

# 1 Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin

Georg Marckmann

Das vorliegende *Praxisbuch Ethik in der Medizin* soll dem Gesundheitspersonal eine praxisnahe Orientierung für konkrete ethische Entscheidungssituationen ihrem beruflichen Alltag bieten. Dabei erscheint es sinnvoll, auf ein allgemeines Grundverständnis von Ethik und Medizinethik zurückgreifen zu können: Was kennzeichnet die Ethik als Disziplin? Welche Fragen versucht die Ethik zu beantworten und wie geht sie dabei methodisch vor? Wie können ethische Entscheidungen begründet werden? Und: Welche Rolle spielt die Ethik im medizinischen Bereich? Den nachfolgenden problemorientierten Kapiteln ist deshalb eine allgemeine Einführung in die Ethik und Medizinethik vorangestellt. Sie soll die ethischen Hintergründe verdeutlichen, die den anschließenden anwendungsnahen Ausführungen zugrunde liegen. Die Einführung soll es den Akteuren im Gesundheitswesen zudem erleichtern, selbstständig ethische Fragen zu reflektieren, die im vorliegenden Praxisbuch nicht explizit angesprochen sind. Im Folgenden werden zunächst wichtige Grundfragen und Begriffe der Ethik sowie Grundtypen ethischen Argumentierens erläutert. Anschließend werden Aufgaben, Gegenstand und Methodik der Ethik in der Medizin vorgestellt.

## 1.1 Grundfragen der Ethik

Die Ethik beschäftigt sich allgemein mit der Frage: Wie soll ich (bzw. wie sollen wir) handeln? Sie fragt nicht nach dem was *ist*, sondern nach dem, was sein *soll*. Sie versucht zu klären, was moralisch richtig oder falsch, gut oder schlecht, geboten oder verboten, bzw. gerecht oder ungerecht ist. Im medizinischen Bereich widmet sich die Ethik z.B. der Frage, welche der verfügbaren Behandlungsoptionen bei einem Patienten moralisch zu bevorzugen ist. Dabei gehört es zu den Kernaufgaben der Ethik, diese Urteile zu begründen: Warum ist eine bestimmte Handlung moralisch geboten? Warum soll ich in dieser oder jener Weise handeln? Ethische Theorien wie

die Kantische Ethik oder der Utilitarismus liefern allgemeine Kriterien für *moralisch richtig, gut oder gerecht* und wollen insbesondere dort Orientierung bieten, wo unsere moralischen Alltagsüberzeugungen unsicher oder widersprüchlich sind. Beispiele sind der kategorische Imperativ in der Kantischen Ethik und das Prinzip der Nutzenmaximierung im Utilitarismus (s.u.).

### 1.1.1 Ethik und Moral

Während die Begriffe Ethik und Moral in der Alltagssprache häufig synonym verwendet werden, konnte sich in der Philosophie eine klare Unterscheidung zwischen Ethik und Moral etablieren. Unter *Moral* versteht man die in einer bestimmten Gemeinschaft verbreiteten sittlichen Phänomene, wie moralische Überzeugungen, Regeln, Normen, Wertmaßstäbe und Haltungen. Die 10 Gebote sind z.B. ein wesentlicher Bestandteil der christlichen Moral. Die Autonomie des Patienten zu respektieren, ist ein moralisches Gebot für den medizinischen Bereich. *Ethik* bezeichnet demgegenüber die (philosophische) Reflexion über Moral. Während die Moral angibt, was moralisch richtig oder falsch ist, versucht die Ethik zu begründen, *warum* etwas als moralisch richtig oder falsch gelten soll. Sie hinterfragt und klärt die Anwendung allgemeiner moralischer Gebote. So würde die Ethik z.B. fragen, *warum* die Autonomie des Patienten zu respektieren ist oder *wie* die Autonomie eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten gewahrt werden kann. Obgleich die Ethik eine Teildisziplin der Philosophie ist („Moralphilosophie“), ist das Reflektieren über moralische Fragen kein Privileg der Philosophen. Jeder im Gesundheitswesen Tätige kann über die moralischen Fragen in seinem Berufsalltag nachdenken, Handlungsoptionen analysieren und am Ende zu einer ethisch gut begründeten Entscheidung kommen.

### 1.1.2 Bedingungen gegenwärtiger Ethik

Die philosophische Ethik kann auf eine lange Tradition zurückblicken. Aristoteles etablierte sie im 4. vorchristlichen Jahrhundert als ein eigenes Teilgebiet der Philosophie; die Ethik sollte angesichts der neu entstandenen griechischen Stadtgesellschaft die herkömmliche Moral, wie sie sich in Sitten und Gebräuchen ausdrückte, auf ihren vernünftigen Sinn hin überprüfen. Vor allem entwickelte er Vorstellungen über ein gutes und gelingendes Leben und die Möglichkeiten, unter denen es zu führen sei.

