, könnten wir wie folgt formulieren: „Handle so, dass du Versprechen nur dann hältst, wenn unangenehme Konsequenzen bei seiner Nichteinhaltung drohen.“ Entspricht eine solche Maxime dem Kategorischen Imperativ? Nein. Denn wir können nicht wollen, dass diese Maxime zum allgemeinen Gesetz würde. In diesem Fall sähe sich nämlich überhaupt niemand mehr verpflichtet, seine Versprechen zu halten (außer im Fall

rechtsgültiger Verträge, deren Nichteinhaltung sanktioniert wird). Wenn aber niemand Versprechen hält, Versprechen aber gerade darin bestehen, die Intention zu haben, das Versprochene zu erfüllen, dann würde das, was wir in unserem sozialen Zusammenleben „Versprechen“ nennen, aufgehoben. Es gäbe eine Handlung dieser Art gar nicht mehr.

Kategorischer Imperativ (3. Fassung)

„Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.“

Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 67

Die Verallgemeinerungsfähigkeit einer Maxime (im Sinne der vernünftigen Form des Wollens) ist das, was Kant als Prinzip einer sittlich guten Handlung vorschlägt. Der kategorische Imperativ ist das Sittengesetz, das sich ein vernünftiges Wesen selbst geben muss. Nur weil es sich um ein selbstgegebenes Sittengesetz handelt, um eine aus eigener Vernunft Einsicht erfolgende Selbstbestimmung des Handelns, steht die Unterwerfung meines sittlichen Willens unter das Sittengesetz nicht im Widerspruch zu meiner Autonomie als sittlicher Person. Eben darin, dass ich es mir zur Pflicht mache, dem Sittengesetz gemäß zu handeln, kommt meine Autonomie zum Ausdruck.

Pflicht ist die Notwendigkeit einer Handlung aus Achtung fürs Gesetz.

Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, BA 14

Achtung für das Sittengesetz ist Selbstachtung der sittlichen Person.

(2) Utilitaristische Ethik

Utilitaristische Ethiken sind sämtlich teleologische Ethiken, also Ethiken, die vom Zweck oder Ziel her denken (grch. *telos*, Zweck). Relevant ist hier, ob eine Handlung, Regel usw. einem festgesetzten Ziel oder Zweck förderlich ist oder nicht. Was ist hier unter Zweck oder Ziel zu verstehen? Es sind die Folgen, welche ein bestimmtes Handeln zeitigt. Ein anderes Wort für „Folgen“ ist „Konsequenzen“. Deshalb werden utilitaristische Ethiken auch als konsequentialistische Ethiken bezeichnet. Utilitaristische Ethiken beruhen – wie der Name

sagt – darauf, die Utilität (Nützlichkeit) einer Handlung zum Ansatzpunkt der ethischen Analyse zu machen. Der Nutzen einer Handlung liegt in den äußeren Folgen, die die Handlung hervorbringt – oder, wenn wir der Bezeichnung „teleologische Ethik“ folgen: in dem telos, dem Zweck, der mit der Handlung erreicht wird. Das moralische Gutsein einer Handlung wird daran gemessen, ob und in welchem Ausmaß sie gute Folgen zeitigt, einem guten Zweck dient. Halten wir fürs Erste diese grundsätzliche Behauptung teleologischer Ethiken fest:

Das grundlegende Kriterium dafür, was moralisch richtig, falsch, verpflichtend usw. ist, ist der äußere (Kant: außermoralische) Zweck (Wert), der durch die Handlung bzw. die Handlungsintention realisiert wird.

Nach dem, was wir soeben mit Bezug auf die Kantische Moralphilosophie gehört haben, ist das ein fragwürdiger Ansatz ethischer Theorie. Denn wie sollen wir jemals dahin kommen, in einem allgemeingültigen Sinn darüber zu befinden, was gute Handlungsfolgen oder ein guter Handlungszweck sind? Von Kant her müssen wir also sagen, dass Utilitaristen bereits im Ansatz ihres Denkens die Moralität einer Handlung verfehlen, indem sie sie von außermoralischen, weil nur äußeren Bedingungen des Handelns abhängig machen. Im Weiteren ignorieren wir dieses Bedenken und versuchen, den utilitaristischen Ansatz in seinen Grundzügen so darzustellen, wie seine Verteidiger ihn verstanden haben. Der Utilitarismus hat sich, wie alle klassischen Positionen der Ethik, in verschiedenen historischen Problemansätzen und Varianten entwickelt. Zu den wichtigsten Autoren gehören: Jeremy Bentham (1748-1832, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, 1789), John Stuart Mill (1806-1873, *Utilitarianism*, 1863), Henry Sidgwick (1838-1900, *Methods of Ethics*, 1904). Wir beschränken uns darauf, den Utilitarismus in seiner klassischen Form bloß nach seinem Grundgedanken darzustellen und die zwei Grundformen des Utilitarismus zu nennen.

Woran sollen wir das Gutsein von Handlungsfolgen messen? Darauf werden in der Geschichte der utilitaristischen Ethik verschiedene (und im einzelnen recht komplizierte) Antworten gegeben. Benthams Antwort z. B. lautet: Gut sind Handlungen, sofern ihre Folgen das größtmögliche Glück für die größtmögliche Zahl von Menschen sicherstellen. In seiner klassischen Form ist der Utilitarismus eine Maximierungsethik auf hedonistischer Wertbasis, in der der Gedanke einer Nutzensummen-Berechnung, d. h. einen Glückskalküls eine entscheidende Rolle spielt. (Der Ausdruck „hedonistisch“ leitet sich vom griechischen hedoné, Lust, Glück, ab.) Moralisch richtige Handlungen sind für Utilitaristen solche, die den

über die Summe der Differenz von Freud und Leid definierten Nutzen befördern, nämlich diesen Nutzen maximieren. Moralisch richtig ist, was das außermoralische Gute befördert. Weil die Erfüllung einer Präferenz oder ein lustgetönter Bewusstseinszustand etwas in sich Gutes ist (außermoralisch), soll möglichst viel davon realisiert werden. Im klassischen Utilitarismus, bei J. Bentham, erfolgt die Begründung des Utilitätsprinzips anthropologisch, nämlich mit der These: Alle Menschen streben nach Lust bzw. nach der Vermeidung von Leid.

„Nature has placed mankind under the governance of two sovereign masters, pain and pleasure. It is for them alone to point out what we ought to do, as well as to determine what we shall do. On the one hand the standard of right and wrong, on the other the chain of causes and effects, are fastened to their throne. [...] The principle of utility recognizes this subjection.“ (J. Bentham, *The Principles of Morals and Legislation* (1781). Buffalo 1988, 1f)

Die Entwicklung des Utilitarismus und die Bildung verschiedener Varianten des Utilitarismus erfolgte vornehmlich mit Bezug auf folgende Probleme: Auf welche Weise kann „Glück“ bzw. „allgemeines Wohl“ bestimmt und einer objektiven Messung zugeführt werden? Wie genau könnte eine Nutzenkalkulation aussehen? Welcher Verfahren kann man sich dabei bedienen?

Der Utilitarismus wird in zwei Grundformen vertreten, wobei wir sagen können, dass gegenwärtige Utilitaristen beinahe ausschließlich die zweite unten genannte Form verteidigen. Diese zwei Typen des Utilitarismus unterscheiden sich darin, ob das Utilitätsprinzip auf die konkrete Handlung bezogen wird oder auf die Regel, nach der die Handlung vollzogen wird:

a) Handlungsutilitarismus

Moralisch richtig ist eine konkrete Handlung, die in der jeweiligen Situation das größtmögliche allgemeine Wohl sicherstellt.

Welche guten und schlechten Folgen hat diese Handlung in dieser Situation?

b) Regelutilitarismus

Moralisch richtig ist eine Handlung, die nach Maßgabe einer Regel gefällt wird, welche das größtmögliche allgemeine Wohl sicherstellt.

Welche guten und schlechten Folgen hat, allgemein betrachtet, eine Handlung dieser Art in einer Situation dieser Art?

Wir können die Gegenüberstellung von deontologischer und utilitaristischer Ethik auch unter folgenden zwei Bezeichnungen vornehmen:

Eine Gesinnungsethik fordert, (ausschließlich) den als richtig erkannten Geboten bzw. den als verbindlich erachteten Pflichten nachzukommen, d. h. die Erfüllung von Geboten bzw. Pflichten (unter allen Umständen) als vorrangig zu betrachten gegenüber der Berücksichtigung von Handlungsfolgen.

Eine Verantwortungsethik fordert, sein Handeln (ausschließlich) danach auszurichten, welche voraussehbaren Folgen und nicht-intendierten Nebenwirkungen die fragliche Handlung haben wird.

Treten wir nun wieder einen Schritt zurück und fassen wir nicht spezielle Begründungsansätze in den Blick, sondern die allgemeine Aufgabenstellung und Problematik einer Ethik. Was soll eine Ethik (in der Medizin) leisten? Sie soll uns dabei unterstützen

- moralische Situationen/Konflikte als solche zu erkennen
- moralische Situationen/Konflikte zu benennen und zu analysieren
- moralische Handlungen/normative Aussagen zu begründen.

