

Giovanni Maio

Mittelpunkt Mensch

2. Auflage



Lehrbuch der Ethik in der Medizin

Mit einer Einführung in
die Ethik der Pflege

 Schattauer

Giovanni Maio

Mittelpunkt Mensch

Lehrbuch der Ethik in der Medizin

This page intentionally left blank

Giovanni Maio

Mittelpunkt Mensch

Lehrbuch der Ethik in der Medizin

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit einer Einführung
in die Ethik der Pflege

 **Schattauer**

Univ.-Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

Lehrstuhl für Medizinethik

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Stefan-Meier-Straße 26

79104 Freiburg

maio@ethik.uni-freiburg.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Dr. Cathrin Nielsen, lektoratphilosophie.de, Frankfurt am Main

Umschlagabbildungen: © [couscouschocolat/Wikimedia Commons](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Couscouschocolat); © [spotmatikphoto/Fotolia](https://www.fotolia.com/spotmatikphoto)

Umschlaggestaltung: martin zech design, Bremen

Satz: am-productions GmbH, Wiesloch

Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

ISBN 978-3-7945-3066-3

E-Book: 978-3-7945-6871-0

Vorwort zur zweiten Auflage

Ein Lehrbuch der Ethik in der Medizin zu verfassen ist allein der tagespolitischen Präsenz medizinethischer Themen wegen unweigerlich mit der Gefahr des Lückenhaften verbunden. Als die erste Ausgabe Ende 2011 erschien, war zum Beispiel die Vehemenz der öffentlichen Debatte um die Organtransplantation genauso wenig absehbar wie die heftige Diskussion um den assistierten Suizid, ganz abgesehen von der neu aufgeworfenen Frage um die Vertretbarkeit der Beschneidung. Diese Fragen haben die Öffentlichkeit der letzten Jahre ebenso geprägt wie die Fragen nach dem Social Freezing, dem Bluttest auf Trisomie 21 oder der Leihmutterchaft. All diese Themen haben nun, ergänzt um ein vollkommen neues Kapitel zur Neuroethik, in der zweiten Auflage ausreichend Raum gefunden.

Und doch lag die Notwendigkeit einer Neuauflage nicht allein in diesen neuen Entwicklungen begründet, so wichtig deren ergänzende Darlegungen auch sein mögen.

Das Kernanliegen, das mit dieser Neuauflage verfolgt wird, besteht vielmehr darin, die theoretische Basis des gesamten Buches zu erweitern. So war es mir wichtig, neben der in der ersten Auflage dargelegten Prinzipienethik als methodische Hauptströmung der Medizinethik noch weitere methodische Zugänge zu entfalten, die es ermöglichen, medizinethische Fragen in einer tiefer gehenden Weise zu behandeln. Wenn man den Titel »Mittelpunkt Mensch« ernst nimmt, so verweisen medizinethische Fragen unweigerlich auf existenzielle Grundfragen und zugleich auf eine bestimmte Lebensgeschichte, auf eine ganz konkrete Situation, in der sich der einzelne kranke Mensch befindet. Diese Situation des kranken Menschen macht geradezu unabdingbar eine hermeneutische Herangehensweise notwendig und sie verweist zugleich auf eine Haltung, die man als eine Haltung der Sorge bezeichnen könnte.

Vor diesem Hintergrund enthält diese Auflage drei große methodische Erweiterungen: ein grundlegendes Kapitel zur Diskursethik, ein anderes zur hermeneutischen Ethik und ein umfassendes Kapitel zur Ethik der Sorge.

Ein weiterer Ausbau der konzeptionellen und theoretischen Grundlagen der Medizinethik besteht darin, dass eine Vielzahl neuer Kapitel geschrieben wurde, die sich eingehend den Grundbegriffen der Medizin widmen, da viele genuin ethische Fragen in der Medizin ohne eine Vergegenwärtigung dieser medizinischen Grundbegriffe nicht angemessen behandelt werden können. Zu diesen Grundbegriffen gehören die Begriffe Krankheit, Gesundheit und medizinische Indikation genauso wie der Begriff der ärztlichen Kunst. Gerade der letztere Begriff kann aufzeigen, wie einseitig und unreflektiert die heut-

igen Vorstellungen von Qualität in der Medizin sind, lassen sie doch weitgehend eine Rückbindung an theoretische Konzeptionen vermissen, die notwendig sind, um überhaupt zu begreifen, was Medizin ist.

Ein besonderes Anliegen bestand darin, ein eigenes neues Kapitel zur Ethik der Pflege zu verfassen. Die Pflege ist eine zentrale Disziplin mit eigener Zielsetzung, eigener Methodik und eigenem Wert. Die neue Auflage möchte der Pflege einen eigenen Raum geben, weil eine gute Medizin ohne eine Auseinandersetzung mit der Identität der Pflege nicht verwirklicht werden kann. Das Lehrbuch versteht sich somit zugleich als ein Buch zur Aufwertung der Pflege als eines eigenständigen Teils der Medizin.

Zu danken bleibt mir in besonderer Weise dem Schattauer Verlag, namentlich Frau Dr. Nadja Urbani und Herrn Dr. Wulf Bertram. Mit keinem anderen Verlag verläuft die Zusammenarbeit so professionell und vertrauensvoll zugleich wie mit Schattauer. Für dieses außergewöhnlich angenehme Miteinander sage ich aufrichtig Danke. Ein besonderes Anliegen ist es mir, Frau Dr. Cathrin Nielsen für das engagierte Lektorat zu danken. Sie hat wieder einmal mehr getan, als man von einer Lektorin erwarten dürfte. Schon die erste Auflage hatte sie betreut, und es war so beruhigend, auch den neuen Text vertrauensvoll in ihre Hände zu legen. Herzlich danken möchte ich Frau Prof. Dr. Angelika Reichert, die viele wertvolle inhaltliche Anregungen gegeben hat und den Text mit enormem Kenntnisreichtum und einer bemerkenswerten Akribie kritisch durchgesehen hat. Ferner sei auch vielen anderen Kolleginnen und Kollegen gedankt, die eine eigene Durchsicht des Textes vorgenommen haben, allen voran Herrn Dr. Raphael Rauh, Herrn Jonas Christoph, Herrn Dr. Heiner Lohmann und Herrn Stephan Schirm.

Schließlich danke ich allen Leserinnen und Lesern, die mir immer wieder schreiben. All das hat mich motiviert, dieses Buch nie als abgeschlossen zu begreifen. Möge die neue Auflage der Nachdenklichkeit in der Medizin dienen.

Freiburg, im Frühjahr 2017

Giovanni Maio

Vorwort zur ersten Auflage

Dieses Buch ist erwachsen aus einer langjährigen Lehrtätigkeit als Medizinethiker an den Universitäten Zürich, Aachen, Lübeck und Freiburg. Es ist zugleich das Resultat einer über zehnjährigen Praxis der klinischen Ethikberatung. Zahlreiche Impulse verdanke ich den Studierenden, die mich in den Ethik-Vorlesungen mit ihren interessierten Fragen und Kommentaren immer wieder aufs Neue inspiriert haben. Von ihnen habe ich viel gelernt, und mit diesem Buch möchte ich gerade den Studierenden etwas zurückgeben.