Im Vergleich zur Antike hat die *Pluralität* der Vorstellungen vom guten Leben in der Neuzeit zugenommen; zugleich verblasst die Autorität traditioneller, insbesondere religiös begründeter Normensysteme in der Gesellschaft. Durch das Fehlen einer umfassenden, allgemein verbindlichen Moralinstanz bekommt die Ausdifferenzierung zwischen *evaluativen* Fragen des guten Lebens und *normativen* Fragen des moralisch Richtigen in der Ethik eine zunehmende Bedeutung. Evaluative Aussagen beziehen sich zumeist auf bestimmte Vorstellungen des guten und gelingenden Lebens und haben als solche den Status von Empfehlungen oder Ratschlägen. Normativen Aussagen über das moralisch Richtige oder Falsche beanspruchen hingegen allgemeine Geltung, unabhängig von individuellen Konzeptionen des Guten. Diese Differenzierung ist auch im Bereich der Medizinethik relevant. Beim Respekt der Selbstbestimmung des Patienten handelt es sich zum Beispiel um ein normatives Prinzip mit all-

gemeinem Geltungsanspruch, während die Frage, ob ein schwerkranker Patient eine lebensverlängernde Maßnahme noch als einen Nutzen empfindet, nur mit Bezug auf seine Vorstellungen eines guten Lebens zu beantworten ist. Sie stellt eine evaluative Frage dar, die zu beantworten in der Regel dem Individuum anheimgestellt werden sollte.

Gekennzeichnet ist die gegenwärtige Ethik überdies durch eine zunehmende Anwendungsorientierung. Angesichts der vielfältig ausdifferenzierten und oft sehr komplexen Praxisfelder der modernen, technisierten Welt ist die bloße Anwendung allgemeiner ethischer Grundsätze auf bestimmte Bereiche kaum mehr ausreichend. Die Ethik differenzierte sich deshalb in verschiedene Bereichsethiken aus, die sich den spezifischen ethischen Problemstellungen der jeweiligen Praxisfelder widmen (zur Übersicht vgl. den Sammelband von Nida-Rümelin 2005): Neben der Medizin- und Bioethik seien beispielhaft die Technikethik, die ökologische Ethik, die Wirtschaftsethik und die Tierethik erwähnt.

### 1.1.3 Bereiche ethischer Reflexion

In Abhängigkeit von ihren Aufgaben kann man drei Formen der ethischen Reflexion unterscheiden. Die *deskriptive* Ethik sucht die empirisch vorhandenen moralischen Haltungen und Überzeugungen zu beschreiben und in ihren historischen, soziologischen und psychologischen Zusammenhängen zu klären. So kann man zum Beispiel die Einstellung von Ärzten zur aktiven Sterbehilfe oder zur Rationierung im Gesundheitswesen untersuchen. Zunehmend nutzt die angewandte Ethik hierbei Methoden der empirischen Sozialforschung (Interview- und Fragebogenstudien). Die *normative* Ethik hingegen will moralische Urteile und Einstellungen philosophisch begründen und dafür Kriterien der moralischen Beurteilung entwickeln. Dabei strebt sie auch eine systematische Kritik und Begründung moralischer Positionen an. Die normative Ethik würde zum Beispiel fragen, ob die aktive Sterbehilfe moralisch vertretbar ist oder welche Form der Rationierung im Gesundheitswesen moralisch zu bevorzugen ist. Die meisten ethischen Fragen im medizinischen Bereich sind der normativen Ethik zuzurechnen. Die *Metaethik* schließlich klärt – als eine Art Metatheorie der Ethik – allgemeine Begriffe und Strukturen moralischer Argumentationen. In den Bereich der Metaethik würde zum Beispiel die Frage fallen, ob es überhaupt eine rational begründbare Ethik in der Medizin geben kann bzw. welches Modell der ethischen Begründung für den medizinischen Bereich angemessen ist.

## 1.2 Grundtypen ethischen Argumentierens

Drei Hauptmodelle ethischen Argumentierens kann man idealtypisch unterscheiden, die sich jeweils auf unterschiedliche Aspekte einer Handlung beziehen. *Deontologische* Ethikansätze (griech. deon: Pflicht) fragen, ob die Handlung den moralischen Pflichten entspricht. *Konsequenzialistische* Ethiken beurteilen eine Handlung hingegen allein nach der moralischen Qualität ihrer Folgen (Konsequenzen). Die *Tugendethik* stellt schließlich den Charakter des Handelnden in den Mittelpunkt und fragt, ob seine Haltungen, Einstellungen und Dispositionen moralisch angemessen sind. Die Unterscheidung zwischen deontologischer, konsequenzialistischer und Tugendethik spielt nicht nur in der Moralphilosophie eine Rolle, sondern charakterisiert gleichermaßen

drei verschiedene Arten moralischer Argumentation im Alltag (zur Übersicht s. Tab. 1).