„Begründung“ meint: ein bestimmtes Urteil als objektiv richtig, d. h. als intersubjektiv nachvollziehbar und zustimmungsfähig ausweisen. Dass mit Bezug auf unser Handeln Begründungsbedarf besteht, gründet, wie wir wissen (vgl. UE 3) darin, dass jede Situation auf alternative Zielsetzungen hin offen ist. Der positive Bestand einer Handlung schließt gewissermaßen etwas Negatives ein: dass andere mögliche Handlungen jetzt nicht vollzogen werden – und damit eventuell auch zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr vollzogen werden können.³¹

³¹ Der letztere Gesichtspunkt steht bei so genannten „Lebensentscheidungen“ im Vordergrund (z. B. ob ich diese oder eine andere Frau heiraten, ein ungeborenes Kind annehmen oder abtreiben, nach New York gehen oder hier bleiben soll), gilt in gewissem Sinn aber für alle menschlichen Handlungen. Denn wir können annehmen, dass dieselbe Handlung, sofern sie zu einem späteren Zeitpunkt vollzogen wird, für den Handelnden und Andere, die von ihr betroffen sind, nicht mehr dieselbe Bedeutung hat bzw. auch nicht dieselben Folgehand-

Wenn wir uns fragen, auf welche Weise wir zwischen Alternativen wählen können, stehen im Grunde zwei Wege offen: entweder wir entscheiden willkürlich, d. h. nach keiner erkennbaren Regel, die wir in verschiedenen Situationen beizubehalten versuchen, oder wir legen unserer Entscheidung eine Regel (Maxime) zu Grunde. Dieser Unterschied ist natürlich bedeutsam im Hinblick auf die Begründung unseres Handelns – und damit auch im Hinblick auf die moralische Qualifikation der Handlung. Angenommen, jemand fragt mich in einer bestimmten Situation: „warum hast du deinen Freund im Stich gelassen gerade als er dich am dringendsten gebraucht hat?“ und ich antworte, „ich hätte ebenso gut anders handeln können – so oder so, das spielt doch keine Rolle“. Was bedeutet das? Es bedeutet, dass die Anderen mein Handeln als unbegründet, im vorliegenden Fall vermutlich sogar als unverständlich oder zynisch betrachten werden. Als unverständlich wird mein Handeln gelten, wenn die Anderen die Motive, aus denen es erwachsen ist, nicht kennen bzw. die Motive, die sie als handlungswirksam vermuten, als der betreffenden Situation völlig unangemessen verstehen. Nicht auf Regeln gestützt, sondern willkürlich zu handeln, bezeichnet man als „Dezisionismus“. Dezisionistisch entscheidet, wer ohne angebbare Regel, ohne Grund entscheidet, vielmehr seinen spontanen Einfällen und seiner momentanen subjektiven Verfassung folgt. Von einem rechtfertigenden Grund erwarten wir dagegen, dass er nicht nur für mich gilt.

Im Hinblick auf die Frage der Begründung können wir die Ansprüche einer philosophischen Ethik folgendermaßen zusammenfassen:

- Ethik gibt keine praktischen Anweisungen, wie wir uns in bestimmten Situationen verhalten sollen, sondern sucht nach allgemeinen Prinzipien des Handelns. (Ethik ist eine Theorie, nicht eine Praxis oder eine Anwendungslehre.)
- Eine Ethik sollte, im Hinblick auf die Realität des Sittlichen, zwei Dimensionen des Praktischen unterscheiden. Diese betreffen a) den Selbstbezug der sittlichen Person; b) die Anwendung sittlicher Prinzipien. Gemäß a) ist eine Ethik immer auch Aufruf zur Persönlichkeitsbildung. Gemäß b) unterliegt Ethik der Anforderung, Theorie und Praxis zu vermitteln.

lungen und nicht-intendierten Effekte nach sich ziehen wird. Das Gewicht moralischer Fragen liegt so am Ende in der Unwiederholbarkeit nicht nur unseres individuellen Lebens, sondern in der Unwiederholbarkeit jeder Situation, sofern wir diese als eine Gesamtkonstellation von Personen, Dispositionen, äußeren Handlungsumständen usw. betrachten.

- Ethik ist nicht eine Dogmatik, die bestimmte Lehrsätze (Handlungsdirektiven) als verbindlich vorgibt, sondern Kritik von Sollansprüchen. (Ethik ist nicht auf bestimmte Inhalte fixiert, sondern Reflexion der Form, in der diese Inhalte vertreten werden.)
- Ein (begründungsfähiges) moralisches Handeln setzt voraus, dass der Handelnde unterscheiden kann zwischen seinem Eigeninteresse und dem Interesse Anderer bzw. dem Interesse der Allgemeinheit. (Ethik ist an die Idee der Objektivität gebunden, nicht ein Rechtfertigungsunternehmen für subjektiv-willkürliche Präferenzen.)

Wenn in ethischen Theorien von „Begründung“ die Rede ist, so ist die Unterscheidung von Tatsachenaussagen (deskriptiven Aussagen) und normativen Aussagen vorausgesetzt.

Tatsachenaussagen (deskriptive Sätze) bringen zum Ausdruck, wie die Wirklichkeit nach einem bestimmten Ausschnitt beschaffen ist (z. B. das Herz-Kreislauf-System von Frau X). Eine Tatsachenaussage ist etwa: „Der Tod von Frau X ist am 14. Februar 2006 um 17.24 (MEZ) eingetreten.“

Normative Aussagen (präskriptive Sätze) bringen zum Ausdruck, wie die Wirklichkeit nach einem bestimmten Ausschnitt beschaffen sein sollte (z. B. mit Bezug auf mein Verhalten Frau X gegenüber, die in ihrem Wohlbefinden von meiner Zuwendung und Pflege abhängig ist). Eine normative Aussage ist etwa: „Du sollst jenen helfen, die deiner Hilfe bedürfen.“

Normen sind Verhaltensvorschriften, die in präskriptiven Sätzen zum Ausdruck gebracht werden. So bringen etwa die Sätze „du sollst nicht ehebrechen“ und „du sollst die Wahrheit sagen“ Normen zum Ausdruck, die auf entsprechende Werte verweisen (Treue, Wahrhaftigkeit). Präskriptive Sätze sind Sätze, die ein bestimmtes Verhalten gebieten oder verbieten, die ein Verhalten als sein sollend oder nicht sein sollend setzen. Deskriptive Sätze stellen Tatsachen fest. Moralische Urteile sind stets präskriptiv. Moralische Urteile nehmen Bezug auf anerkannte Normen. Sie sind darüber hinaus anerkennende oder verwerfende Stellungnahmen im Hinblick auf die in den fraglichen sittlichen Phänomen involvierten Werte (bzw. Werthaltungen). Was heißt das? Moralische Urteile beurteilen das Verhalten einer Person als richtig oder falsch und unterstellen dabei, dass das richtige bzw. falsche Verhalten in der (Nicht-)Anerkennung bestimmter Werte gründet. Nehmen wir an, Herr Maier hat seine Frau in einer wichtigen Angelegenheit belogen. Wenn wir sein Verhalten als falsch (sittlich böse) verurteilen, dann nehmen wir an, dass Herrn Maiers Fehlverhalten darauf zurückgeht,

dass der Wert der Wahrhaftigkeit entweder in dem von ihm anerkannten Wertsystem nicht vorkommt oder dass er niedriger ist als ein anderer Wert, den er mit Hilfe seines lügenhaften Verhaltens zu realisieren suchte (z. B. der Wert des sinnlichen Genusses).

Ein so genannter naturalistischer Fehlschluss liegt vor, wenn von einem Sein (das von einer Tatsachenaussage festgestellt wird) auf ein Sollen (das Inhalt einer normativen Aussage ist) geschlossen wird. Aus Tatsachenurteilen lassen sich keine Normen ableiten.

Dass z. B. immer wieder Fälle von aktiver Sterbehilfe in Pflegeheimen und Krankenhäusern vorkommen, dass solche Tötungshandlungen tatsächlich passieren, heißt nicht, dass es moralisch richtig ist, andere Menschen (auf ihr Verlangen hin oder ohne ihr Verlangen) zu töten. Aus dem Umstand, dass Herr Maier ein notorischer Lügner ist, können wir nicht schließen, dass es moralisch gut und insofern geboten ist zu lügen.

Normen sind Richtlinien, die ein Handeln unter Bezugnahme auf bestimmte Werte entweder (als sein sollend) gebieten oder (als nicht sein sollend) verbieten. Anerkennung eines Wertes heißt, die entsprechenden Normen für gültig zu halten. Die Anerkennung einer Norm bzw. hierarchischen Ordnung von Normen (und damit indirekt eines Wertes bzw. einer Werthierarchie) kann vom Standpunkt einer handelnden Person formuliert werden. Z. B. „Ich will immer so handeln, dass ich, wenn ich zwischen Wahrheitsliebe und Wertschätzung der Freundschaft entscheiden muss, letztere vorziehe.“ In diesem Fall sprechen wir von einer „Maxime“.

Eine Maxime ist eine Leitlinie (Regel) des Handelns, zu deren Befolgung sich ein Handelnder entschließt. (= subjektiver Vorsatz zur Gestaltung des eigenen sittlichen Lebens)

Unter einem „moralischen Prinzip“ (lat. principium, Anfang, Ursprung, Grund) verstehen wir dagegen eine verallgemeinerungsfähige Handlungsmaxime (= allgemeingültige Regel; Grundsatz; Gesetzmäßigkeit oder Idee, die einer Sache zugrunde liegt)

Prinzip, Regel (Maxime) und moralisches Einzelurteil (normative Aussage) sind auf verschiedenen Ebenen anzusetzen. Normative Aussagen zu begründen, bedeutet, schrittweise vom Konkreten zum Allgemeinen „aufzusteigen“: Eine normative Aussage wird begründet, indem die Regel genannt wird, der das ausgesagte Verhalten folgt. Eine Regel wird begründet, in-

dem das Prinzip genannt wird, das sie auf einen bestimmten Typus von Handlung bzw. Situation anwendet. Die Begründung eines moralischen Prinzips hat eine ethische Theorie zu leisten.