Das Buch ist für Studierende der Medizin, aber auch für Studierende der Philosophie und der Theologie geschrieben und zugleich für all diejenigen, die sich im Bereich der Medizinethik fortbilden oder einen Überblick über medizinethische Problemfelder und die Inhalte einer modernen Medizinethik gewinnen möchten. Besonderes Anliegen ist es, die Relevanz der Theorie für den praktischen Umgang mit Patienten zu verdeutlichen. Bei allem Praxisbezug ist das Buch in der Grundüberzeugung geschrieben worden, dass praktische Probleme ohne eine Reflexion auf ethische Theorien und Begriffe nicht angemessen geklärt werden können. Daher wird der Theorie viel Raum gegeben und zugleich ein konkreter Praxisbezug hergestellt. Diese besondere Praxisnähe ergibt sich aus der ausführlichen Erörterung einer Vielzahl von Patientengeschichten, mit deren klinischem Konfliktpotenzial ich in den meisten Fällen persönlich konfrontiert gewesen bin. Diese realen Patientengeschichten bieten einen lebensnahen Einblick in die Komplexität medizinethischer Konfliktsituationen.

Ohne die Unterstützung vieler Menschen wäre das vorliegende Buch nicht möglich gewesen. Daher ist es mir ein wichtiges Anliegen, all den Menschen zu danken, die an seiner Entstehung maßgeblich mitgewirkt haben. Dies gilt allen voran für meine Familie, die so viel Verständnis für meine Begeisterung für dieses Buch aufgebracht hat. Und dies gilt in besonderer Weise für meine ethischen und philosophischen Lehrer Prof. Dr. Dietrich von Engelhardt und Prof. Dr. Jan Peter Beckmann, denen ich in Dankbarkeit verbunden bin. Sie haben mich in meinen Lehrjahren geprägt, prägen mich auch heute und haben mir zahlreiche Impulse gegeben, die Eingang in dieses Buch gefunden haben. Dass Prof. Beckmann in einer unermüdlichen und so selbstlosen Akribie eine kritische Durchsicht des Manuskripts vorgenommen und zahlreiche Anregungen gegeben hat, ist mir von unschätzbarem Wert gewesen. Dafür danke ich sehr. Mit Nachdruck danken möchte ich meinen geschätzten Kollegen Dr. Joachim Boldt und Dr. Oliver Müller, mit denen ich stets gerne in einem fachlichen Austausch gewesen bin und die einige Kapitel kritisch durchgeschaut und viele Anregungen gegeben haben. Mein besonderer und überaus herzlicher Dank geht an meine Kollegin Dr. Claudia Bozzaro; sie hat sich in den gesamten Text so

intensiv eingedacht, dass allein durch ihre kritische und kenntnisreiche Durchsicht der Text an vielen Stellen deutlich verbessert werden konnte. Die Besprechung des Manuskripts mit ihr hat mir immer große Freude bereitet. Vor dem Verlagslektorat hat Herr Dr. Peter Steinkamp eine Vorlekturierung vorgenommen, für die ich ebenfalls herzlich danken möchte. Herr Raphael Rauh hat sich für ein finales Korrekturlesen so sehr verdient gemacht, dass es Zeit ist, ihm auch offiziell für diesen großen Einsatz zu danken. Ein ganz besonderer Dank geht an Dr. Cathrin Nielsen; sie hat sich als philosophische Lektorin so sehr für dieses Buch engagiert, dass es geradezu eine Untertreibung ist, sie hier nur als Lektorin aufzuführen. Sie hat sich in das Buch eingedacht, viele Hinweise gegeben und konkrete Vorschläge gemacht, die weit über das hinausgehen, was man von einem Lektorat erwarten kann. Für dieses außergewöhnlich verdienstvolle Lektorat möchte ich herzlichst danken. Sehr verdient hat sich Volker Drüke um das Manuskript gemacht. Mit seinem finalen Lektorat konnte das Buch die Form gewinnen, die es jetzt glücklicherweise haben kann. Er hat mit Akribie, Ausdauer und besonderem persönlichen Engagement viel für das Buch getan und sich in besonderer Weise verdient gemacht. Es ist mir wichtig, ihm auch an dieser Stelle meinen herzlichen Dank für die wunderbare Zusammenarbeit auszusprechen.

Dass Prof. Dr. Wilhelm Vossenkuhl ein Geleitwort zu meinem Buch geschrieben hat, erfüllt mich mit großer Freude, und ich danke ihm sehr herzlich für die große Aufgeschlossenheit für dieses Buch; besonders danke ich für die feinsinnigeerspürung des persönlichen Anliegens, das sich hinter dem Buch verbirgt. Mit besonderer Betonung sei dem Schattauer Verlag gedankt, Herrn Dieter Bergemann, Herrn Jan Haaf und allen freundlichen Mitarbeiterinnen des Verlags, allen voran Frau Alina Piasny, die das Buch mit großer Begeisterung und Ausdauer betreut hat. Das Gesamtlektorat wurde von Frau Dr. Petra Mülker in vorbildlicher Weise geleitet, und ich danke sehr für all den wertvollen Austausch, den wir bei der Herstellung des Buches hatten. Ich habe die Zusammenarbeit mit dem Schattauer Verlag sehr geschätzt und freue mich, dass das Buch in diesem Verlag erscheinen kann. Ein ganz herzlicher und nachdrücklicher Dank geht an Herrn Dr. Wulf Bertram, der als verlegerischer Geschäftsführer die Aufnahme eines medizinethischen Lehrbuchs in das Verlagsprogramm mit Überzeugung, Geduld und persönlichem Engagement möglich gemacht hat. Seine vielfältigen Vorschläge aus der breiten verlegerischen Erfahrung haben sehr zur Qualität des Buches beigetragen, und mir liegt daran, für dieses außergewöhnliche verlegerische Engagement ganz ausdrücklich zu danken. Möge dieses Buch eine neue Grundlage für einen weiteren Austausch mit allen Schattauer-Lesern sein.

Zum Geleit

Medizin und Ethik sind praktische Wissenschaften im Dienst der Menschen. Sie sollen jeweils das Ihre dazu tun, dass die Menschen in ihrer Welt gut leben können. Was aber genau »gutes Leben« bedeutet und wie es überhaupt möglich ist, das beantworten Medizin und Ethik jeweils mit unterschiedlichen Kompetenzen. Die Medizin kann helfen, wenn es um Leben und Tod, um Gesundheit und Krankheit geht, aber soll sie das auch in jedem einzelnen Fall? Muss es nicht Grenzen diesseits dessen geben, was machbar ist? Und was kann demgegenüber die Ethik? Kann sie überhaupt in medizinischen Angelegenheiten helfen? Giovanni Maio beantwortet genau diese Fragen. Er zeigt, bei welchen Problemen und Nöten ethische Hilfe in der Medizin unverzichtbar ist und wie die Ethik sowohl Patienten und Patientinnen als auch Ärzten und Ärztinnen bei ihren folgenreichen Entscheidungen helfen kann. Es geht dabei zum einen darum, was ein gutes Leben ausmacht, zum anderen um die sehr konkreten Fragen des Lebens und Sterbens. Sie treten dank der biomedizinischen Forschung und Technologie lange vor der Geburt eines Menschen auf – beim embryonalen Leben, ja schon vor der Empfängnis bei den umstrittenen Gentests. Sie enden bei der immer schwieriger gewordenen Frage, wie wir Menschen in Würde sterben können. Dazwischen liegt eine Fülle von Problemen, die entweder – wie etwa die ärztliche Hilfe beim Suizid Schwerkranker – das Selbstverständnis der Ärzteschaft berühren oder – wie die Sterbehilfe und die Forschung mit embryonalen Stammzellen – das Selbstverständnis des Menschen betreffen. Maio erläutert argumentativ nüchtern und undogmatisch, mit großem medizinischen Sachverstand und mit ebenso großer Übersicht über die philosophischen und ethischen Quellen, welche Lösungen es für jene Probleme gibt. Er will nicht belehren, sondern uns dabei helfen, dass wir uns ein eigenes Urteil bilden können. Maio nimmt immer wieder Fallbeispiele aus dem klinischen Alltag zu Hilfe, um die ethischen Probleme aus dem Abstrakten ins Konkrete zu führen. Er argumentiert dabei aber nie kasuistisch und gibt sich nicht mit Einzellösungen zufrieden. Er will bei allen Einzelproblemen die Gesamtperspektive des guten Lebens nicht aus dem Auge verlieren. Deswegen hebt sich seine Art zu fragen und zu antworten wohltuend von vielen vergleichbaren Büchern ab. Gerade dieser kompromisslose Anspruch, an das Gute des menschlichen Lebens zu denken, wird den Leserinnen und Lesern dieses Buches dabei helfen, sich zu orientieren und inmitten der drängenden ethischen Probleme zurechtzufinden.