*Bezeichnen wir eine Handlung als moralisch richtig, weil sie pflichtgemäß ist, weil sie das beste Ergebnis hervorbringt oder weil sie in angemessener Haltung des Handelnden vorgenommen wurde?*

Auch in vielen medizinethischen Kontroversen finden sich die unterschiedlichen Argumentationsformen wieder. So treffen z.B. bei der Frage der Verteilung knapper Spenderorgane deontologische Argumente (gleiche Chance, ein Organ zu erhalten) und konsequenzialistische Argumente (den Gesamtnutzen durch die Organe maximieren) aufeinander. Bei Fragen der Therapiebegrenzung am Lebensende treffen deontologische Argumente wie das Gebot, menschliches Leben zu erhalten oder die Selbstbestimmung des Patienten zu respektieren, auf konsequenzialistische Argumente, die sich auf die Folgen des Einsatzes lebensverlängernder Maßnahmen beziehen (z.B. Leiden des Patienten verlängern). Zudem kann man eine Entscheidung danach beurteilen, inwieweit die Haltungen (Tugenden) der beteiligten Personen angemessen waren. Haben sie ihre Entscheidung z.B. mit größter Sorgfalt und Umsicht getroffen oder nicht? Die drei Argumentationsmodelle werden im Folgenden näher erläutert.

Tab. 1 Ethische Theorie-Familien in der Übersicht (modifiziert nach Pellegrino 1995):  
 Unterschiedliche ethische Theorien nehmen jeweils einen anderen Aspekt der moralischen Entscheidungssituation in den Blick.

	Handlungssubjekt	Handlung	Folgen
Theorie	Tugendethik	Deontologische Ethik	Konsequenzialistische Ethik
Fokus	Charakter-Eigenschaften	Pflichten (Regeln, Gebote)	Ergebnisse, Nutzen/Schaden
Beispiele	Wahrhaftigkeit, Einfühlungsvermögen, Vertrauenswürdigkeit	Selbstbestimmung des Patienten respektieren; Leben erhalten	Chemotherapie: mehr Nutzen als Schaden für den Patienten?

### 1.2.1 Deontologische Ethik

Das bedeutendste Beispiel einer deontologischen Ethik stammt von Immanuel Kant. Er setzte voraus, dass der Mensch als Vernunftwesen zur freien Willensentscheidung fähig ist. Hier liegt nach Kant der Ursprung aller Moral, in der Autonomie des Willens, in der Fähigkeit, nach selbst auferlegten Gesetzen unabhängig von sinnlichen Antrieben zu handeln, kurzum: in der Freiheit des Menschen. Für Kants Überlegungen war begründungstheoretisch auch David Humes Einsicht entscheidend, dass das moralische *Sollen* nicht aus dem empirisch zu erfassenden *Sein* der Wirklichkeit zu folgern ist (naturalistischer Fehlschluss). Kant suchte ein von den konkreten Handlungsbedingungen und -folgen unabhängiges, oberstes Moralprinzip – den kategorischen Imperativ –, von dem her alles Handeln seine Orientierung erhalten soll. Er forderte, dass die gewählten Handlungsmaximen grundsätzlich verallgemeinerbar sein sollten:

*„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (Kant 1956, 421)*

Anstatt inhaltlich schon bestimmte Maximen vorzugeben, dient der kategorische Imperativ vielmehr als formales Prüfverfahren für die moralische Zulässigkeit von Maximen, d.h. subjektiven Handlungsgrundsätzen.

In einer anderen Variante des kategorischen Imperativs, der sogenannten „Selbstzweckformel“, wendet sich Kant gegen die ausschließliche Instrumentalisierung von Personen. Als vernünftige Wesen können wir gar nicht anders, als auch anderen Vernunftwesen Würde zuzuerkennen, also in einem Verhältnis wechselseitiger Anerkennung mit ihnen zu leben.

*„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals nur als Mittel brauchst.“ (Kant 1956, 429)*

Mit „Menschheit“ meint Kant dabei die Fähigkeit, Zwecke zu setzen, also besser verstanden als „Menschhaftigkeit“.