ETHISCHE THEORIE:

Prinzip

Regel (Maxime)

normative Aussage/moralische Handlung

Das Problem der Begründung, das sich für ethische Theorien stellt, betrifft also letztlich die Prinzipien. Lohnt es sich aber überhaupt einen solchen Begründungsanspruch zu stellen? Inwieweit ist denn das Wissen um bzw. der Ausgang von moralischen Prinzipien anwendbar und nützlich in konkreten Handlungssituationen? Wie können wir moralische Urteile situationsgerecht fällen? (Diesbezüglich wird von „kontextsensitiven Urteilen“ oder „situativen Urteilen“ gesprochen.) Trifft es zu, dass der Situationsbezug zwar nicht unsere Prinzipien bestimmt, aber die Art und Weise, wie diese zur Anwendung gelangen können? In der Medizin wird häufig die Meinung vertreten, dass die philosophische Ethik mit Blick auf schwierige praktisch-medizinische Entscheidungen fruchtlos sei, weil sie in Verallgemeinerungen denke, d. h. auf einem hohen Abstraktionsniveau operiere. Dieser Einwand zielt darauf, dass die klassischen ethischen Theorien Prinzipien der moralischen Beurteilung von Handlungen bzw. Handlungsregeln stipulieren, ohne die spezifischen Anforderungen zu berücksichtigen, die in konkreten Handlungssituationen liegen. Auf der Ebene konkreter Handlungen, so argumentieren die Kritiker der philosophischen Ethik, geht es aber gar nicht darum, ein Prinzip als das allein und allgemein gültige auszuweisen, sondern darum, verschiedene Prinzipien, deren Ansetzung verschiedene Betrachtungsgesichtspunkte zu Grunde liegen, je nach individueller Situation zu gewichten und in Ausgleich zu bringen. Allen moralischen Urteilen, die wir in irgendwelchen Anwendungsbereichen fällen, geht eine Abwägung der relativen Sachangemessenheit verschiedener Prinzipien bzw. eine Güter- und Übelabwägung voraus.

Principlism

Inwieweit sind Überlegungen, die auf das Problem der Anwendung von Prinzipien Bezug nehmen, geeignet, die klassischen philosophischen Ethiken einer Revision zu unterwerfen? Philosophische Ethiker sind sich seit jeher durchaus darüber im Klaren gewesen, dass es mit allgemeingültigen Prinzipien nicht getan ist. Es gibt einen Hiatus, eine Kluft zwischen der theoretischen Grundlegung einer Ethik und der Anwendung ihrer Prinzipien in wechselnden Situationen. Auch philosophische Ethiker sind nicht der Auffassung, dass die Anwendung allein von der Theorie getragen werden könnte. Entscheidend ist diesbezüglich die moralische Urteilskraft, die in ihrer Funktion nicht durch theoretische Einsichten ersetzbar ist. 1994 wurde von zwei Medizinhistorikern, von Tom Beauchamp und James Childress ein Ethik-Entwurf (in zu diesem Zeitpunkt vierter Auflage) vorgelegt, der ausdrücklich auf den Anwendungsbereich der Medizin Bezug nimmt und den Anspruch erhebt, mit dieser Einsicht Ernst zu machen: der sogenannte „principlism“.³² Der Ansatz von Beauchamp/Childress ist der Standardansatz einer medizinischen Ethik in den Vereinigten Staaten und wird zunehmend auch im europäischen Kontext rezipiert und einer systematischen Kritik unterzogen.³³ Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass es in der Medizinethik weniger um die Begründung von Prinzipien als um deren Anwendung gehe. Was ist das Eigentümliche dieses Ansatzes, von dem gesagt wurde, dass er dem gegenwärtig in unseren Gesellschaften herrschenden Wertpluralismus besser gerecht würde als die traditionellen ethischen Theorien?

Das Besondere des principlism liegt darin, dass es sich um eine an der moralischen Praxis orientierte Zwischenposition zwischen einer reinen Prinzipienethik und einer reinen Kasuistik handelt. Von einer „Kasuistik“ sprechen wir, wenn überhaupt darauf verzichtet wird, allgemeine Prinzipien der moralischen Beurteilung von Handlungen aufzufinden und statt dessen versucht wird, anhand von Zusammenstellungen vergleichbarer Fälle und Situationen zu einer ethischen Urteilsbildung zu gelangen. Es handelt sich also um eine ausschließliche Orientierung am Konkreten. Speziell für die Medizin bedeutet das z. B. eine Beschreibung und Taxonomie von Krankheitsfällen.

Eine („reine“) Prinzipienethik liegt vor, wenn versucht wird, ein allgemein gültiges Prinzip der Beurteilung von Handlungen oder Handlungsregeln zu formulieren, von dem angenom-

³² Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition. New York/Oxford 1994.

³³ Vgl. Oliver Rauprich/Florian Steger (Hg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt/New York 2005.

men wird, dass es zwar per se nicht alle praktisch-moralischen Probleme löst, aber als einheitliche Grundlage unserer Moralbewertungen dienen kann. Diese Vorgangsweise entspricht der Etymologie des Begriffs „Prinzip“ (grch. arche, latein. principium), der dem Wortsinn nach „Anfang“, „Ursprung“, „Grundlage“, „Grundsatz“ oder das „Erste“, von dem anderes abhängig ist bzw. abgeleitet wird, bedeutet. Der Anspruch, ein Prinzip der moralischen Beurteilung zu benennen, impliziert also, dass Begründetes („Prinzipiertes“) und Begründendes („Prinzip“) nicht auf derselben Ebene aufzufinden sind: es gibt einen Unterschied zwischen Grund (Anfang, Erstem) und Begründetem (Abgeleitetem). Die Idee der Begründung hängt demnach an der Idee einer hierarchischen Ordnung, einer gestuften Rangordnung. Diese Hierarchie wird in klassischen Ethiken auch im Sinne des Unterschiedes von Einheit des Begriffs und Vielheit der moralischen Phänomene, die unter den fraglichen Begriff fallen, verstanden. Was Ordnung in die Vielheit des erscheinungsmäßig Gegebenen bringt, ist die Vernunft. Auch für die Moralphilosophie gilt in der Folge: die alltägliche Erfahrungswelt, unser alltägliches moralisches Handeln ist zu begründen, indem wir auf ein Prinzip der Beurteilung rekurren, dessen Aufstellung gleichbedeutend damit ist, das menschliche Handeln als vernunftorientiert zu betrachten. Das ist etwa die Problemlage in *der* klassischen Prinzipienethik: in Kants Pflichtethik.

Beauchamp/Childress stellen diesem Denkansatz ein alternatives Modell gegenüber, das keine hierarchische Ordnung von Prinzipien bzw. kein einheitliches Prinzip als Grundlegung der Ethik vorsieht. Sie gehen vielmehr von einer Mehrzahl von Prinzipien aus, die gleichwertig nebeneinander stehen, deren Rangordnung von Fall zu Fall, je nach dem Charakter des konkreten moralischen Problems, zu dessen Lösung sie beitragen sollen, neu festzulegen ist. Diese Prinzipien unterscheiden sich von den Prinzipien der traditionellen Ethik darin, dass sie auf einer mittleren Allgemeinheitsebene formuliert sind und damit, so der Anspruch, gleich weit entfernt sind einerseits von einer Prinzipienethik z. B. Kantischen Stils, die auf uneingeschränkte Universalität abzielt, und andererseits von einer reinen Kasuistik, die Verallgemeinerungen überhaupt verwirft.

Die für den Anwendungsbereich der Medizin relevanten Prinzipien sind nach Beauchamp/Childress:

- Selbstbestimmung (autonomy)
- Nichtschaden (non maleficence)

- Fürsorge (beneficence)
- Gerechtigkeit (justice)

Auf Grund der Zugehörigkeit der genannten Prinzipien zu einer mittleren Ebene der Abstraktion nimmt der principlism eine vermittelnde Zwischenstellung ein zwischen den klassischen Prinzipienethiken, deren Prinzipien abstrakten Charakter haben insofern ihre Geltung unabhängig von Einzelfällen und Situationen behauptet wird, und der Kasuistik, die das Hinausgehen über Einzelfälle und Situationen in Gestalt einer Formulierung von Prinzipien zurückweist. Damit sollten, so Beauchamp/Childress, die Defizite beider Ansätze ausgeglichen werden: einerseits die Ignoranz gegenüber der Verallgemeinerbarkeitsforderung auf Seiten der Kasuistik, die sich als Begründungsverzicht und als Verzicht auf Theorie überhaupt darstellt, und andererseits die Ignoranz gegenüber den in der jeweiligen Situation liegenden Anforderungen, die sich als Verzicht auf Anschauung, auf moralische Intuition – letztlich als Verzicht auf das moralische Leben – darstellt.

abstrakt	situations/fallunabhängig geltende („reine“) Prinzipien	Prinzipienethik

	<i>nicht</i> situations/fallunabhängig geltende („mittlere“) Prinzipien	principlism

konkret	reine Kompilation vergleichbarer Einzelfälle/Situationen ³⁴	Kasuistik

Die Annahme der genannten Prinzipien ist nach Auffassung der Vertreter des principlism dadurch gerechtfertigt, dass es sich um prima-facie-Pflichten handelt: um aus unseren gewöhnlichen (alltäglichen) moralischen Intuitionen heraus gültige moralische Ansprüche, die als solche keiner weiteren Begründung bedürfen. Diese Prinzipien sind, so behaupten die Autoren, auch unabhängig von verschiedenen weltanschaulichen oder religiösen Auffassungen, mit deren Pluralität heutzutage zu rechnen ist.

³⁴ Wir gehen hier nicht auf die allerdings berechnete Diskussion ein, ob eine reine Kasuistik überhaupt durchführbar ist, d. h. ob nicht bereits die Auffindung vergleichbarer Fälle bereits prinzipiengeleitet erfolgen muss, weil Vergleichbarkeit nur vorliegen (und behauptet werden) kann, wenn das Heterogene einem gemeinsamen Betrachtungsgesichtspunkt unterstellt wird.