Prof. Dr. phil. Wilhelm Vossenkuhl

Inhalt

	Wozu Ethik in der Medizin?	1
	Ethik als wissenschaftliche Reflexion von Moral	2
	Medizin als praktische Wissenschaft	3
	Moralische Urteile als Voraussetzung für das Handeln am Menschen	4
I	Philosophische Grundlagen	9
1	Grundbegriffe ethischer Urteilsbildung	11
1.1	Handlung	11
1.2	Urteil	13
1.3	Norm	14
1.4	Wert	15
1.5	Prinzip	17
1.6	Theorie	18
2	Die Pflichtethik Kants	21
2.1	Der gute Wille	22
2.2	Pflichtgemäßes Handeln und Handeln aus Pflicht	23
2.3	Der kategorische Imperativ	25
2.4	Autonomie nach Kant	30
2.5	Das Prinzip der Menschenwürde	32
3	Utilitaristische Ethik	41
3.1	Grundcharakteristika des Utilitarismus	41
3.2	Werttheorie des Utilitarismus	44
3.3	Schwachstellen des Utilitarismus	46
3.4	Grenzen des Antagonismus von Pflichtethik und Konsequentialismus	48
4	Diskursethik	51
4.1	Hinführung	51
4.2	Diskursethik als Weiterentwicklung der kantischen Ethik	52
4.3	Kommunikative Vernunft	53
4.4	Diskursethischer Grundsatz und Universalisierungsgrundsatz	54
4.5	Argumentationsvoraussetzungen und Diskursregeln	56
4.6	Grenzen der Diskursethik	57
5	Tugendethik	59
5.1	Die platonischen Tugenden	62
5.2	Die aristotelischen Tugenden	68

5.3	Die Glücks- und Tugendlehre Epikurs.	74
5.4	Die Tugendlehre der Stoa	77
5.5	Die Tugendlehre des Thomas von Aquin	83
5.6	Die Medizin und die Tugend des Wohlwollens	87
5.7	Grenzen der Tugendethik	88
II	Historische Grundlagen.	93
6	Was ist Medizin? Ein Blick in die Geschichte.	95
6.1	Das Konzept der Medizin in der Antike	96
6.2	Der sterbende Patient in der griechischen Medizin der Antike	101
6.3	Der hippokratische Eid	103
6.4	Wandel der Konzeptionen von Medizin in der frühen Neuzeit	109
6.5	Wandel der Konzeptionen von Medizin seit dem 18. Jahrhundert	115
III	Grundbegriffe der Medizin	121
7	Krankheit	123
7.1	Biostatistische Komponente des Krankheitsbegriffs.	123
7.2	Soziokulturelle Komponente des Krankheitsbegriffs	127
7.3	Subjektive Komponente des Krankheitsbegriffs	128
8	Gesundheit	131
8.1	Gesundheit als »Ganzheit«.	132
8.2	Gesundheit als dispositionaler Begriff.	133
8.3	Gesundheit als soziale Normvorstellung	134
8.4	Gesundheit als Bewältigungspotenzial	134
9	Medizinische Indikation	137
9.1	Medizinische Indikation als Kernelement ärztlicher Legitimation.	137
9.2	Elemente der medizinischen Indikation.	139
9.3	Medizinische Indikation und Vertrauen	141
10	»Ärztliche Kunst«	143
10.1	Ärztliche Kunst als <i>techné</i>	144
10.2	Ärztliche Kunst als praktische Wissenschaft	146
10.3	Ärztliche Kunst und die Rolle von Erfahrung und Urteilskraft.	148
10.4	Ärztliche Kunst heute	152

IV	Methodische Ansätze der Medizinethik	155
11	Prinzipienethik	157
11.1	Das Prinzip der Autonomie	158
11.2	Das Prinzip des Nicht-Schadens	160
11.3	Das Prinzip des Wohltuns	161
11.4	Das Prinzip der Gerechtigkeit	166
12	Hermeneutische Ethik	175
12.1	Den anderen als anderen sehen	179
12.2	Hineindenken aus der Distanz	180
12.3	Das Punktuelle in das Ganze stellen	181
12.4	Sich aussetzen	182
12.5	Herantasten	183
13	Ethik der Sorge (Care-Ethik)	185
13.1	Sorge als Verbindung von Tugend und Praxis	185
13.2	Fürsorge als Sorge um das »Seinkönnen« des anderen bei Heidegger	187
13.3	Fürsorge nach Paul Ricœur	188
13.4	Grundcharakteristika einer Care-Ethik	190
13.5	Grenzen der Care-Ethik	196
V	Ethik in der Begegnung von Arzt und Patient	199
14	Die Arzt-Patient-Beziehung und das Prinzip der Autonomie	201
14.1	Das aufklärende Gespräch als Vertrauensgrundlage	201
14.2	Bedingungen einer autonomen Patienteneinwilligung	202
15	Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Wohltun	209
15.1	Exemplarische Patientengeschichten	209
15.2	Der ärztliche Paternalismus	214
16	Die Beziehung zum anderen als Voraussetzung der Autonomie	221
16.1	Verstehenlernen als Grundverpflichtung	222
16.2	Der dialogische Charakter der Autonomie	223
16.3	Autonomie als Bestandteil einer Vertrauensbeziehung	224
17	Patientenwünsche und Ziele der Medizin	227
17.1	Grenze des Patientenwunsches	227
17.2	Grenze des ärztlich Verantwortbaren	231
18	Ethische Grundlagen der Schweigepflicht	233
18.1	Kollision mit dem Wohl des Patienten	235
18.2	Kollision mit den Interessen Dritter	236

19	Ethik in der Kinder- und Jugendmedizin	239
19.1	Grundüberlegungen zu einer kindorientierten Ethik	241
19.2	Bedeutung und Grenze der Therapieverweigerung des Kindes.	242
19.3	»Wohl des Kindes« – zur Bedeutung des Ausdrucks	244
19.4	Grenze der Verfügungsmacht der Eltern	249
20	Ethik in der Psychiatrie	255
20.1	Zur Problematik des Zwangs in der Psychiatrie	256
20.2	Zur Relevanz der Freiheit in der Psychiatrie	258
20.3	Gefahr des Missbrauchs der Psychiatrie	259
20.4	Der Zwang als Ultima Ratio	259
20.5	Der Zwang in der Psychiatrie – legitim und doch eine Verletzung	260
20.6	Relevanz der Grundhaltung zum Patienten.	262
20.7	Ethik der Therapie psychisch kranker Menschen.	263
20.8	Fallbeispiele	268
VI	Ethik der Pflege	273
21	Die Pflege	275
21.1	Das Besondere der Pflege	276
21.2	Der Arbeitsmodus der Pflege	279
21.3	Beispiel Sondenernährung	283
21.4	Beispiel Demenz.	288
VII	Spezialthemen der Ethik in der Medizin	295
22	Forschung mit Embryonen und Stammzellforschung	297
22.1	Der Embryo in der Geschichte unterschiedlicher Disziplinen.	298
22.2	Der Embryo als Mensch?	302
22.3	Der Embryo als Nicht-Mensch?	306
22.4	Argumente für die Verwendung von Embryonen zur Stammzellforschung	309
22.5	Der Import von Stammzelllinien und der Vorwurf der »Doppelmoral«	313
22.6	Genome Editing	314
23	Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch	317
23.1	Ethik der Pränataldiagnostik	319
23.2	Nicht-invasive Tests	320
23.3	Schwangerschaftsabbruch	322