Auch wenn Kants philosophische Begründung seit ihrem Erscheinen kontrovers diskutiert wird, so sind doch zentrale Elemente seiner Ethik nicht nur historisch interessant. Die sogenannte „Selbstzweckformel“ des kategorischen Imperativs nimmt in der philosophischen Diskussion um die Menschenwürde und die Menschenrechte eine zentrale Rolle ein und ist damit auch in der Medizin, insbesondere in der Forschung am Menschen, von maßgeblicher Bedeutung. Desgleichen besitzen die von Kant geforderte Distanzierung von subjektiven Wünschen und Präferenzen sowie die Verallgemeinerungsfähigkeit von gewählten Handlungsgrundsätzen (Maximen) in der zeitgenössischen Ethik nach wie vor einen hohen Stellenwert.

### 1.2.2 Konsequentialistische Ethik

Der Konsequentialismus bezeichnet eine Familie ethischer Theorien, bei denen die *Handlungsfolgen* maßgeblich für die moralische Bewertung einer Handlung sind. Eine der bekanntesten Formen der konsequentialistischen Ethik ist der Utilitarismus, der ursprünglich auf die britischen Philosophen Jeremy Bentham, John Stuart Mill und Henry Sidgwick zurückgeht. Dem Utilitarismus zufolge ist diejenige Handlung moralisch richtig, die das Wohlergehen aller von einer Handlung Betroffenen *insgesamt* maximiert. Diese ethische Grundregel kann nicht nur auf einzelne Handlungen angewendet werden, sondern auch auf gesellschaftliche Institutionen und Verfahren. Der Utilitarismus ist durch vier Teilelemente gekennzeichnet:

1. Die moralische Bewertung einer Handlung ergibt sich aus ihren Folgen (*Folgenprinzip*).
2. Diese Folgen werden nach ihrem Nutzen bewertet (*Nutzen- oder Utilitätsprinzip*).
3. Entscheidend ist dabei der Nutzen für das, was an sich, d.h. unabhängig von bestimmten Zielen und Zwecken gut ist. Der klassische Utilitarismus geht hier von einem hedonistischen Menschenbild aus, das durch die Vermehrung von Lust und die Vermeidung von Unlust charakterisiert ist: Als intrinsisch gut gilt folglich ausschließlich das individuelle Wohlergehen (*hedonistisches Prinzip*).
4. Maßgeblich ist aber nicht allein das Wohlergehen des Handelnden, sondern die Summe der individuellen Wohlergehen aller Betroffenen (*Aggregationsprinzip*).

Obwohl das Kriterium der Nutzenmaximierung gerade unter Knappheitsbedingungen intuitiv einleuchtend erscheint, ergeben sich bei der praktischen Anwendung verschiedene, zum Teil bis heute nicht zufriedenstellend gelöste Schwierigkeiten. Ein Hauptproblem liegt in der inhaltlichen Bestimmung des Nutzens. Grundsätzlich kommen hier drei verschiedene Kriterien in Betracht:

1. das subjektive Wohlbefinden (wie im klassischen Utilitarismus),
2. die Erfüllung von Wünschen und Präferenzen (sog. Präferenzutilitarismus) oder
3. objektive Kriterien des Wohlergehens.

Unklar bleibt darüber hinaus, wie man das Wohlergehen verschiedener Individuen aggregieren kann und welche Folgen und Nebenfolgen beim Nutzenkalkül jeweils zu berücksichtigen sind. Der stärkste Einwand dürfte jedoch ein ethischer sein: Der Utilitarismus berücksichtigt ausschließlich die *Nutzensumme*, aber nicht die *Nutzenverteilung* und vernachlässigt damit einen wesentlichen Aspekt der Moral, die *Verteilungsgerechtigkeit*. Im Gesundheitswesen ist das utilitaristische Prinzip der Nutzenmaximierung vor allem bei der Verteilung begrenzter Ressourcen relevant. So wird z.B. kontrovers diskutiert, welche Rolle das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Bestimmung des Leistungsumfangs der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung spielen soll. Auch bei der Allokation von Spendeorganen spielt die Erfolgsaussicht und damit der erzielbare Gesamtnutzen – neben der Dringlichkeit der Behandlung – eine wesentliche Rolle (vgl. Kap. III.9.4).