Moralische Konflikte bestehen in einem wesentlichen Ausmaß darin, dass verschiedene Prinzipien kollidieren: dass wir einem von mehreren Prinzipien den Vorrang geben müssen, obwohl verschiedene Prinzipien einen sachlichen Anhaltspunkt in den betreffenden moralischen Situationen haben. So kollidieren etwa mit Bezug auf die Organallokation häufig das Prinzip der Gerechtigkeit und das Prinzip des größtmöglichen medizinischen Nutzens. Gemäß dem Prinzip der Gerechtigkeit sollten verfügbare Organe zuerst jenen zukommen, die bereits am längsten auf der Warteliste stehen. Nach dem Prinzip des größtmöglichen Nutzens (z. B. der Maximierung der durch Organtransplantation zu sichernden Gesamtlebenszeit) sollten aber jene bevorzugt werden, die z. B. eine bessere Gewebeverträglichkeit aufweisen. In Situationen, in denen Patienten um passive Sterbehilfe bitten, kollidieren Autonomieprinzip einerseits und Nichtschadens- sowie Fürsorgeprinzip andererseits. Anhand derartiger Fälle wird freilich in paradigmatischer Weise das jedem Prinzipierenden anhängende Problem sichtbar: dass Prinzipien, sofern sie in konkreten Situationen zur Entscheidungsfindung herangezogen werden, interpretationsbedürftig sind. Was „Nichtschaden“ und „Fürsorge“ unter der Bedingung einer infausten Prognose genau heißen, hängt von den besonderen Umständen ab.

Wenn wir gemäß einer gängigen Begrifflichkeit in der Unterscheidung von *salus aegroti* (Wohl des Kranken) und *voluntas aegroti* (Wille des Kranken) denken – und diese Unterscheidung steht auch „hinter“ Beauchamps/Childress' Prinzipienauflistung –, dann müssen wir zumindest die Möglichkeit offen halten, dass wir in Einzelfällen zu der Auffassung gelangen können, dass die Achtung der *voluntas aegroti* als eine besondere Weise der Anerkennung des *salus aegroti* verstanden werden kann, wenn „salus“ hier nicht ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten betrachtet wird.

In welchem Rangverhältnis die vier Prinzipien Selbstbestimmung, Nichtschaden, Fürsorge und Gerechtigkeit zueinander stehen, kann nach Beauchamp/Childress ausschließlich durch den Situationsbezug ermittelt werden. Es gibt keine systematische Ordnung der Prinzipien. Da der *principlism* sich diesbezüglich signifikant von einer klassischen Prinzipienethik wie sie etwa Kant vertreten hat, unterscheidet, wäre es sinnvoll, diesen Unterschied auch in der sprachlichen Bezeichnung zu dokumentieren. Der Ausdruck könnte dem entsprechend mit „prinzipienbasierter Ansatz“ übersetzt werden – statt, wie üblich, mit „Prinzipienethik“, was im Hinblick auf die intendierte Abgrenzung von der klassischen Prinzipienethik irre führend ist. Der *principlism* versteht sich in einem gewissen Sinn als Versöhnung von klassischen ethischen Positionen, die als einander ausschließend grundgelegt sind, z. B. der Deontologie,

des Utilitarismus und der Tugendethik. Denn ihm zufolge entscheidet die jeweilige Situation darüber, welchen Prinzipien der Vorrang zu geben ist, statt vorweg ein Prinzip aus theoretischer Sicht zu privilegieren. Daraus ergibt sich freilich auch bereits die Kritik, die am principlism geübt wird. Den klassischen philosophischen Ethiken wird vorgeworfen, dass ihre Fixierung auf *ein* Prinzip (z. B. das Nutzenprinzip) einseitige Betrachtungsweisen zur Geltung bringe, die der Komplexität und Uneindeutigkeit der tatsächlichen Entscheidungs- und Handlungssituationen nicht gerecht würden. Entsprechend lautet umgekehrt die Kritik am principlism, dass die Art und Weise, wie ihm zufolge verschiedene Prinzipien in konkreten Problemlagen zur Anwendung gelangen, wie diese Prinzipien gewichtet werden, allein von der moralischen Intuition des Handelnden abhängen und damit jedem Begründungsversuch und überhaupt jeder theoretisch-systematischen Betrachtung entzogen würde.³⁵

Beauchamp/Childress haben auf diese Kritik reagiert und ihr Konzept überarbeitet. Ab der vierten Auflage des „Principles of Bioethics“ und erläutern sie den principlism-Ansatz wie folgt. Das Defizit einer fehlenden Begründung dafür, wie die verschiedenen Prinzipien je nach Situation in ihrem wechselseitigen Verhältnis zueinander zu bestimmen sind, soll beseitigt werden, indem einerseits die Forderung nach Kohärenz erhoben und andererseits auf die so genannte *common morality* Bezug genommen wird. Die Kohärenzforderung bedeutet, dass Beauchamp/Childress eine Theorie der Rechtfertigung vertreten, wonach einzelne normative Urteile, Regeln und Prinzipien wechselseitig aneinander angepasst werden und ihre Rechtfertigung aus der Stimmigkeit (Widerspruchslosigkeit) und Plausibilität des Gesamtzusammenhanges gewinnen. Der Ausdruck „*common morality*“ bezieht sich auf jenen Kanon menschlicher Verhaltensnormen, der in einer Gesellschaft faktisch anerkannt ist. Die vier Prinzipien des principlism sind, so lautet nun die Behauptung der Autoren, Bestandteil dieser *common morality*. Sie bringen weithin oder universal geteilte moralische Überzeugungen zum Ausdruck.

Auch diese neue Version des principlism fordert, wie offensichtlich, die Kritik heraus. Um nur auf *einen* problematischen Punkt hinzuweisen: Der Rekurs auf eine *common morality* ersetzt eine theoretische Begründung der Prinzipien durch den Hinweis auf eine moralische Lebensform, von der die Autoren unterstellen, dass sie von (weitgehend) allen Menschen anerkannt und geteilt wird. Das kann bezweifelt werden – und muss angesichts der Realität

³⁵ Vgl. Michael Quante/Andreas Vieth, Welche Prinzipien braucht die Medizinethik? Zum Ansatz von Beauchamp und Childress, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hg.), *Bioethik. Eine Einführung*. Frankfurt a. M. 2003, 136-151, v. a. 143ff.

vielfältiger interkultureller Weltanschauungskonflikte bezweifelt werden. Dass weitgehend alle Menschen darin übereinstimmen, dass Gerechtigkeit und Nichtschaden anzustreben sind, ist unbestritten. Doch ist das nur eine nominelle Übereinstimmung: eine Übereinstimmung, die sich auf einen Namen, eine Benennung bezieht. Moralische Konflikte erwachsen aber gerade daraus, was im Einzelfall unter „Gerechtigkeit“ oder „Nichtschaden“ zu verstehen ist. Und darin besteht offensichtlich keine Übereinstimmung.

UE 5

theoretische Einführung:

- 1) Moral und Recht
- 2) Sterbehilfe (ethische Analyse)

1) Moral und Recht

„Rechte sind begründete Ansprüche von jemandem auf etwas gegenüber einem oder mehreren Anderen.“³⁶ Nicht nur unser moralisches, sondern auch unser rechtliches Leben beruht auf (explizit definierten) Zugehörigkeiten. Wer zählt als jemand? Wem wird zugestanden, Ansprüche zu stellen? Dass es zumindest nicht selbstverständlich und klärungsbedürftig ist, eine moralische und rechtliche Sonderstellung des Menschen verglichen mit anderen Lebewesen zu reklamieren, zeigt sich gegenwärtig etwa im Hinblick auf die animal-right-Bewegung. Dass der Mensch und allein der Mensch Adressat einer besonderen Schutzbedürftigkeit und eines besonderen Rechts auf Schutz sei und unsere Spezies insofern als privilegiert zu betrachten sei, ist auch eine kulturabhängige Auffassung. Nicht jede andere Kultur stimmt darin mit unserer überein. Dies gilt z. B. nicht für die indische Kultur, in der Kühe als heilige Tiere gelten und besondere Vorrechte im sozialen Zusammenleben genießen. Dass Menschenrechtsdeklarationen als universal geltend gemeint sind, bedeutet nicht, dass diese universale Geltung de facto realisiert ist. Die Frage der interkulturellen Akzeptanz einer allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist ein schwerwiegendes Problem, das sich praktisch bis in politische Zerwürfnisse und Religionskämpfe hinein bemerkbar macht. Näher betrachtet trifft es natürlich zu, dass wir immer dann, wenn wir unsere kulturelle Tradition stark machen gegenüber anderen Kulturen und Religionsgemeinschaften, in Gefahr sind, einem blinden Ethnozentrismus oder Eurozentrismus zu folgen. In anderer Weise ist dieser Einwand auch anzuführen, wenn es darum geht, die Rechte der Menschen zu definieren etwa in Abgrenzung von den Rechten der Tiere. Was genau bedeuten die Termini „Eurozentrismus“, „Ethnozentrismus“ und „Speziesismus“?

„Eurozentrismus“ meint, dass wir uns selbst, nämlich die Lebensgewohnheiten, politischen Ordnungssysteme, moralischen und religiösen Überzeugungen, die unserem Kulturkreis eigen sind, gegenüber anderen Kulturen bevorzugen – vielleicht sogar als einzig „menschengerecht“ oder „menschengemäß“ verstehen.

³⁶ Klaus Steigleder, Moral, Ethik, Medizinethik, in: Stefan Schultz et al. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt a. M. 2006, 15-45, hier: 41.

„Ethnozentrismus“ meint, dass wir die Rasse, der wir selbst angehören, bevorzugen und damit andere Ethnien benachteiligen und gering schätzen.

„Speziesmus“ meint, dass wir menschliche Lebewesen vor anderen Lebewesen bevorzugen, dass wir also z. B. Tieren im Unterschied zu Menschen keinen Rechtsstatus und moralischen Status zuerkennen (ungeachtet dessen, dass tierisches und menschliches Leben eine wichtige Fähigkeit gemeinsam hat: Empfindungsfähigkeit, und damit natürlich Leidensfähigkeit.)