24	Präimplantationsdiagnostik	327
24.1	Zeugung auf Probe als Kernproblem	328
24.2	Vermeidung eines Schwangerschaftsabbruchs?	330
24.3	Das Argument der schiefen Ebene	332
24.4	Gefahr der Entsolidarisierung	333
25	Ethik der Reproduktionsmedizin	335
25.1	Das Ziel der assistierten Reproduktion	336
25.2	Die Mittel der assistierten Reproduktion	338
25.3	Der selektive Fetozid als problematische Folge	340
25.4	Social Freezing	341
25.5	Samenspende	344
25.6	Eizellspende	347
25.7	Argumente für die Samen- und die Eizellspende	349
25.8	Postmenopausale Mutterschaft	352
25.9	Leihmutterschaft	353
26	Prädiktive Gendiagnostik	359
26.1	Prädiktive Medizin und das Prinzip der Autonomie	361
26.2	Recht auf Nichtwissen	361
26.3	Moralisierung von Krankheit	362
26.4	Spezialfall: Gendiagnostik bei Minderjährigen	363
27	Forschung am Menschen	367
27.1	Experiment am Menschen – zur Definition	368
27.2	Geschichte der Forschung am Menschen	370
27.3	Der ethische Grundkonflikt bei der Forschung am Menschen	374
27.4	Das Prinzip der Freiwilligkeit	374
27.5	Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten	376
27.6	Forschung an Minderjährigen	377
28	Ethik in den Neurowissenschaften	381
28.1	Neurobildgebung	383
28.2	Zufallsbefunde	386
28.3	Tiefe Hirnstimulation	388
29	Medizin und Ökonomie	395
29.1	Zur Notwendigkeit einer Maßnahme	397
29.2	Effizienz: Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Kosten	398
29.3	Zum Problem der Rationierung	401
29.4	Ökonomie und Ethik: Gemeinsamkeiten und Trennendes	401

30	Wunscherfüllende Medizin und Enhancement	407
30.1	Wunscherfüllende Medizin	408
30.2	Enhancement	414
VIII	Ethik am Ende des Lebens	423
31	Transplantationsmedizin	425
31.1	Der Hirntod als der Tod des Menschen?	427
31.2	Welche Art der Einwilligung?	431
31.3	Zum Problem der Verteilung von Organen	433
32	Sterbehilfe	437
32.1	Formen der Sterbehilfe	438
32.2	Ethische Überlegungen zur Patientenverfügung	452
32.3	Das Problemfeld der Tötung auf Verlangen	456
32.4	Epilog: Die Frage nach dem guten Sterben	463
33	Der Umgang mit dem Leichnam im Studium	469
33.1	Die Scheu vor dem Einschnitt in einen menschlichen Körper	469
33.2	Der tote Körper zwischen verstorbenem Menschen und Präparat	470
33.3	Der tote Körper als Identität eines Menschen	470
33.4	Vom Präparat zurück zum ganzen Menschen	471
33.5	Grundsätzliche Überlegungen	472
IX	Abschluss	475
34	Das Menschenbild als Grundlage einer Ethik in der Medizin	477
34.1	Vorherrschende Menschenbilder in der modernen Medizin	478
34.2	Gegenentwurf für eine zukunftsweisende Medizin	484
35	Für eine Medizin der Zuwendung	489
35.1	Die verwandelnde Kraft der Zuwendung	490
35.2	Die Bedeutung des Gesprächs	491
35.3	Die Bedeutung des Zuhörens	492
35.4	Medizin als Verbindung von Sachlichkeit und Zwischenmenschlichkeit	493
35.5	Medizin als authentische Sorge um den ganzen Menschen	496
	Personenverzeichnis	498
	Sachverzeichnis	505

Verzeichnisse

Patientengeschichten

Patientengeschichte 1: Intubationsverzicht auf Wunsch der Angehörigen?	5
Patientengeschichte 2: Einrichtung einer Betreuung bei Magersucht?	161
Patientengeschichte 3: PEG-Sonde bei 98-jähriger Patientin mit Exsikkose?	164
Patientengeschichte 4: Intensivtherapie ohne Lebenswillen?	170
Patientengeschichte 5: Ablehnung der Beatmung bei Querschnittslähmung?	210
Patientengeschichte 6: PEG-Sonde bei sich sträubender Patientin?	212
Patientengeschichte 7: Verzicht auf eine kurative Operation?	217
Patientengeschichte 8: Verstümmelnde Operation auf Wunsch?	228
Patientengeschichte 9: Lebensgefährliche Operation?	231
Patientengeschichte 10: Schweigepflicht oder Pflicht zur Lebensrettung?	235
Patientengeschichte 11: Kontrazeption bei Minderjährigen ohne Wissen der Eltern? ...	240
Patientengeschichte 12: Ablehnung einer Organtransplantation durch Minderjährige (Fall Hannah Jones)	243
Patientengeschichte 13: Experimentelle Hirnstamm-Implantation bei gehörlosem Kind?	248
Patientengeschichte 14: Schwerstgeschädigtes Neugeborenes	249
Patientengeschichte 15: Verweigerung einer effektiven Behandlung durch die Eltern	249
Patientengeschichte 16: Verhinderung der Pubertät im Interesse des Kindes? (Fall Ashley)	250
Patientengeschichte 17: Zwangsunterbringung bei Minderjährigem?	268
Patientengeschichte 18: Ablehnung einer HIV-Therapie bei Schizophrenie	268
Patientengeschichte 19: Therapieverweigerung bei Schizophrenie	270
Patientengeschichte 20: Schwangerschaftsabbruch bei Wachstumsretardierung?	317
Patientengeschichte 21: Schwangerschaftsabbruch bei notwendiger Chemotherapie?	325
Patientengeschichte 22: Präimplantationsdiagnostik statt Schwangerschaftsabbruch? (Lübecker Fall)	327
Patientengeschichte 23: Eizellspende	347
Patientengeschichte 24: Leihmutterchaft	353
Patientengeschichte 25: Gentest auf BRCA1/2-Gen (Mammakarzinom)	359
Patientengeschichte 26: Studie oder Heilversuch?	367
Patientengeschichte 27: Täuschung bei klinischer Studie?	375
Patientengeschichte 28: Psychochirurgie im Interesse der Patientin	381
Patientengeschichte 29: Tiefe Hirnstimulation	388
Patientengeschichte 30: Teure Medikamente für alle?	399
Patientengeschichte 31: Wachstumshormone bei kleinwüchsigen, aber gesunden Kindern?	414