### 1.2.3 Tugendethik

Tugendethische Ansätze, die in ihren Ursprüngen auf Platon und vor allem dessen Schüler Aristoteles zurückgehen, haben nicht nur im Bereich der Medizinethik eine gewisse Renaissance erfahren. Im Kern beinhaltet die antike Tugendlehre die Idee, dass die bewusste Formung charakterlicher Anlagen in Hinblick auf bestimmte Herausforderungen für die Handlungsorientierung entscheidend sei. So gelten die vier Kardinaltugenden Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Besonnenheit als erstrebenswerte Auszeichnungen einer Person, die in alltäglichen wie außergewöhnlichen Situationen gleichermaßen handlungsleitend sein sollen. Es geht im aristotelischen Ansatz um die Fähigkeit, klug die Realität auf das mögliche Gute hin einschätzen zu können, sodass man gerecht gegenüber sich und anderen handelt. Die tugendhafte Haltung macht es demnach ohne weiteres Regel- oder Pflichtwerk möglich, die Mitte zwischen dem Übermäßigen wie dem Mangelhaften im Handeln jeweils neu zu finden.

Der Tugendkanon erfuhr später vielfache Erweiterungen, so durch die christlichen Tugenden Glaube, Liebe und Hoffnung; in der Aufklärungszeit zählte man vor allem noch die Toleranz zum Kanon der geforderten Haltungen hinzu, die nicht aus Pflicht, sondern aus Einsicht in ihren genuinen Sinn einzüben waren.

Die neueren Konzepte der Tugendethik im Bereich der Medizin distanzieren sich vor allem von der alleinigen Orientierung an strikten Regel- und Pflichtenkatalogen, die der Komplexität und Variabilität der Handlungssituationen kaum mehr gerecht werden können und mit der Persönlichkeit des Handelnden ein wesentliches Element der Moralität unberücksichtigt lassen. Eine sittliche Grundhaltung, die zum guten

Handeln disponiert, sei vielmehr geeignet, den situativ wechselnden Anforderungen im medizinischen Bereich zu entsprechen. Die amerikanischen Medizinethiker Edmund D. Pellegrino und David C. Thomasma (1993) entwickelten z.B. eine ärztliche Tugendlehre, nach der ein tugendhafter Arzt die Veranlagung besitzt, gewohnheitsmäßig zum Wohl des Patienten zu handeln. Allerdings fehlen einer Tugendethik verallgemeinerbare Kriterien, um in Konfliktfällen beurteilen zu können, welche Handlung moralisch konkret geboten ist. So räumen auch Pellegrino und Thomasma ein, dass ihr tugendethischer Ansatz der Ergänzung bedarf. Angesichts der eingeschränkten Regelbarkeit ethischer Herausforderungen in der modernen Medizin kommt aber der moralischen Einstellung und Grundhaltung der Akteure dennoch eine wesentliche Bedeutung zu.

### 1.3 Aufgabe, Gegenstand und Methodik der Ethik in der Medizin

#### 1.3.1 Ethik in der Medizin als angewandte Ethik

Die ältesten überlieferten Ansätze im europäischen Kulturraum, ärztliches Handeln in moralischer Hinsicht zu normieren, finden sich mit dem Hippokratischen Eid bereits in der Antike. Diese traditionelle Medizinethik beschränkte sich jedoch weitgehend auf professionsinterne Regelungen, die festlegten, wie sich Ärzte zueinander und gegenüber anderen – im Sinne eines Standesethos – verhalten sollten. Als eigenständige akademische Disziplin, die mit wissenschaftlicher Methodik die moralischen Fragen und Konflikte im gesamten medizinischen Bereich reflektiert, entstand die Medizinethik erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Die Gründe für diese Entwicklung sind weithin bekannt: Der medizinisch-technische Fortschritt eröffnet neue Handlungs- und Eingriffsmöglichkeiten, die nicht nur unsere moralische Urteilsfähigkeit, sondern auch das menschliche Selbstverständnis in besonderer Weise herausfordern. Beispielhaft erwähnt seien die intensivmedizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung (z.B. die künstliche Beatmung), die Organtransplantation, die künstliche Befruchtung oder die Diagnostik des menschlichen Genoms. Dass die verfügbaren medizinischen Maßnahmen auch tatsächlich eingesetzt werden sollen, versteht sich nicht mehr von selbst, sondern erfordert häufig eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken. Gleichzeitig sind moderne Gesellschaften durch eine Pluralität von Wertüberzeugungen und Lebensformen gekennzeichnet. Auf einen gesellschaftlichen Konsens kann in vielen moralischen Streitfragen im biomedizinischen Bereich nicht mehr zurückgegriffen werden. Die anhaltenden Debatten um den moralischen Status des Embryos oder die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe mögen dies exemplarisch verdeutlichen. Auch das Arzt-Patient-Verhältnis hat sich gewandelt: Die ärztliche Entscheidungsautorität bleibt nicht mehr unhinterfragt, die Selbstbestimmung der Patienten gewinnt an Gewicht, der Patient wird zunehmend gleichberechtigter Partner in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess.