Menschenrechte (z. B. das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit) sind Rechte individueller Personen. Von diesen Personrechten wird angenommen, dass sie nicht durch willkürliche Setzung festgelegt und nicht durch willkürliche Setzung veränderbar sind, sondern dem Wesen der personalen Existenzform des Menschen angemessen sind. Der Anspruch, dass allgemeine Menschenrechte universal anerkannt werden sollen, versteht sich mithin nicht als Aufforderung, einer bloßen Konvention beizutreten. Es ist, der Idee nach jedenfalls, der Anspruch, Grundrechte zu formulieren, die dem Wesen menschlicher Lebewesen, sofern diese Personen sind, angemessen sind. Ob eine solche auf die Natur des Menschen Bezug nehmende Begründung von Menschenrechten möglich ist, ist umstritten. Wer diesen Bezug herstellt, vertritt eine naturrechtliche Position. Wer die Geltung von rechtlichen Normen dagegen generell allein davon abhängig macht, dass eine dazu befugte Rechtsinstanz (rechtssetzende Instanz) die betreffenden Normen in Kraft gesetzt hat, vertritt eine rechtspositivistische Position. Rechtspositivisten bestreiten, dass rechtliche Normen von moralischen Normen und Beurteilungen abhängig sind.

Unabhängig davon, ob im Hinblick auf die Begründung rechtlicher Normen eine naturrechtliche oder eine rechtspositivistische Theorie vertreten wird, gehört es zum demokratischen Grundkonsens jedenfalls der abendländischen Kultur, den universalen Geltungsanspruch der Menschenrechtsdeklaration anzuerkennen. Dieser Anspruch bedeutet, dass die Geltung der Grundrechte, die Menschen einander als Personen zugestehen, nicht davon abhängig sein soll, wer diese Rechte in welchem Erdteil in welcher konkreten Situation tatsächlich geltend macht. Der Unterschied zwischen faktischer Anerkennung und idealem Geltungsanspruch ist konstitutiv für unser Verständnis von moralischen und rechtlichen Normen. Andernfalls könnten die Prinzipien und Regeln, die der fraglichen Norm zu Grunde liegen, die beabsichtigte Funktion – nämlich: das soziale Zusammenleben der Menschen zu ordnen – nicht erfüllen, weil jede Missachtung einer Norm die Geltung des fraglichen Regelsystems bzw. der fraglichen Prinzipien aufhobe. Mit anderen Worten: Es ist die Differenz von faktischer

Anerkennung und idealem Geltungsanspruch, an dem die Verbindlichkeit moralischer und rechtlicher Normen hängt. Nur unter der Voraussetzung einer verbindlichen Ordnung sind Regelverstöße und Normverletzungen als solche identifizierbar und sanktionierbar. Wenn jeder Diebstahl das Recht auf Eigentum aufhobe, jeder Mord das Recht auf Schutz des Lebens, jedes fremdenfeindliche Verhalten das Verbot der Diskriminierung, dann herrschte Chaos in unserem sozialen Zusammenleben.

Normen sind Vorschriften, die das Verhalten von Menschen regulieren. Normen lassen sich als generalisierte Verhaltenserwartungen verstehen. Normen sind personenunspezifisch adressiert. Auch wenn wir sie im Hinblick auf bestimmte Personenkreise, Eigenschaften oder Situationen spezifizieren, richten sie sich nicht an die individuelle Person. Normen behalten auch in diesem Fall Allgemeinscharakter: sie richten sich an alle, die zur betreffenden Gruppe gehören, die betreffenden Eigenschaften aufweisen, sich in Situationen des betreffenden Typs befinden. Nehmen wir etwa die moralische Norm: „Eltern sollen stets zuerst an das Wohl ihrer Kinder denken, bevor sie an ihr eigenes Wohl denken.“ Diese Norm ist hinsichtlich ihrer Geltung eingeschränkt, da sie sich nicht an alle Menschen richtet. Nicht alle Menschen sind Mütter oder Väter. Dennoch ist sie nicht individuell adressiert. Darin bekundet sich der soziale Charakter und soziale Anspruch der Moral: Normen gelten niemals nur für *ein* Individuum. (Dasselbe gilt natürlich für moralische oder rechtliche Prinzipien sowie für Sitten- oder Rechtsgesetze.)

Normen erfordern, abgesehen von der Nennung des von der Normierung betroffenen Personenkreises (Normadressat), einen konkreten Inhalt (Norminhalt), eine bestimmte Autorität, die die betreffenden Normen verfügt bzw. implementiert (Normautorität), und die Angabe von Konsequenzen, die bei Nichtbeachtung, d. i. Zuwiderhandeln, eintreten (Sanktionsbestimmung). Welche Sanktionen in welchem Ausmaß erfolgen und welcher Art die Sanktionen sind, hängt davon ab, um welche Typen von Normen es sich handelt.

Als grundlegende Normtypen können wir technische, rechtliche und moralische Normen unterscheiden. Technische Normen, sind moralisch indifferente und moralisch nichtbegründungsbedürftige Festlegungen. Denken Sie z. B. an die Einstellung eines Zeitschalters an einer Heizung. Immer dann, wenn eine bestimmte Raumtemperatur unterschritten ist, aktiviert sich die Heizung. Das ist ein Geschehen, das uns als moralische Wesen nicht betrifft. Geht es aber etwa um die Auswirkungen, welche technische Normierungen auf die Lebensqualität von Menschen haben (z. B. im Zusammenhang der Festlegung von Schadstoffgrenzwerten der

Feinstaubbelastung in Graz während der Wintermonate), dann ist die Sachlage eine andere. Dann sind technische Normen mit Diskussionen um moralische Bewertungen und moralische Normen verknüpft. Dann können wir etwa fragen, ob es moralisch vertretbar ist, gesundheitliche Beeinträchtigungen in der Bevölkerung zu riskieren, indem von Seiten der Politik keine effektiven Maßnahmen ergriffen werden, um die Schadstoffwerte zu senken. Wie unterscheiden sich rechtliche von moralischen Normen? Könnten wir nicht sagen: wozu brauchen wir überhaupt moralische Normen, da wir doch in einer Gesellschaft leben, die ein funktionierendes Rechtssystem aufgebaut hat? Wozu sollen wir uns mit den Unwägbarkeiten moralischer Reflexion auseinandersetzen, wenn wir uns ohnehin auf ein dichtes Netz rechtlicher Normierungen verlassen können? Rechtliche Normen regeln allein das äußere Verhalten der Menschen. Sie berühren nicht deren sittliche Einstellungen und Werthaltungen, weshalb Verrechtlichung moralische Normierung niemals ersetzen kann.³⁷

Dass rechtliche Normen allein das äußere Verhalten betreffen, bedeutet auch, dass mit Bezug auf Rechtsnormen die Frage nach den Handlungsmotiven in den Hintergrund tritt. Aus welchem Grund wir die Gesetze befolgen, ist (dem Gesetzgeber) gleichgültig. Unter rechtlichen Gesichtspunkten geht es allein darum, dass gesetzesgemäß gehandelt wird. Das gilt nicht ebenso mit Bezug auf moralische Normen. Hier ist die Frage der Motivation von grundlegender Bedeutung. Ob ich aus blindem Gehorsam, aus Feigheit oder aus Vernunft Einsicht handle, ist relevant im Hinblick auf den moralischen Charakter meines Handelns.

Moral und Recht sind als verschiedene Typen von Normensystemen zu unterscheiden, indem auf folgende Gesichtspunkte Bezug genommen wird:

Normenfindung/-entstehung

Rechtsnormen sind von einer gesetzgebenden Instanz erlassen („positives Recht“). Sie gelten kraft Setzung, sowohl durch den Gesetzgeber wie auch durch die Rechtsprechung. Moralische Normen sind in Bezug auf ihre Formulierung nicht von einer solchen Instanz abhängig. Sie können nicht per autoritativem Beschluss (Machtentscheid) in oder außer Kraft gesetzt werden.

Anwendungs/Geltungsbereich

Die Geltung von Rechtsnormen ist auf ein bestimmtes Staatsgebiet oder auf den Rechtsraum einer bestimmten Staatenvereinigung bezogen (z. B. EU-Recht). Moralische Normen gelten zwar nicht per se uneingeschränkt (es gibt auch partikular gültige Normen), ihre Geltung wird jedoch keinesfalls nach äußeren Kriterien (z. B. Staatszugehörigkeit) eingeschränkt. Darüber

³⁷ Es ist andererseits ein unbestreitbares Faktum, dass in historisch gewachsene Rechtssysteme moralische Intuitionen einfließen. Offenkundig ist dies z. B. mit Bezug auf Tötungsverbote. Es ist mithin nicht von der Annahme einer inhaltlichen Unverträglichkeit von Recht und Moral auszugehen. Auch wenn aber Rechts- und Moralsysteme unter dem Gesichtspunkt ihrer Regelungseffekte partiell koinzidieren, heißt das nicht, dass Rechtsnormen und moralische Normen nach Sinngehalt und Zielsetzung ununterscheidbar wären.

hinaus zielt die traditionelle normative Ethik im Hinblick auf die Beurteilung der moralischen Qualität von Handlungen auf *ein* universal gültiges Prinzip.

Sanktionen bei Nichtbeachtung

Die Durchsetzung rechtlicher Normen erfolgt, indem deren Nichteinhaltung mittels äußerer Sanktionen geahndet wird (z. B. Bußgelder, Führerscheinentzug, Freiheitsstrafe). Die Einhaltung moralischer Normen ist nicht mittels Strafandrohung, mittels irgendwelcher äußerer Sanktionsmaßnahmen erzwingbar. Die hier relevanten Instanzen sind Gewissen, moralisches Gefühl, Vernunft. Appelle an die Normbefolgung richten sich im Falle moralischer Normen insbesondere an unsere Fähigkeit zur Vernunft Einsicht und nicht, wie im Fall der rechtlichen Normen, an unser Bedürfnis nach Sicherheit und sozialer Integration im Rahmen einer bürgerlichen Ordnung.