Patientengeschichte 32: Erlanger Baby.	426
Patientengeschichte 33: Aufnahme eines Kindes mit Missbildungen in die Warteliste?	433
Patientengeschichte 34: Extubation mit Todesfolge?	438
Patientengeschichte 35: Sterbenlassen statt Operation?	441
Patientengeschichte 36: Weiterleben um jeden Preis?	442
Patientengeschichte 37: Beihilfe zur Selbsttötung – das Beispiel Brittany Maynard	446
Patientengeschichte 38: Therapieabbruch nach hypoxischem Hirnschaden?	450
Patientengeschichte 39: Palliative Sedierung	451
Patientengeschichte 40: Patientenverfügung und Abbruch der Sondennahrung	452
Patientengeschichte 41: Lebensfroher Demenz-Patient mit Patientenverfügung	454
Patientengeschichte 42: Dialyse und Tracheotomie trotz Patientenverfügung?	455
Patientengeschichte 43: Tötung auf Verlangen bei amyotropher Lateralsklerose? (Fall Diane Pretty)	457
Patientengeschichte 44: Aktive Sterbehilfe bei Gesichtstumor? (Fall Chantal Sébire)	459

Abbildungen

Abb. 5-1: Die Kardinaltugenden bei Platon (<i>Politeia/Phaidros</i>).	65
Abb. 11-1: Grundformen der Gerechtigkeit (nach Pieper 1964)	167
Abb. 15-1: Schematische Übersicht der verschiedenen Paternalismusformen (nach Joel Feinberg 1971).	214

Tabellen

Tab. 1-1: Kategorien von Werten (nach Unterholzner 2000).	16
Tab. 1-2: Wertphilosophie von Heinrich Rickert	17
Tab. 2-1: Moralität und Legalität bei Kant	24
Tab. 2-2: Die Vierergruppe der Pflichten (nach Kants <i>Grundlegung zur Metaphysik der Sitten</i>).	30
Tab. 2-3: Gesamtschau der Pflichten (nach Kant)	30
Tab. 5-1: Die Haupttugenden und ein (nicht umfassendes) Beispiel ihrer möglichen Unterteilungen (nach Kälin 1945)	69
Tab. 5-2: Die Tugenden der Seele nach Aristoteles.	69
Tab. 5-3: Beispiele für ethische Tugenden als die »Mitte« (nach Aristoteles' <i>Nikomachischer Ethik</i>).	72
Tab. 5-4: Sittlich relevante und sittlich indifferente Güter in der Stoa	81

Tab. 5-5: Katalog der sieben Hauptlaster	86
Tab. 5-6: Gegenüberstellung Pflichtethik, Utilitarismus, Tugendethik und Diskursethik . . .	89
Tab. 6-1: Kosmologische Matrix der Humoralpathologie	99
Tab. 11-1: Pflichtentheoretische Unterscheidung der Pflicht zum Nicht-Schaden von der Hilfspflicht.	162
Tab. 13-1: Vierphasenmodell von Joan Tronto mit den korrespondierenden ethischen Elementen einer Care-Ethik (modifiziert nach Conradi 2001).	186
Tab. 19-1: Kindorientierte Ethik im Vergleich zur Erwachsenenethik.	244
Tab. 32-1: Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe (modifiziert nach Pöltner 2006)	444

Übersichten

Übersicht 1: Schematische Einteilung der Schadensarten	160
Übersicht 2: Unterscheidung des Prinzips des Nicht-Schadens vom Prinzip des Wohltuns.	163
Übersicht 3: Die Elemente der aufgeklärten Einwilligung.	203
Übersicht 4: Kernbestand von Zielen der Medizin.	230
Übersicht 6: Rechtliche Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs	323

Medizinethische Dokumente

Dokument 1: Hippokratischer Eid	107
Dokument 2: Genfer Ärztegelöbnis des Weltärztebundes (1948)	108
Dokument 3: Der Nürnberger Kodex von 1947	372

Wozu Ethik in der Medizin?

Ethik in der Medizin – das ist schon von den Begriffen her eine Verbindung von philosophischem Denken mit konkreter Praxis. Eine solche Verbindung ist verheißungsvoll, weil die Praxis sich erhoffen kann, Orientierung zu erhalten. Und Orientierung tut not, wenn man sich die öffentlichen Debatten um Sterbehilfe, Organtransplantation und Reproduktionsmedizin anschaut. Allerorten ist ethische Expertise gefragt, und es ist ein großer Fortschritt, dass Ethik in der Medizin für die Bundesrepublik als Teil des Querschnittsbereichs Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und für die Schweiz und Österreich in ähnlich wegweisender Form mittlerweile fester Bestandteil des Curriculums an den medizinischen Fakultäten geworden ist. Aber damit Ethik in der Medizin wirklich das leisten kann, was von ihr erwartet wird, muss sie sich ihren Aufgaben in einer ebenso tiefgreifenden wie nachhaltigen Weise stellen. Eine reine Aufzählung von Nutzen und Risiken neuer Technologien oder die Suche nach pragmatischen Lösungen hat mit Ethik nur wenig zu tun. Das gilt vor allem dann, wenn sich die Medizin, der es ja um den *Menschen* und nicht nur um seinen Körper gehen sollte, in den Fängen einer so grundsätzlichen anthropologischen Verunsicherung befindet, wie es gegenwärtig der Fall ist. Nicht nur werfen die Biowissenschaften einen Blick auf den Menschen, der ihn zunehmend aus seinen lebensweltlichen Bezügen herauslöst; auch die Zersplitterung in medizinisch-naturwissenschaftliche Einzeldisziplinen führt im Verbund mit den neuen technologischen Errungenschaften immer mehr von der Frage nach dem Menschen als Ganzem ab.

Ethik in der Medizin ist ein faszinierendes Gebiet, weil man damit die Medizin zurückführen kann zu den wesentlichen *Grundfragen des Menschseins*. Aber dieses Faszinosum kann nur bewahrt werden, wenn man die Medizin, die sich in ihrem Machbarkeitsstreben bis an die Grenzen der *Conditio humana* vorwagt, auch grundlegend zu hinterfragen lernt. Die Medizin verweist durch ihr Befasstsein mit den Grenzsituationen Geburt, Krankheit und Tod wie kaum eine andere Disziplin auf diese Grundfragen. Albert Schweitzer hat einmal gesagt: »Nachdenklich machen ist die tiefste Art zu begeistern« (Schweitzer 2000, S. 379), und dies trifft für die Ethik in der Medizin in besonderer Weise zu. Nur wenn es gelingt, nachdenklich zu machen, wird man dem Potenzial, das die Ethik in der Medizin in sich birgt, gerecht.

Mit dem Ziel des Nachdenklichmachens greift dieses Buch den reichen Fundus ethischer Reflexion auf, der in der Geschichte des Denkens vorliegt, und bringt ihn mit den konkreten Entscheidungskonflikten, die sich aus der aktuellen Entwicklung der modernen Medizin ergeben, in Verbindung. Dabei soll der praktische Handlungskontext der modernen Medizin zwar ständiger Bezugspunkt für die ethischen Erörterungen sein; für eine fundierte Medizinethik ist es jedoch unverzichtbar, die praktischen Entscheidungsnotwendigkeiten jeweils an grundlegen-

de Fragestellungen und damit an philosophisch-ethische Theorien rückzubinden. Durch eine solche Verbindung von medizinischer Praxis und Philosophie kann zuletzt eine Art Koordinatensystem des Denkens entstehen, das sich für schwierige Entscheidungen im medizinischen Alltag als hilfreich erweist: Man stößt auf die Konflikte der Praxis nicht mehr ganz unvorbereitet.