Während die klassische Medizinethik vor allem ethische Fragen im Bereich von Diagnostik und Therapie behandelt, ist der Anwendungsbereich der heutigen Ethik in der Medizin breiter gefasst, weshalb man häufig auch von einer „Ethik im Gesundheitswesen“ spricht. Als Bereichsethik befasst sie sich mit allen moralischen Fragen und Problemen, die in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens auftre-

ten, und thematisiert vor allem auch ethische Fragen der Organisation von Gesundheitsversorgung und Pflege. Dabei handelt es sich nicht um eine Sonderethik mit eigenen moralischen Normen, sondern um eine Ethik für ein Handeln in einem besonderen Bereich: Allgemein gültige moralische Prinzipien kommen unter Berücksichtigung der spezifischen Sachgegebenheiten zur Anwendung. Diese ethische Reflexion bleibt dabei nicht auf die „professionelle“ Ethik an den akademischen Institutionen beschränkt, sondern ist auch – und vielleicht sogar vor allem – von den verantwortlich Handelnden gefordert. Auch die zunehmend an den Krankenhäusern etablierte klinische Ethikberatung (s. Kap. I.3) kann die moralische Kompetenz und Urteilsfähigkeit des Gesundheitspersonals nicht ersetzen, sondern lediglich unterstützen. Aufgrund ihrer erheblichen gesellschaftlichen Bedeutung erfordern die ethischen Fragestellungen im Gesundheitswesen zudem nicht nur eine Reflexion innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen, sondern einen breiten gesellschaftlichen Diskurs. Es ist deshalb kein Zufall, dass z.B. der Deutsche Ethikrat vor allem ethische Fragen aus dem Gesundheitsbereich diskutiert. Aufgrund der Pluralität ethischer Theorien und moralischer Überzeugungen lässt sich vor allem bei Konflikten im klinischen Bereich oft nicht eine einzige, „objektiv“ richtige Handlungsoption bestimmen. Überdies beruhen viele Entscheidungen auf evaluativen Fragen des guten Lebens, die in modernen Gesellschaften unterschiedlich beantwortet werden. In diesen Fällen besteht die Herausforderung darin, eine ethisch möglichst gut begründete, die individuellen Wertüberzeugungen der Betroffenen respektierende Entscheidung zu fällen.

### 1.3.2 Prinzipienorientierte Medizinethik

Bislang konnte sich im Bereich der medizinischen Ethik keine ethische Theorie durchsetzen, die sich ausschließlich auf eine der klassischen moralphilosophischen Theorien bezieht. Weltweite Verbreitung und Akzeptanz hat aber ein alternativer Ansatz gefunden, der sich explizit dem Theorienpluralismus in der Philosophie und dem Wertepluralismus in der Gesellschaft stellt: die prinzipienorientierte Medizinethik (*principlism*), begründet von den US-amerikanischen Bioethikern Tom L. Beauchamp und James F. Childress (Beauchamp u. Childress 1979, 2013). Angesichts ungelöster moralphilosophischer Grundlagenkontroversen gibt der Ansatz den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie mit einem obersten Moralprinzip auf und orientierte sich stattdessen an weithin konsensfähigen „mittleren“ Prinzipien, die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind. Diese Prinzipien knüpfen an unsere moralischen Alltagsüberzeugungen an, die in ihrem moralischen Gehalt rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden (Badura 2011). Man spricht deshalb auch von einem *rekonstruktiven* oder *kohärentistischen* Begründungsansatz.

John Rawls hat mit seinem Konzept des „Überlegungsgleichgewichts“ die Debatte um den ethischen Kohärentismus wesentlich geprägt. Nach diesem Modell der ethischen Rechtfertigung sind unsere wohl abgewogenen moralischen Urteile mit den relevanten Hintergrundüberzeugungen und ethischen Grundsätzen in ein – dynamisches – Gleichgewicht der Überlegung zu bringen (Rawls 1975). Obgleich die wohl überlegten moralischen Urteile in unsere moralische Alltagserfahrung eingebettet sind, handelt es sich dabei keineswegs bloß um moralische Intuitionen. Aus den in einer Gemeinschaft weithin akzeptierten moralischen Normen, Regeln und Über-



zeugungen werden die „mittleren“ Prinzipien rekonstruiert, die den normativen Grundbestand des kohärentistischen Ethikansatzes ausmachen. Die ethische Reflexion beginnt zwar mit den alltäglichen moralischen Überzeugungen, endet aber nicht mit ihnen. Die ethische Theoriebildung hat vielmehr die Aufgabe,

- den Gehalt dieser moralischen Überzeugungen zu klären und zu interpretieren,
- verschiedene Überzeugungen in einen kohärenten Zusammenhang zu bringen sowie
- die gewonnenen Prinzipien (auch in Form von handlungsleitenden Regeln) zu konkretisieren und gegeneinander abzuwägen.