Regelungscharakter im Hinblick auf die Handlungsträger (Zugriffswiese)

Rechtsnormen regeln die wechselseitigen Beziehungen zwischen Menschen, sofern diese sich in äußeren Verhaltensweisen manifestieren. Auf innere Befindlichkeiten, z. B. Motivation, Einstellung etc., haben Rechtsnormen keinen Zugriff. Moralische Normen regeln den Umgang der Menschen miteinander, sofern für diesen die innere Haltung der Handelnden relevant ist.

Trotz dieser Unterschiede ist die Grenze zwischen Moral und Recht nicht in jedem Fall eindeutig zu ziehen. „Auch das Rechtssystem appelliert nicht nur an die Furcht vor Sanktionen und den Wunsch, mit seiner sozialen Umwelt im Rechtsfrieden zu leben. Es appelliert auch an das Rechtsbewußtsein, das Gerechtigkeitsgefühl, das Gefühl für Billigkeit und Angemessenheit. Letztlich bezieht das Rechtssystem jedoch seine Durchsetzungsfähigkeit von der Androhung von Zwangsmaßnahmen.“³⁸ Unabhängig von diesem Problem einer „moralischen“ Unterstützung des Rechtssystems gibt es darüber hinaus Probleme, die sowohl in rechtlicher als auch in ethischer Hinsicht virulent sind, z. B. das Problem der Gerechtigkeit. Gerechtigkeit (grch. *dikaiosyne*, lat. *iustitia*) bezieht sich einerseits, subjektiv verstanden, auf eine Tugend, eine Haltung des Menschen, andererseits, objektiv verstanden, auf eine Idee oder ein Prinzip, das als Beurteilungsmaßstab für Handlungsnormen dienen soll – für politische Verfassungen, rechtliche Gesetze, soziale Regeln. Mit Bezug auf den objektiven Aspekt werden verschiedene Formen der Gerechtigkeit unterschieden: *Gesetzesgerechtigkeit (iustitia legalis)*, *ausgleichende oder Tauschgerechtigkeit (iustitia commutativa)* und *austeilende oder Verteilungsgerechtigkeit (iustitia distributiva)*. In allen diesen Formen ist Gerechtigkeit ein Brückenproblem zwischen Recht und Moral: es handelt sich um ein rechtsethisches (wie auch rechtspolitisches) Problem.

³⁸ Dieter Birnbacher, *Analytische Einführung in die Ethik*. Berlin/New York 2003, 55.

2) Sterbehilfe (ethische Analyse)

Kultureller Kontext – ärztliches Handeln

Ein wichtiger Aspekt der Gerechtigkeit ist die Idee der Gleichheit. Mit Bezug auf das Thema der Sterbehilfe wird Gleichheit etwa von utilitaristischer Seite insofern eingefordert, als von dem Grundsatz der gleichen Berücksichtigung der Interessen aller ausgegangen wird. Wer zum Kreis der hier zu berücksichtigenden Adressaten moralischer Normierung gehört – ob dazu z. B. alle lebenden Mitmenschen gehören oder nicht – ist strittig. Strittig ist auch, ob es mit Bezug auf irgendeine Gruppe nicht einwilligungsfähiger Patientinnen zulässig oder geboten ist, diesen ein begründetes Interesse an ihrem eigenen Leben abzusprechen. Dass dies der Fall ist, ist die radikale und provokante These Peter Singers, dessen Auffassungen zur Euthanasie nicht nur im deutschsprachigen Raum heftige philosophische und gesellschaftspolitische Diskussionen ausgelöst haben.³⁹

Sterbehilfe ist ein komplexes und schwieriges Thema – auch auf Grund der historischen Vorbelastung durch die nationalsozialistischen Euthanasie-Programme. Schwierig ist das Thema u. a. deshalb, weil es vielfältige Bezüge und Zusammenhänge mit anderen medizinethischen Fragen aufweist. Das betrifft z. B. Fragen der Palliativmedizin sowie die Diskussion um das Hirntodkriterium.

Was ist der medizinisch richtige Umgang mit dem Tod und mit dem Sterben? Der Bezugspunkt dieser Frage und der Horizont, in dem diese Frage gestellt wird, kann nur das Leben sein. Die Kehrseite der Frage nach dem richtigen Sterben ist also die Frage nach dem richtigen Leben – oder: der richtigen Auffassung dessen, worum es in einem von Menschen geführten Leben geht. Nicht der Tod, aber das Sterben ist Bestandteil unseres Lebens. Auch wenn wir über die richtige Art des Sterbens nachdenken und damit der Tod in das Zentrum unserer Aufmerksamkeit rückt, ist doch das Leben der Horizont, von dem her wir denken. Diese Dimension des Problems wurde in der anthropologischen Medizin, wie sie u. a. von Viktor von Weizsäcker vertreten wurde, immer betont. Deren Intention bezieht sich diesbezüglich darauf, den Tod vom Leben aus zu interpretieren, so dass die Einheit von Leben und Tod fassbar wird. Von daher können wir vermuten, dass ein respektloser Umgang mit den Toten – z. B. im Hinblick auf Organtransplantationen –, wie auch mit den Sterbenden einen demoralisierenden Effekt auf den Umgang mit den Lebenden haben könnte. Umgekehrt

³⁹ Vgl. Peter Singer, *Practical Ethics*. Cambridge 1979; ders., *Rethinking Life and Death*. Melbourne 1994.

freilich müssen wir uns auch fragen, ob in einem respektlosen Umgang mit Toten und Sterbenden nicht allgemeine soziale Defizite zum Ausdruck gelangen. Die im weiteren Umkreis dieser Überlegungen anzutreffenden Schlagworte sind in aller Munde. Dazu gehören etwa „Empathieverlust“, „soziale Kälte“, „Wohlstandsverwahrlosung“, „Pflegenotstand“. Die mit diesen Schlagworten zusammen hängenden Probleme stellen umfassende gesellschaftspolitische Herausforderungen dar. Um nur einige zu nennen: die fortschreitende Auflösung der traditionellen Familienstruktur zugunsten alternativer Lebensmodelle, die erhöhte Bewegungsmöglichkeit, aber auch erhöhte Unsicherheitsgrade mit sich bringen; die rapide Überalterung der Gesellschaft auf Grund steigender Lebenserwartung einerseits und sinkender Geburtenraten andererseits; die Ghettoisierungstendenzen und Obdachlosigkeit in den Großstädten und die sogenannte „neue Armut“; die drohende Zweidrittelgesellschaft im Hinblick auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Dies ist der weitere Rahmen, innerhalb dessen das Problem der Sterbehilfe zu diskutieren ist. Wir werden uns lediglich mit bestimmten Aspekten befassen. Da die gesellschaftlichen Auswirkungen und die rechtlichen Fragen, die mit dem Problem der Sterbehilfe zusammenhängen, in Ihrer Ausbildung von Seiten des Instituts für Sozialmedizin abgedeckt werden, beschränken wir uns im Folgenden auf die begrifflichen, humanitären und ethischen Aspekte. Soweit dies als Hintergrund unserer Seminardiskussion erforderlich sein sollte, können wir darüber hinausgehende Aspekte, z. B. die höchst kontrovers kommentierte Situation in den Niederlanden, im Zusammenhang unserer Textanalyse besprechen.

Die erste Forderung, wenn wir über das Sterben nachdenken, sollte sein, uns vor einseitigen Haltungen zu bewahren. Es gibt in unserer Kultur gegensätzliche Einstellungen zum Tod. Auf der einen Seite gibt es eine Jahrhunderte lange Tradition in Kunst und Literatur („memento mori“), aber auch in der Philosophie, Gelassenheit dem Tod gegenüber zu zeigen und ein Bewusstsein der Endlichkeit des Lebens zu entwickeln. Dem steht auf der anderen Seite gegenüber, dass wir durch die Fortschritte der modernen Medizin in bisher unbekannte Entscheidungszwänge hineingeraten sind, aber auch neuartigen Machbarkeitsvorstellungen unterliegen. Die intensiviertere „Produktion“ von Entscheidungszwängen und Machbarkeitsvisionen bezieht sich nicht allein auf die Gestaltung des Lebens. Sie bezieht sich ebenso auf die Art und Weise, wie wir unser Sterben gestalten. Beide obengenannten Tendenzen können in Extreme ausschlagen. Sich mit Bezug auf das eigene zukünftige Sterben in Gelassenheit zu üben, kann sich zu einer fatalistischen, schicksalsergebenen oder zynischen Einstellung verfestigen. Ebenso kann die Erfahrung gesteigerter Machbarkeiten dazu missbraucht werden,

sich über das eigene Sterben-müssen hinwegzutäuschen. Wenn wir unser Sterbenmüssen (ebenso wie unser Geborenwerden) als etwas letztlich Unverfügbares respektieren, werden wir angesichts solcher Beherrschungsversuche von einer Verdrängung des Todes sprechen.

Ich denke, dass wir uns einer angemessenen Vorstellung von einem menschlichen Leben und Sterben annähern, wenn wir beide Extreme zu vermeiden suchen, also weder schicksals-ergeben unserem Sterben entgegensetzen noch im Bann der Idee technischer Beherrschbarkeit – vermeintlich – „über den Dingen stehen“, indem wir so leben, als wäre unser Leben von unendlicher Dauer. In dieser Mitte zwischen den Extremen sollte sich auch unsere philosophische Auseinandersetzung mit dem Sterben halten.

Wie wir sterben, hat mit der Art unserer Lebensführung zu tun.

Wie wir sterben, bringt zum Ausdruck, wie es um unsere Idee vom (guten) Leben steht, wie wir mit Fragen der Lebensqualität umgehen.