Ethik als wissenschaftliche Reflexion von Moral

Die Ethik fragt in einer systematischen Weise nach dem theoretischen Fundament der Moral, sie geht moralischen Aussagen auf den Grund, indem sie diese reflektierend hinterfragt. Es geht dabei darum, die Bewertungsmaßstäbe herauszuarbeiten, die einer moralischen Auffassung zugrunde liegen. Zu den Bedingungen eines adäquaten Reflexionsprozesses gehört die Offenheit für verschiedene Wertsysteme, wobei eine absolute Offenheit nicht möglich ist, da es bei jeder Begründung einer Moral etwas geben muss, was man voraussetzt – ganz ohne Voraussetzungen lässt sich keine Ethik formulieren. Die wesentliche Leistung der Ethik jedoch liegt im kritischen Hinterfragen aller Aussagen und in der kritischen Beleuchtung der jeweiligen Hintergrundannahmen. Entscheidende Aufgabe ist somit die Reflexion von Denkmustern und Bewertungskriterien – mit dem Ziel, moralische Bewertungen und Entscheidungen klarer zu machen¹.

Nehmen wir als Beispiel die Frage, ob es ethisch legitim sein könne, eine Schwangerschaft nach der Menopause technisch zu ermöglichen, oder die Frage, ob sich die Beihilfe zum Suizid ethisch vertreten lasse. Beide Fragen können nicht beantwortet werden, wenn man nicht darüber nachdenkt, welche Aufgabe die Medizin als Medizin hat. Sie bleiben aber vor allem dann unbeantwortbar, wenn man nicht zuvor danach gefragt hat, was ein gutes Leben ist und welches Selbstverständnis von Menschsein und Gesellschaft wir voraussetzen, wenn wir uns für oder gegen solche Optionen aussprechen. Ohne eine anthropologische Reflexion kommt die Ethik nicht aus, verweisen doch die allermeisten medizinethischen Fragen geradezu zwangsläufig auf die Frage nach dem Menschen (s. Kap. 34).

■ **Fazit:** Die Ethik ist eine Disziplin des systematischen Nachdenkens über das gute Handeln und als solche seit jeher eine Teildisziplin der Philosophie. Ethik in der Medizin versucht, das systematisch-philosophische Denken in einen direkten Bezug zum konkreten Handlungs- und Reflexionsfeld der Medizin zu bringen.

1 Ethik ist Reflexion von Moral und insofern auf einer anderen Ebene angesiedelt als diese. Gleichwohl zielen beide Fragestellungen – die ethische und die moralische – auf denselben Gegenstand, nämlich auf das gute Handeln. Wegen dieser inhaltlichen Überschneidung werden die Ausdrücke »ethisch« und »moralisch« im gängigen Sprachgebrauch und auch im vorliegenden Buch oft als Synonyme verwendet.

Durch eine solche Verbindung von Philosophie und Medizin kann mehr Klarheit darüber geschaffen werden, unter welchen Umständen und Voraussetzungen man wohlbegründet von einer guten Handlung oder einer guten Haltung in der Medizin sprechen kann.

Medizin als praktische Wissenschaft

Medizin ist keine angewandte Naturwissenschaft, sondern sie ist eine praktische Wissenschaft im Dienste des Menschen. Medizin verweist also auf den Menschen, der behandelt werden soll, ja Medizin konstituiert sich erst über den Menschen, für den sie letzten Endes betrieben wird. Wenn aber Medizin eine Praxis im Dienste des Menschen ist, dann kann eine Medizin, die die Reflexion auf den Menschen nicht in sich tief verankert hat, im Grunde gar keine Medizin sein. Versteht man nun Ethik als eine Disziplin, die nach dem Guten für den Menschen fragt, wird deutlich, dass das ethische Denken für die Medizin nicht einfach das fakultativ Hinzukommende sein kann, also etwas, das man betreiben kann oder auch nicht. Vielmehr ist die ethische Grundreflexion integraler Bestandteil dessen, was die Medizin als solche ausmacht (vgl. Maio 2015). Dieser Zusammenhang ist seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus dem Blick geraten, als sich durch das wirkmächtige Erstarken der Naturwissenschaften die Auffassung verbreitete, dass man allein über die Kenntnis der naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten eine Einsicht in das gewinnen könne, was für den Menschen und selbst für den kranken Menschen gut sei. Die Medizin wurde zunehmend als angewandte Naturwissenschaft verstanden, und man übersah dabei, dass sich die Antwort auf die Frage nach dem Guten gerade nicht eo ipso aus der Beschreibung von Naturgesetzmäßigkeiten, also von Fakten, ableiten lässt. Die Naturwissenschaft kann die Frage nach dem Wie klären, für die Frage nach dem Warum, dem in der konkreten Situation sinnvollen Handeln, muss sie als Naturwissenschaft ihre Nichtzuständigkeit einräumen. Wer die naturwissenschaftliche Seite der Medizin kritisiert, übersieht die unbezweifelbaren Erfolge der Medizin, die nur durch dieses naturwissenschaftliche Denken möglich geworden sind. Die Medizin jedoch allein als eine angewandte Naturwissenschaft zu betrachten, stellt wiederum eine unzulässige Reduzierung der Medizin auf die Kenntnis von Fakten dar. Diese Reduktion ist deshalb unzulässig, weil man bei einer solchen Vorstellung übersieht, dass die Medizin sich zwar naturwissenschaftlicher Erkenntnisse bedient, ihr Selbstverständnis aber nicht im Erkennen aufgeht. Denn sie erkennt nicht primär um des Erkennens willen, sondern um helfen zu können. Diese praktische Zwecksetzung ist es, welche die Basis der Medizin ausmacht. Medizin lässt sich daher begreifen als eine **praktische Wissenschaft**. Im Angesicht dieser praktischen Ausrichtung der Medizin wird klar, dass die naturwissenschaftliche Methode zwar ein wichtiges Instrument und Hilfsmittel der Medizin ist, ohne das sie häufig gar nicht handlungsfähig

wäre. Damit die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse sich aber tatsächlich heilsam auf den Menschen auswirken, bedarf es bei jeder Verwendung dieser Erkenntnisse eines zusätzlichen Blicks auf den Menschen und seine Welt. Eine gute Medizin kann nur realisiert werden in der Verknüpfung von solidem Naturwissen als Faktenwissen mit der Frage nach dem, was für den Menschen im Ganzen wie auch für den konkreten Einzelnen gut sei. Der österreichische Philosoph Ludwig Wittgenstein (1889–1951), dessen Position ansonsten eher ethikskeptisch war, hat dies in seinem *Tractatus logico-philosophicus* (1918) treffend auf den Punkt gebracht: »Wir fühlen, daß selbst, wenn alle möglichen wissenschaftlichen Fragen beantwortet sind, unsere Lebensprobleme noch gar nicht berührt sind.« (Nr. 6.52)

Für eine Ethik in der Medizin ist es also nicht allein wichtig, Fakten zu kennen; man muss zugleich im Blick haben, was wichtig für den Menschen ist. Medizin hat es unweigerlich mit den Grenzsituationen des menschlichen Lebens zu tun, und eine Ethik in der Medizin wird letzten Endes darauf angewiesen sein, über Geburt, Krankheit und Tod und deren Bedeutung für den Menschen nachzudenken. Ethik in der Medizin betrifft die »Lebensprobleme« in dem Sinn, dass sie die letzten Fragen aufwirft, jene Fragen also, die sich stellen, wenn wir alle Fakten gesammelt haben und dann fragen: Was bedeutet das nun für uns und für das menschliche Leben als Ganzes?