Damit wird der Status quo der faktisch verbreiteten moralischen Überzeugungen nicht festgeschrieben, sondern weiter entwickelt. Das Überlegungsgleichgewicht bleibt ein Ideal, das zwar angestrebt, aber niemals wirklich erreicht wird, mithin eine dauerhafte Aufgabe ethischer Theoriebildung und somit ein wesentlicher Grund für die anhaltende Überprüfung der unter Praxisbedingungen getroffenen normativen Entscheidungen. Unsere Alltagsüberzeugungen sind dabei nicht nur Ausgangspunkt, sondern auch Prüfstein und notwendiges Korrektiv. Es besteht somit eine Wechselbeziehung zwischen ethischer Theorie und moralischer Praxis: Die ethische Theorie bietet Orientierung in der Praxis, gleichzeitig muss sich die ethische Theorie in der Praxis bewähren.

Für den biomedizinischen Bereich lassen sich vier moralische Prinzipien rekonstruieren, welche auch in Deutschland die weithin zustimmungsfähigen ethischen Grundlagen für Handeln im Gesundheitswesen widerspiegeln:

1. Das **Prinzip des Wohltuns (oder Nutzens)** verpflichtet dazu, dem Patienten bestmöglich zu nützen und sein Wohlergehen befördern. Dies umfasst die Verpflichtung, Krankheiten zu behandeln oder präventiv zu vermeiden und die Beschwerden des Patienten zu lindern. Auch die traditionelle ärztliche Ethik forderte in ähnlicher Form die Sorge um das Wohl des Patienten: *Salus aegroti suprema lex*. Diese *Maxime* ist heute aber nicht mehr oberstes Gebot ärztlichen Handelns, sondern steht zunächst gleichberechtigt neben den anderen Prinzipien.
2. Das **Prinzip des Nichtschadens** greift den traditionellen ärztlichen Grundsatz des „*primum nil nocere*“ auf: Dem Patienten ist kein Schaden zuzufügen. Während das Prinzip des Wohltuns die Verhinderung oder Beseitigung von gesundheitlichen Schäden sowie die aktive Förderung des Patientenwohls fordert, bezieht sich das Prinzip des Nichtschadens auf die Unterlassung möglicherweise schädigender Handlungen, d. h. auf das Schadenspotenzial medizinischer und pflegerischer Maßnahmen. Oft können Ärzte dem Patienten jedoch nur nützen, d. h. eine effektive Versorgung anbieten, wenn sie gleichzeitig ein Schadensrisiko in Form unerwünschter Wirkungen in Kauf nehmen. In diesem Falle ist eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden für den Patienten erforderlich.
3. Das **Prinzip Respekt der Autonomie** richtet sich gegen die wohlwollende Bevormundung des Patienten und fordert die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten. Dabei verlangt das Autonomie-Prinzip nicht nur negativ die Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflussnahme, sondern auch positiv die Förderung der Entscheidungsfähigkeit und die Hilfe bei der Entscheidungsfindung. Folglich hat der Arzt nicht nur die Ver-

pflichtung, die Entscheidungen des Patienten zu respektieren, sondern auch die Verpflichtung, den Entscheidungsprozess selbst durch eine sorgfältige, auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmte Aufklärung zu unterstützen. Praktische Umsetzung findet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Prinzip des informierten Einverständnisses („informed consent“), das als zentrale Elemente die Aufklärung und Einwilligung umfasst: Ein informiertes Einverständnis liegt vor, wenn der Patient ausreichend aufgeklärt worden ist, die Aufklärung verstanden hat, freiwillig entscheidet, dabei entscheidungskompetent ist und schließlich seine Zustimmung gibt (Marckmann u. Bormuth 2012).

4. Das **Prinzip der Gerechtigkeit** weist über den einzelnen Patienten hinaus und erfordert bei der Anwendung einer weiteren Interpretation und Konkretisierung. Denn trotz weitgehenden Konsenses darüber, dass Gerechtigkeitsabwägungen eine bedeutende Rolle spielen, hängt die Beantwortung der Frage, wie eine gerechte Gesundheitsversorgung konkret zu gestalten ist, wesentlich von ethischen Grundüberzeugungen ab. Vergleichsweise unkontrovers dürfte noch die Berücksichtigung des folgenden formalen Gerechtigkeitsprinzips sein: „Gleiche Fälle sollten gleich behandelt werden, und ungleiche Fälle sollten nur insofern ungleich behandelt werden, als sie moralisch relevante Unterschiede aufweisen.“ Interpretationsschwierigkeiten bereitet hier die Frage, was im Einzelfall moralisch relevante Unterschiede sind. Angesichts der zunehmenden Diskrepanz zwischen medizinisch Möglichem und öffentlich Finanzierbarem werden sich in Zukunft vor allem Fragen der Verteilungsgerechtigkeit weiter verschärfen (s. Kap. II.12).