Lebensqualität ist eine Thematik, die in der Medizin zunehmend an Bedeutung gewinnt, sehr verschiedene Aspekte umfasst und in verschiedene Richtungen als ein medizinisch relevantes Problem eingeführt ist. Zu den sachlich bedeutsamen Aspekten gehören z. B.:

- unsere Auffassung von Gesundheit und Krankheit im allgemeinen und unsere Erwartung an die Medizin (und letztere richtet sich, grob gesprochen, entweder auf Behandlung im Sinne von Reparatur, Wiederherstellung oder auf Heilung in einem umfassenderen Sinn, der nicht nur die physische Zuständigkeit betrifft);
- das Arzt-Patienten-Verhältnis, speziell der informed consent (die aufgeklärte Zustimmung des Patienten) und wie mit diesem in der Praxis umgegangen wird;
- die wissenschaftlich-technische Entwicklung der Medizin in speziellen Bereichen, z. B. Humangenetik und Transplantationsmedizin und deren Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und das Gesundheitsbewusstsein und –verhalten des Einzelnen;
- Enhancement⁴⁰
- palliative vs. kurative Medizin
- Sterbehilfe im Spannungsfeld von Lebenswert und Lebensqualität

⁴⁰ Als „enhancement“ wird allgemein ein korrigierender Eingriff in den menschlichen Körper bezeichnet, der medizinisch nicht indiziert ist und nicht dazu dient, eine Krankheit zu behandeln. Enhancement zielt auf Gesundheitssteigerung, auf Verbesserung des menschlichen Organismus durch biologische wie auch psychosoziale Methoden. Als spezielle Verwendung des Terminus tritt „enhancement genetic engineering“ auf. Gemeint ist damit die gezielte Beeinflussung genetisch determinierter menschlicher Eigenschaften.

Ich beschränke mich im Folgenden auf das letztgenannte Problem. Selbst unter der Bedingung dieser thematischen Einschränkung stellt sich das Thema der Lebensqualität als ein komplexes dar.

Die Frage nach der (hinreichenden, zufriedenstellenden etc.) Lebensqualität ist vor allem dann schwierig zu beantworten, wenn die, um deren Lebensqualität es geht, selbst nicht Auskunft geben können. Das betrifft eine große und heterogene Gruppe von Patientinnen, z. B. schwer Hirngeschädigte, Neugeborene, Kleinkinder, Demente, Komatöse, Patienten, die an bestimmten psychischen Erkrankungen leiden. In solchen Fällen gehen wir davon aus, dass es Anderen obliegt, an Stelle der Betroffenen deren mutmaßlichen Willen bzw. deren so genanntes „wohlverstandenes Interesse“ zu rekonstruieren, also das Interesse, das etwa einem anenzephalen Neugeborenen zugeschrieben werden muss, z. B. im Hinblick auf Leidverminderung. Eine der dringlichsten Fragen, die sich diesbezüglich stellen, lautet:

Können wir im Hinblick auf die Lebensqualität von Patientinnen, die zeitweilig oder auf Dauer ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung eingebüßt oder diese noch nicht ausgebildet haben bzw. voraussichtlich niemals ausbilden werden, zu einem derart negativen Befund im Hinblick auf die Lebensqualität gelangen, dass wir berechtigt wären zu sagen, dass es für das betreffende menschliche Lebewesen besser wäre, nicht zu leben?

Sobald wir diese Frage ausgesprochen haben, bemerken wir, dass die entscheidende Frage eine andere ist. Die eigentlich zentrale Frage ist nicht, was die Parameter einer Lebensqualitätsermittlung sein sollen und wie wir diese nach ihrer Dringlichkeit reihen sollen. (Das ist allerdings ein Problem, das in medizinischen Entscheidungen dauernd präsent ist. Sind z. B. mit Bezug auf intersexuell geborene Kinder die mittels plastischer Chirurgie herzustellenden anatomischen Voraussetzungen normaler sexueller Funktionalität mehr oder weniger wichtig als die Rücksichtnahme auf eine autonome Willensbildung des betroffenen Menschen zu einem späteren Zeitpunkt?) Die eigentlich zentrale Frage, insbesondere wenn wir das Thema Lebensqualität mit Blick auf das Ende des Lebens erörtern, ist:

Wer urteilt von welchem Standpunkt aus und mit welchem Risiko über Lebensqualität?

Speziell:

Wer ist unter welchen Umständen berechtigt, über die Lebensqualität eines *anderen* menschlichen Lebewesens zu urteilen?

Das ist eine ernste und überaus heikle Frage. In der Ethik wird diese Frage diskutiert, indem man von Fremdbeurteilung oder Eigenbeurteilung spricht. Diese Unterscheidung spiegelt nach unserer Auffassung – nach Auffassung der meisten Angehörigen unserer Kultur – eine für unsere moralische Erfahrung relevante Asymmetrie wider. Auch wenn wir uns bereit finden mögen, einem Menschen unter bestimmten Umständen zuzugestehen, über sein eigenes Leben zu entscheiden, so erscheint es uns doch als ein prinzipiell anders gearteter Fall, wenn einer meinte, über das Ende des Lebens eines Anderen entscheiden zu können. Praktisch betrachtet liegt die große Schwierigkeit darin, dass wir immer wieder gezwungen sind, genau das zu tun: über die Art und Weise der Fortsetzung oder Nichtfortsetzung des Lebens Anderer zu entscheiden, weil diese nicht einstimmungsfähig und nicht artikulationsfähig sind. Unter diesen Umständen ist auch der Versuch, sich der Entscheidung zu entziehen, eine Entscheidung, nämlich die Entscheidung, den Anderen in dem Zustand, in dem er sich gerade befindet und den er aus eigener Kraft nicht ändern kann, zu belassen. Die hier dringlichen Fragen sind:

Wie ist in Fällen nicht einstimmungsfähiger Patientinnen praktisch zu verfahren? Welche Anforderungen sind an Fremdbeurteilungen zu stellen, wenn sie unvermeidlich sind?

Lebensqualität und Lebenswert

Um die Härte der mit diesen Fragen angesprochenen Realität – die konkreten Entscheidungszwänge von Ärztinnen – zu verstehen, sollten wir uns vergegenwärtigen, dass es, praktisch betrachtet, oft unumgänglich ist, darüber zu befinden, was die zumutbaren Beeinträchtigungen von Lebensqualität sind. Können diese Beeinträchtigungen ein solches Ausmaß und/oder eine solche Intensität annehmen, dass es gerechtfertigt wäre zu sagen, dass das betreffende Leben keinen Wert mehr hat – und deshalb bestimmte Behandlungen abubrechen oder bestimmte Therapien nicht mehr durchzuführen sind? Ärzte werden sich hüten, ihre Entscheidungen so zu begründen. Wenn ein Arzt in einem bestimmten Fall einen Behandlungsabbruch für angezeigt hält, dann deshalb, weil er weitere Interventionen aus medizinischer Sicht für aussichtslos, d. h. für ineffizient hält. Ein Urteil über den Wert des physisch beschädigten Lebens, mit dem er es zu tun hat, liegt darin nicht.

Wenn wir, wie oben gefordert, darauf dringen, die Medizin nicht zum Zweck einer Todesverdrängung zu instrumentalisieren, dann sollten wir uns umgekehrt auch davor hüten, Ärzten die Last aufzuerlegen, einen absolut gesetzten Wert des menschlichen Lebens zu exekutieren, indem wir von ihnen erwarten, dass sie primär einen Kampf gegen den Tod führen. Das wäre ein verhängnisvolles Missverständnis der ärztlichen Tätigkeit. Wenn ein Arzt in einer medizinisch aussichtslosen Situation eine Behandlung abbricht oder zugunsten einer Therapiebegrenzung entscheidet, so dokumentiert er damit nicht eine Missachtung des Wertes des Lebens, *weil* sein hauptsächliches Ziel nicht ist, den Tod zu bekämpfen, sondern Leben zu erhalten, zu heilen und Leid zu verringern. Wenn sich herausstellt, dass das nicht (oder nicht weiter) möglich ist, dann ist es moralisch zulässig und geboten, dass ein Arzt den bevorstehenden Tod als unabwendbar akzeptiert, anstatt als Vertreter einer Lebensideologie oder – mit Blick auf medizinisch-technische Machbarkeiten – als Vollstrecker einer Perfektionsideologie aufzutreten. Den Tod – so er zu einem bestimmten Zeitpunkt unvermeidbar ist – zu akzeptieren, heißt nicht, den Wert des menschlichen Lebens gering zu schätzen. Wenn wir uns von der Idee lösen, dass die Medizin den Tod zu bekämpfen habe, wird es uns leichter fallen, die Einsicht zuzulassen, dass Anerkennung des Wertes des menschlichen Lebens und Schutz des menschlichen Lebens nicht bedeutet, einer Lebensverlängerung um jeden Preis zuzustimmen. Wie hoch oder gering der Preis ist, darüber kann letztlich nur der Patient (oder ein Anderer an seiner Stelle nach bestem Wissen und Gewissen) befinden. Denn der Patient ist es, der den Preis bezahlt.

Die Diskussion um den richtigen medizinischen Umgang mit dem Sterben wurde über lange Zeit hinweg von der Entgegensetzung Lebensqualität versus Lebenswert bestimmt. Die Grundfrage ist: Ist das menschliche Leben ein inkommensurabler und indisponibler Wert? Für jene, die diese Frage bejahen, also in irgendeiner Form von der „Heiligkeit“ oder Unantastbarkeit des menschlichen Lebens ausgehen, sind Lebensqualitätserwägungen irrelevant, wenn es darum geht, Handlungsmaximen zu bestimmen. Wer diese Position vertritt, wird unter allen Umständen gegen einen liberalen Umgang mit Sterbehilfe auftreten. Jene, die die Wichtigkeit von Lebensqualitätsfragen im Hinblick auf das Sterben betonen, gehen dagegen meist davon aus, dass das menschliche Leben nicht einen absoluten Wert darstellt: dass also Ausnahmerebedingungen angebbar sind, unter denen wir von der Forderung nach Aufrechterhaltung des Lebens entbunden sind. Wenn wir vor dem Hintergrund der Überlegungen zu Lebenswert und Lebensqualität über Sterbenskultur nachdenken, sollten wir uns u. a. folgende Fragen stellen:

Schließt das Recht auf Leben eine Pflicht zu Leben ein? (Lebensrecht = Lebenspflicht?)