■ **Fazit:** Medizin ist eine praktische Wissenschaft, die darauf angewiesen ist, zusätzlich zur naturwissenschaftlichen Erklärung des menschlichen Organismus einen Begriff des Guten als Grundlage ihrer praktischen Ausübung reflektiert zu haben. Zur Bestimmung dieses Guten bedarf es einer ethischen Reflexion, die nicht nur fakultativ zum ärztlichen Handeln hinzukommt, sondern integraler Bestandteil der Medizin ist. Diese Reflexion ist letztlich auf die Bedeutung von Geburt, Krankheit und Tod für den Menschen gerichtet.

Moralische Urteile als Voraussetzung für das Handeln am Menschen

Dass jedes Handeln in der Medizin mehr voraussetzt als ein rein naturwissenschaftliches Wissen, sei an einem alltäglichen klinischen Beispiel verdeutlicht, etwa der Frage nach der Behandlung einer Lungenentzündung. Natürlich lernt man im Medizinstudium, wie Lungenentzündungen effektiv behandelt werden können, dazu gibt es verschiedene medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplinen. Nun kann man alle Lehrinhalte dieser Disziplinen perfekt beherrschen, doch von dem Moment an, da wir es mit einem konkreten Patienten zu tun haben, können wir aus diesem Wissen nicht automatisch ableiten, was wir tun sollen. Zwar läge es nahe, eine Lungenentzündung nach all dem Gelernten mit diesem oder jenem Antibiotikum zu behandeln. Doch die Antwort auf die Frage, ob diese Behandlung tatsächlich sinnvoll ist, lässt sich nicht aus der Mikrobiologie oder der Pharmakologie ableiten,

weil diese Frage letzten Endes ein moralisches Urteil erfordert. Sie lässt sich allein mit Bezug auf den konkreten Patienten beantworten: seine lebensgeschichtlich gewachsenen Bezüge, seinen sozialen Kontext und sein individuelles Selbstverständnis auch und gerade bezüglich des Krankwerdens, Alterns und je eigenen Sterbens. Zur Beantwortung der Indikationsfrage (s. Kap. 9) bedarf es damit zugleich einer grundlegenden Reflexion auf den Sinnhorizont ärztlichen Tuns und damit auch auf das Selbstverständnis der Medizin. In welchem Kontext agiert das spezifisch medizinische Können, auf wen richtet sie es, »wer« ist dieser Angesprochene über die vorliegenden Fakten seines biologischen Funktionszusammenhangs hinaus, und was müsste eine ihm in seiner spezifischen Not zur Seite stehende »Heilkunst« alles umfassen? Ein Handeln am Menschen durch einen anderen Menschen, in unserem Fall den Arzt², setzt moralische Urteile voraus, und zwar aus dem einfachen Grund, weil Arzt und Patient nicht im wissenschaftlichen Schema von (beobachtendem) Subjekt und (beobachtetem) Objekt aufgehen, sondern sich als Menschen mit einer eigenen Geschichte, einer eigenen Konzeption des guten Lebens und im Angesicht einer gemeinsamen und verbindenden *Conditio humana* gegenüberstehen. Eine algorithmische Anwendung von Therapieschemata ohne Berücksichtigung grundlegender Fragen wie der nach dem guten Leben, dem guten Sterben oder dem guten Sein wird sich demnach als kurzsichtig erweisen. Dies lässt sich an folgender Krankengeschichte erläutern, die Anlass für eine klinische Ethikberatung war:

Patientengeschichte (1)

Intubationsverzicht auf Wunsch der Angehörigen?

Eine 83-jährige Patientin wird nach einer Synkope (Kollaps) zu Hause vom Notarzt reanimiert und in die Notaufnahme der Klinik gebracht. Eine Koronarangiographie zeigt eine schwere koronare Verengung, die eine zweifache Stentimplantation nötig macht. Im Anschluss an die Herz-OP wird die Patientin auf die Intensivstation übernommen. Der Kreislauf der Patientin kann schnell stabilisiert und die Patientin extubiert werden. Im weiteren Verlauf wird die Patientin wacher, kommt zu Bewusstsein und wird bei guter neurologischer Prognose auf die Tagesstation verlegt. Dort entwickelt sie jedoch nach vier Tagen eine schwere Lungenentzündung, die eine Rückverlegung auf die Intensivstation erforderlich macht. Die Patientin ist nicht mehr ansprechbar, dennoch wird der Zustand als stabil eingeschätzt. Aus ärztlicher Sicht ist von einer guten Prognose auszugehen, sofern die Lungenentzündung behandelt wird. Dazu ist eine erneute künstliche Beatmung notwendig. Trotz des hohen Alters der Patientin und ihrer Krankheitsgeschichte geht man von ärztlicher Seite davon aus, dass sich die Patientin nach einer mehrtägigen Beatmung und antibiotischen Therapie so weit erholen kann, dass sie nach Hause entlassen werden und mit guter Lebensqualität weiterleben könnte.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist in diesem Fachbuch bei Nennung der männlichen Form die weibliche stets mitgemeint.

Die Angehörigen der Patientin weisen jedoch darauf hin, dass eine Weiterbehandlung nicht dem Willen der Patientin entspreche, und bitten deshalb, keine künstliche Beatmung mehr vorzunehmen. Die Patientin hatte vor Jahren eine Patientenverfügung verfasst, in der es heißt, sie wolle im Fall eines »unheilbaren Leidens [...] nicht mit künstlichen Mitteln am Leben gehalten« werden. In der Verfügung gibt sie weiter an, dass man sie sterben lassen solle, wenn keine »vernünftige Aussicht« auf ihre Genesung bestehe oder sie »schweres Leiden« erleben müsse und ihr eine »bewusste Existenz« nicht mehr möglich sei.

Die Angehörigen geben zu bedenken, dass die Patientin bereits in früheren Jahren auf besonders belastende medizinische Maßnahmen verzichtet habe. So sei sie bereits wegen Brustkrebs und Darmkrebs operiert worden und habe in beiden Fällen eine chemotherapeutische Behandlung kategorisch abgelehnt, auch wenn dies mit der Aussicht auf Heilung verbunden gewesen sei. Obwohl sie vor der Einlieferung in die Klinik zunehmend schwächer geworden sei, habe sie sich nicht in klinische Behandlung begeben wollen. Auch die Einsetzung eines Herzschrittmachers habe sie in früherer Zeit explizit abgelehnt. Ihre Grundeinstellung, so die Angehörigen, bestehe darin, auf medizinische Interventionen so weit wie möglich zu verzichten und das Sterben im Falle des Falles anzunehmen. Aus Sicht der Angehörigen werde man der Patientin nicht durch eine intensivmedizinische Weiterbehandlung, sondern allein durch die Verlegung auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz gerecht.