Die vier Prinzipien sind *prima facie* gültig, d. h. verbindlich, sofern sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren. So ist z. B. die für das Wohlergehen des Patienten beste Therapie geboten, solange der Patient der Behandlung nicht widerspricht und damit das Prinzip des Wohltuns mit dem Prinzip Respekt der Autonomie in Konflikt gerät. Die vier medizinethischen Prinzipien bilden allgemeine ethische Orientierungen, die im Einzelfall noch einen erheblichen Beurteilungsspielraum zulassen. Für die Anwendung müssen die Prinzipien deshalb fallbezogen interpretiert und gegeneinander abgewogen werden (zum praktischen Vorgehen vgl. Kap. I.2). Trotz oftmals ungelöster Grundlagenfragen ermöglichen sie eine Konsensfindung auf mittlerer Ebene, da sie auf unseren moralischen Alltagsüberzeugungen aufbauen und mit verschiedenen ethischen Begründungen kompatibel sind. Die Transparenz moralischer Kontroversen wird erhöht, da sie sich als Konflikte zwischen unterschiedlich gewichteten Prinzipien darstellen lassen. Eine klare Benennung des ethischen Konflikts kann oft der erste Schritt auf dem Weg zu einer Problemlösung sein.

Gleichzeitig wird die Interpretation für den Einzelfall durch die prinzipienorientierte Medizinethik nicht vorweggenommen. Dies ist Stärke und Schwäche des Ansatzes zugleich. Auf der einen Seite bleibt er offen für verschiedene moralische Grundüberzeugungen und die Besonderheiten des Einzelfalls. Vor allem in Konfliktfällen bieten die Prinzipien Interpretationsspielräume für situationsspezifische Vermittlungen und Kompromisse. Auf der anderen Seite wird diese Flexibilität mit einem eingeschränkten Problemlösungspotenzial erkaufte. Da die relative Gewichtung der Prinzipien nicht vorgegeben ist, lassen sich häufig keine definitiven Konfliktlösungen ableiten. Diese müssen vielmehr auf der Grundlage der spezifischen Eigenschaften

des Falles und der moralischen Überzeugungen der beteiligten Personen jeweils neu herausgearbeitet werden. Damit werden intuitive Urteile und subjektive Abwägungen genau dort unvermeidbar, wo wir eigentlich auf die Hilfe ethischer Theorien besonders angewiesen wären: in schwierigen moralischen Konfliktsituationen. Diese Offenheit des Ansatzes erscheint jedoch angesichts der Vielschichtigkeit und Komplexität unserer moralischen Überzeugungssysteme angemessen, da sie es erlaubt, genau auf die individuelle Konstellation des Einzelfalls abgestimmte Lösungen herauszuarbeiten – was insbesondere in der Medizin einen ganz wesentlichen Vorteil darstellt.



### **Praxistipps**

- *Die ethische Reflexion im klinischen Alltag sollte eine gut begründete Antwort anstreben auf die Frage: „Was sollen wir tun?“*
- *Die Begründung sollte sich an den vier klassischen medizinethischen Prinzipien orientieren: Wohltun, Nichtschaden, Respekt der Autonomie und Gerechtigkeit.*
- *Eigene moralische Intuitionen und Überzeugungen sind immer wieder an den vier medizinethischen Prinzipien zu überprüfen, da diese die moralischen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten und gegenüber Dritten definieren.*

## **Literatur**

- Badura J (2011) Kohärenzismus. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.) Handbuch Ethik. 194–205. J.B. Metzler Stuttgart
- Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of Biomedical Ethics. 7<sup>th</sup> Ed. (1<sup>st</sup> Ed. 1979) Oxford University Press New York, Oxford
- Kant I (1956) Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Suhrkamp Frankfurt am Main
- Marckmann G, Bormuth M (2012) Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis: Einführung. In: Wiesing U (Hrsg.) Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 96–106. Philipp Reclam jun. Stuttgart
- Nida-Rümelin J (Hrsg.) (2005) Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Alfred Kröner Verlag Stuttgart
- Pellegrino ED (1995) Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Institute of Ethics Journal 5, 253–277
- Pellegrino ED, Thomasma DC (1993) The virtues in medical practice. Oxford University Press New York, Oxford
- Rawls J (1975) Eine Theorie der Gerechtigkeit. Suhrkamp Frankfurt am Main