Die Auffassung, dass diese Frage zu verneinen sei, dass es eine Lebenspflicht *nicht* geben könne, dass zumindest der Betroffene selbst gegen sein eigenes Leben entscheiden könne, sofern es ihm als unerträglich erscheint, wurde vor allem unter Hinweis auf die Autonomie einwilligungsfähiger Patienten verteidigt. Es ist in der Praxis allerdings keineswegs einfach festzustellen, ob der kundgegebene Sterbenswille tatsächlich authentisch ist, ob es der wahre Wille des betreffenden Menschen ist (oder z. B. nur Ausdruck einer resignativen Phase). Wenn wir von dieser Problematik absehen – von der, praktisch gesehen, freilich schwer abzu-sehen ist –, dann liegt die Schwierigkeit, mit der wir es hier zu tun haben, darin, medizinisch wie auch menschlich adäquate Antworten auf folgende Fragen zu finden:

Gibt es Formen des Lebens, die nichts anderes sind als ein leidvoller Prozess des Sterbens?

Unter welchen Bedingungen wird die intensivmedizinische Verlängerung des Lebens zu einer Verlängerung des Sterbens?

Der zentrale Einwand, der von Gegnern einer liberalen Haltung in Fragen der Sterbehilfe vorgebracht wird, betrifft die Folgen rechtlicher Regelungen für die Entwicklung der moralischen Praxis. Wenn wir, so lautet die Argumentation, ein begrenztes Recht auf eine selbstbestimmte Wahl des Todes und eine entsprechende Realisierung dieser Wahl unter Beihilfe Dritter zugestehen, dann wird dies unweigerlich auf eine schiefe Bahn führen. Dann sei nämlich absehbar, dass sich auf lange Frist unsere moralischen Intuitionen ändern werden. Es werde dann im Lauf der Zeit dazu kommen, dass sich eine weniger restriktive Auffassung als moralische Praxis durchsetze. Entsprechend werde sich ein sozialer und gesellschaftlicher Druck aufbauen derart, dass das ausnahmsweise zugestandene Sterberecht, zumindest auf lange Sicht, eine allgemeine gesellschaftliche Erwartungshaltung im Sinne einer Sterbepflicht hervorbringen werde. Dieses Bedenken, das in der ethischen Theorie als slippery slope oder als Dambruch-Argument bezeichnet wird, müssen wir Ernst nehmen.

Tendiert ein (ausnahmsweise zugestandenes) Sterberecht dahin, eine Praxis der Sterbepflicht hervorzubringen? (Sterberecht = Sterbepflicht?)

Kompliziert wird die Sachlage dadurch, dass der Ausdruck „Sterbehilfe“ auf eine differenzierte Sachlage verweist, die dem entsprechend in einer differenzierten Begrifflichkeit abzubilden ist. Es ist gegenwärtig üblich und für eine Klärung der ethischen Problemlage notwendig, verschiedene Grundsituationen, verschiedene Formen von Sterbehilfe zu unterscheiden.

Begriffliche Unterscheidungen

Wenn wir über „Sterbehilfe“ sprechen, sollten wir diese von Sterbebegleitung unterscheiden. Sterbebegleitung ist „Hilfe beim/im Sterben“, Sterbehilfe „Hilfe zum Sterben“. Erstere kann von verschiedener Seite geleistet werden: von Medizinerinnen, ehrenamtlichen Hospiz-Mitarbeitern, Priestern, Familienmitgliedern, Freunden.

Die wesentlichen begrifflichen Unterscheidungen, in denen Ethikerinnen über Fragen der Sterbehilfe diskutieren, sind folgende:

(I) im Hinblick auf die Zustimmung der Patientin

freiwillig

unfreiwillig

nicht freiwillig

(II) im Hinblick auf die Beteiligung Dritter

aktiv

passiv

indirekt

freiwillige Sterbehilfe

Der Patient hat den Wunsch zu sterben und stimmt allen Aspekten der Umsetzung dieses Wunsches zu.

unfreiwillige Sterbehilfe

Die Tötungsentscheidung erfolgt gegen die ausdrückliche Willensbekundung des Patienten.

nicht freiwillige Sterbehilfe

Die Tötungsentscheidung erfolgt ohne die Zustimmung des Patienten, aus welchen Gründen immer diese Zustimmung fehlen mag.

aktive Sterbehilfe

Durchführung einer Handlung, die den Tod des Patienten intendiert und diesen ursächlich herbeiführt

passive Sterbehilfe

Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung bzw. Therapieabbruch in medizinisch aussichtslosen Situationen (infauste Prognose)

indirekte Sterbehilfe

Verabreichung schmerzlindernder Mittel mit der vermuteten bzw. als möglich unterstellten und in Kauf genommenen Nebenwirkung eines vorzeitig eintretenden Todes

Die letztgenannten Unterscheidungen sind gängig, wenn auch (im Hinblick auf ihre genaue Bestimmung) umstritten. Bedenken kommen sowohl von theoretischer als auch von praktischer Seite. Von Seiten der ethischen Theorie wurde zu Recht darauf aufmerksam gemacht, dass die Unterscheidung aktiv/passiv irreführend ist, sofern diese, wie dies häufig geschieht, mit der Unterscheidung von Handeln und Unterlassen gleich gesetzt wird.⁴¹ Dieser Einwand, der den zu Grunde liegenden Begriff der Handlung betrifft, wäre im Hinblick auf folgende Fragen zu diskutieren:

- Ist es angemessen, aktive/passive Sterbehilfe anhand der Unterscheidung Tun/Unterlassen zu erläutern (wie dies üblich ist)?
- Ist der Unterschied zwischen dem Unterlassen und dem Durchführen einer Handlung moralisch relevant? Ist dieser Unterschied derart grundlegend, dass er eine Befürwortung von passiver Sterbehilfe bei gleichzeitiger Zurückweisung von aktiver Sterbehilfe legitimieren könnte?

Die Skepsis der Praktiker angesichts der Begriffe „passive“ und „indirekte“ Sterbehilfe betrifft insbesondere die Grauzone der uneindeutigen Situationen. So wird etwa immer wieder gefragt, ob das Abschalten eines Beatmungsgerätes aktive oder passive Sterbehilfe darstelle. Der für die Beantwortung dieser Frage entscheidende Faktor ist, wie den obigen Definitionen zu entnehmen ist, die Handlungsintention bzw. der Handlungszweck. Ist der Tod der Patientin intendiert (aktive Sterbehilfe) oder wird dieser lediglich als nunmehr unabwendbar akzeptiert (passive Sterbehilfe) und folglich der Entschluss gefasst, den Sterbeprozess, in den das

⁴¹ Vgl. pars pro toto: James Rachels, Active and Passive Euthanasia, in: Peter Singer (ed.), Applied Ethics. Oxford University Press 1986, 29-35; ders., Aktive und passive Sterbehilfe, in: Hans-Martin Sass (Hg.), Medizin und Ethik. Stuttgart 1989, 254-264; Tom L. Beauchamp, Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie, in: ebd., 265-286; Bruce C. Reichenbach, Euthanasie und die aktiv/passiv-Unterscheidung, in: Anton Leist (Hg.), Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt a. M. 1990, 318-348.

Krankheitsgeschehen bereits übergegangen ist, nicht künstlich zu verlängern? Beide Intentionen – Tötungsintention (aktiv) und Geschehenlassen des Sterbens (passiv) – können dem äußeren Erscheinungsbild der Handlung nach mit einem aktiven Eingreifen in die Situation verbunden sein. Passive Sterbehilfe kann ebenso durch das Nichtergreifen von Maßnahmen, die den tödlichen Ausgang der Krankheit momentan verhinderten, realisiert werden, wie durch die Beendigung derartiger Maßnahmen. Auch wenn der Unterschied zwischen den betreffenden Handlungen ethisch betrachtet insignifikant ist, gilt dies freilich nicht in psychologischer Hinsicht. Das Abschalten eines Gerätes wird üblicherweise in stärkerem Maße als Übergriff und Eintritt in eine Sphäre uneindeutiger Abgrenzung von der – in Österreich und in den meisten anderen Ländern rechtlich untersagten – aktiven Sterbehilfe wahrgenommen als das Nichtbeginnen einer weiteren Therapie. So wichtig es ist, Intention bzw. Zweck der Handlung als das relevante Unterscheidungskriterium zu erkennen, so bedeutet dies, praktisch gesehen, natürlich nicht, dass jede Handlungsunsicherheit beseitigt wäre. Ob ein Sterbeprozess irreversibel eingesetzt hat oder nicht, kann im Einzelfall durchaus strittig sein.⁴²

Unter praktischen Gesichtspunkten ist es mithin durchaus legitim zu fragen, ob die gängige Begrifflichkeit der Praxis eine Vereindeutigung aufzwingt, die den realen Verhältnissen nicht gerecht wird. Oder ob diese Begrifflichkeit zu Bewertungen führt, die kontraintuitiv sind. Allerdings müssen wir uns ebenso fragen, ob wir uns in derart sensiblen Problemfeldern wie dem Umgang mit Geburt und Tod auf unsere moralischen Intuitionen verlassen können? Es führte sicherlich zu einer Verzerrung der Realität, solche Probleme wie Sterbehilfe ausschließlich unter theoretischen, begriffsanalytischen Gesichtspunkten zu betrachten. Die Praxis, d. h. unsere moralischen Erfahrungen, sind der Ausgangspunkt der ethischen Theorie. Dies sollten wir auch im Blick haben, wenn wir Argumente pro- oder contra Sterbehilfe diskutieren.

⁴² Dennoch können typische klinische Konstellationen benannt werden, die einen irreversiblen Sterbeprozess charakterisieren. Vgl. Konsenspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs. Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und –beendigung an Intensivstationen, in: Wiener Klinische Wochenschrift (2004), 116/21-22, 763-767, hier: 764.