Kommentar

Ob hier eine Intubation angezeigt ist oder nicht, lässt sich nicht allein aus der Beschreibung des Röntgenbildes und aus den Kenntnissen der Pharmakologie und Mikrobiologie ableiten, sondern nur im Rekurs auf ethische Maßstäbe festlegen. Die ethische Frage lautet hier, ob man der Patientin gerecht wird, wenn man sie sterben lässt. Die Angehörigen verweisen darauf, dass das Sterbenlassen dem Willen der Patientin entspreche. Doch wie ist mit dieser Einschätzung umzugehen? Hilfreich kann hier die Patientenverfügung sein, doch die von der Patientin genannten Voraussetzungen für einen Therapieverzicht (unheilbares Leiden, das keine bewusste Existenz mehr ermöglicht) sind in der jetzigen Situation nicht eindeutig erfüllt. Auch der Rekurs auf die allgemeinen Wertmaßstäbe der Patientin, wie sie von den Angehörigen geschildert werden, ist wichtig. Offensichtlich steht sie der »Schulmedizin« kritisch gegenüber und hat in der Vergangenheit viele sinnvolle Maßnahmen abgelehnt. Es tauchen jedoch Zweifel auf, ob diese ablehnende Haltung auch in der gegenwärtig konkreten Situation angenommen werden kann. So verweist das Behandlungsteam darauf, dass die Patientin in der Phase nach der Operation, in der sie ansprechbar war, nach übereinstimmender Einschätzung nicht zu erkennen gab, dass sie mit dem bisherigen Verlauf der Behandlung nicht einverstanden sei oder sich keine weitere Behandlung wünsche.

Patientengeschichte (1)

Ausgang der Patientengeschichte

Das Gespräch zwischen den Angehörigen und dem Behandlungsteam führte zunächst zu keinem Konsens. Das neue Betreuungsgesetz sieht in einer solchen Situation widerstreitender Auffassungen zwischen Team und Angehörigen vor, dass das Betreuungsgericht entscheidet (s. Kap. 32.2). Gleichwohl schien allen Beteiligten der Gang zum Gericht nicht die beste Lösung zu sein. Daher fand ein weiteres großes Gespräch zwischen den Angehörigen und dem Team einschließlich der gesamten Leitung statt, in dem sich herauskristallisierte, dass sich bereits ein positiver Behandlungsverlauf abzeichnete. Im Hinblick auf diesen guten Verlauf entschied man sich dafür, zunächst die Behandlung fortzusetzen, aber jedwede Eskalation der Therapie zu vermeiden.

Die beschriebene Patientengeschichte macht auf eindrückliche Weise deutlich, dass selbst dann, wenn alle medizinischen Fakten vorliegen (eindeutige Diagnose, eindeutige Therapieoption, recht klare Prognose), Ratlosigkeit herrschen kann. Die Ratlosigkeit hat damit zu tun, dass genuin ethische Fragen eben nicht allein durch zweckrationales Denken beantwortet werden können. Sie lassen sich vielmehr nur dann beantworten, wenn der Gesichtspunkt des Allgemeinen und Abstrakten (die Krankheit, die Therapie, die Prognose) verlassen und der Blick statt auf das Therapieschema auf die Einzigartigkeit und Unverwechselbarkeit des Kosmos Patient gerichtet wird. Gerade diese unabdingbar notwendige Berücksichtigung der Unverwechselbarkeit eines jeden Menschen kann sich jedoch im klinischen Alltag als schwierig erweisen. Das hängt damit zusammen, dass die Klinik als Prozesseinheit grundsätzlich zweckrational strukturiert ist und man daher kreative Strategien entwickeln muss, wenn man diese vorherrschende Zweckrationalität durchbrechen will. Das Problem der modernen Medizin besteht ja gerade darin, dass sich die prozesstechnisch notwendige Zweckrationalität in der Grundhaltung der Heilberufe so sehr verselbstständigt hat, dass oft gar nicht reflektiert wird, wie notwendig es ist, dieses etablierte Denken zu durchbrechen. Wenn die Internalisierung des Zweckrationalen dazu führt, dass die alltäglichen moralischen Intuitionen von einem vorherrschend naturwissenschaftlich und zunehmend auch ökonomisch geprägten Denken untergraben werden, wird deutlich, wie wichtig es für eine Ethik in der Medizin ist, Abstand zu gewinnen zur scheinbaren Selbstverständlichkeit der technischen Abläufe.

■ **Fazit:** Ethik lässt sich beschreiben als philosophisch-wissenschaftliche Reflexion auf die Grundlagen des guten Denkens und Handelns. Durch den Prozess der Systematisierung und die Arbeit daran, Kriterien zu entwickeln, anhand derer es möglich wird, zwischen vertretbaren und nicht vertretbaren Denk- und Handlungsmustern zu unterscheiden, kann die Ethik Orientierungshilfe in Entscheidungssituationen geben, in denen die alltäglichen moralischen Intuitionen nicht

mehr weiterhelfen. Neben der Moralphilosophie liefert auch die Moralthologie eine solche systematisierende Grundreflexion. Der Ethik in der Medizin geht es um das Nachdenken über das Gute im konkreten Denk- und Handlungskontext der Medizin und um eine Interpretation dieses Guten unter Berücksichtigung der gegebenen Lage und Situation. Medizinethik lässt sich auf Problemfelder der medizinischen Praxis ein und versucht, diese mit moralphilosophischen Methoden im Hinblick auf die ihnen zugrunde liegenden Wertkonflikte zu klären und dadurch verstehbarer zu machen.

Literatur

Maio, Giovanni: Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg: Herder 2015.

Schweitzer, Albert: Werke aus dem Nachlaß. Die Weltanschauung der Ehrfurcht vor dem Leben: Kulturphilosophie III. München: Beck 2000.

Wittgenstein, Ludwig: Tractatus logico-philosophicus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1999.

Weiterführende Literatur

Beckmann, Jan P.: Ethische Herausforderungen der modernen Medizin. Freiburg: Alber 2009.

Düwell, Marcus, Christoph Hüenthal u. Micha Werner (Hrsg.): Handbuch Ethik. Stuttgart: Metzler 2011.

Düwell, Marcus u. Klaus Steigleder (Hrsg.): Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2003.

Pöltner, Günther: Grundkurs Medizin-Ethik. Wien: Facultas 2006.

Schockenhoff, Eberhard: Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen. Freiburg: Herder 2009.

Sturma, Dieter u. Bert Heinrichs (Hrsg.): Handbuch Bioethik. Stuttgart: Metzler 2015.

Vossenkuhl, Wilhelm: Die Möglichkeit des Guten. Ethik im 21. Jahrhundert. München: Beck 2006.

I Philosophische Grundlagen

This page intentionally left blank

1 Grundbegriffe ethischer Urteilsbildung

1.1	Handlung	11
1.2	Urteil	13
1.3	Norm	14
1.4	Wert	15
1.5	Prinzip	17
1.6	Theorie	18
	Literatur	19

»Moral predigen ist leicht, Moral begründen schwer.«

Arthur Schopenhauer

Ein besonderes Problem in ethischen Diskussionen besteht darin, dass die Teilnehmer sich häufig auf unterschiedlichen Reflexionsebenen bewegen, ohne sich darüber im Klaren zu sein. Dies führt nicht selten dazu, dass Missverständnisse entstehen, die bei einer strikten Unterscheidung der verschiedenen Reflexionsebenen vermieden werden könnten. Daher ist es wichtig, auf einige Grundbegriffe ethischen Argumentierens kursorisch einzugehen und dabei die unterschiedlichen Ebenen, von denen aus reflektiert wird, auseinanderzuhalten.

1.1 Handlung

Das ethische Reflektieren bezieht sich in den meisten Fällen zunächst einmal auf konkrete Handlungen. Was aber ist überhaupt eine Handlung? Von Handlung kann erst gesprochen werden, wenn etwas bewusst vollzogen und zugleich auf bestimmte Ziele hin oder mit einer bestimmten Motivation vorgenommen wird. **Handlungen** setzen also Bewusstsein und Intentionalität (Absicht, Zielgerichtetheit) voraus. Diese Intentionalität kann allerdings auch unbewusste Handlungen umfassen, da ja auch ihnen durchaus eine Absicht zugrunde liegt – wenn auch