Günther Pöltner

Angewandte Ethik: Medizin-Ethik

Fakultät für Kultur- und Sozialwissenschaften

Der Inhalt dieses Studienbriefs wird gedruckt auf Recyclingpapier (80 g/m², weiß), hergestellt aus 100 % Altpapier.
Inhaltsverzeichnis

Autor des Studienbriefes ........................................................................................................ IX

1 Begriff und Aufgabe einer Medizin-Ethik ........................................................................ 10
  1.1 Neue Herausforderungen der Medizin-Ethik ............................................................. 10
    1.1.1 Neue Handlungsmöglichkeiten ......................................................................... 10
    1.1.2 Gesellschaftlicher Wertepluralismus ................................................................. 11
  1.2 Der wissenschaftstheoretische Status der Medizin .................................................... 12
    1.2.1 Medizin ist Heilkunst – eine praktische Wissenschaft sui generis .................... 12
    1.2.2 Unzureichende Bestimmungen der Medizin ...................................................... 13
    1.2.3 Exkurs zum Status der modernen Naturwissenschaft ....................................... 14
  1.3 Ethik – Medizin-Ethik............................................................................................... 16
    1.3.1 Ethos ............................................................................................................... 16
    1.3.2 Ethik ................................................................................................................ 17
    1.3.3 Verschränkung von Ethik und Ethos .................................................................. 18
    1.3.4 Medizin-Ethik als Ethik besonderer Situationen ................................................. 18
  1.4 Ethik und Recht ....................................................................................................... 20
  1.5 Verschränkung von Medizin-Ethik und philosophischer Anthropologie ...................... 21
  1.6 Aufgabe und Dilemma einer Medizin-Ethik ................................................................ 22

2 Ethische Begründungstheorien sittlichen Handelns .......................................................... 25
  2.1 Deontologische und teleologische Ansätze ............................................................... 25
    2.1.1 Kants Pflichtenethik ......................................................................................... 25
    2.1.2 Utilitarismus (Konsequenzialismus) ................................................................. 30
  2.2 Der Ansatz der Prinzipienethik ................................................................................. 32

3 Grundlinien einer Medizin-Ethik ..................................................................................... 34
  3.1 Der Begriff des Handelns ........................................................................................... 35
    3.1.1 Handeln als Selbstvollzug ................................................................................. 35
    3.1.2 Strukturganzheit der Handlung ......................................................................... 38
    3.1.3 Tun und Lassen ................................................................................................ 38
    3.1.4 Der Antwortcharakter des Handelns ................................................................. 38
  3.2 Begründungsebenen des Handelns ............................................................................ 39
    3.2.1 Das oberste Moralprinzip ................................................................................. 39
    3.2.2 Die menschliche Natur als Kriterium des Handelns ........................................... 41
    3.2.3 Das Ethos als Normenquelle des Handelns ......................................................... 42
3.3 Die Menschenwürde als Handlungsprinzip ............................................................... 42
   3.3.1 Würde als prinzipielles Frei-sein-Können ........................................................... 42
   3.3.2 Universalität der Menschenwürde ..................................................................... 45

4 Der gesunde und kranke Mensch als leiblich-personales Wesen ............................. 48
   4.1 Der Mensch als personales Wesen – Grundzüge personalen Seins ...................... 48
      4.1.1 Dasein als Miteinandersein in einer gemeinsamen Welt ............................. 48
      4.1.2 Ansprechbarkeit ........................................................................................... 49
      4.1.3 Zeitbezug .................................................................................................... 50
      4.1.4 Weltbezug .................................................................................................. 52
   4.2 Der Leib als Wesensmedium personaler Welt-Offenheit ............................................ 53
      4.2.1 Das Methodenproblem einer sachgemäßen Bestimmung des Leibes .............. 53
      4.2.2 Die personale Erfahrung als genuine Leiberfahrung ..................................... 55
   4.3 Gesundheit – Krankheit – Behinderung .................................................................... 60
      4.3.1 Das funktionale Verständnis von Krankheit und Gesundheit ......................... 61
      4.3.2 Normativ-praktisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit ............... 64
      4.3.3 Behinderung – Lebensqualität .................................................................... 68

5 Arzt-Patienten-Verhältnis ............................................................................................... 71
   5.1 Die Situation von Not und Hilfe als Ursituation ärztlichen Handelns ..................... 71
      5.1.1 Das Ethos der Fürsorge und die Gefahr des Paternalismus ............................ 72
      5.1.2 Das Prinzip der Patientenautonomie ............................................................ 73
      5.1.3 Probleme des Prinzips der Patientenautonomie ............................................. 74
   5.2 Patientenaufklärung ............................................................................................... 77
      5.2.1 Ärztliche Aufklärung als existentielle Entscheidungshilfe ................................. 77
      5.2.2 Inhalt und Umfang des Aufklärungsgesprächs .............................................. 77
      5.2.3 Art und Weise des Aufklärungsgesprächs ..................................................... 78

6 Pränataldiagnostik (PND) ............................................................................................ 81
   6.1 Sinn und Funktion einer Pränataldiagnostik .......................................................... 81
   6.2 Ethische Probleme ................................................................................................. 81
      6.2.1 Verhältnis von Indikation und Diagnose ......................................................... 82
      6.2.2 Beratung vor und nach einer Pränataldiagnose .............................................. 82
      6.2.3 Das Problem der Zugangsindikation ............................................................... 83
      6.2.4 Einstellung zum ungeborenen Kind ............................................................... 83
      6.2.5 Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch ........................................ 84
      6.2.6 Sozial-ethische Dimensionen ......................................................................... 85
<table>
<thead>
<tr>
<th>Kapitel</th>
<th>Titel</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7</td>
<td>Der menschliche Embryo – Exkurs zur anthropologischen Grundfrage</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>7.1</td>
<td>Methodische Vorbemerkung</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>7.1.1</td>
<td>Ontologische Interpretationsbedürftigkeit naturwissenschaftlicher Aussagen</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>7.1.2</td>
<td>Methodische Schwierigkeit der Fragestellung – personale Einstellung</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>7.2</td>
<td>'Embryo' – Substantivierung einer Lebensphase</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>7.3</td>
<td>Subjekt des Lebens: ich selbst, du selbst</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>7.4</td>
<td>Leben: Sein im Werden</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>7.5</td>
<td>Menschsein als Gezeugtsein – ALS MENSCH zum Menschen werden</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>7.5.1</td>
<td>Die frühesten Lebensphasen eines Menschen</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>7.5.2</td>
<td>Zeugung als ontologischer Sprung</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>7.6</td>
<td>Zur Frage des Existenzbeginns</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>7.7</td>
<td>Embryonenforschung</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>7.7.1</td>
<td>Zur Frage des Lebensschutzes</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>7.7.2</td>
<td>Stammzellforschung</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>7.7.3</td>
<td>Überzählige (‘verwaiste’) Embryonen</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>7.8</td>
<td>Der Vorwurf des Speziesismus</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>7.8.1</td>
<td>Biologistische Degradierung der Ethik</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>7.8.2</td>
<td>Anmerkungen zum Sprachgebrauch</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>7.8.3</td>
<td>Unzureichende Bestimmung von Moralität</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>7.8.4</td>
<td>Ontologischer Kurzschluß</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>7.8.5</td>
<td>Moralische Irrelevanz und moralische Relevanz. Sein-Sollen-Fehlschluß</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Prädiktive Gendiagnostik</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>8.1</td>
<td>Möglichkeiten einer prädiktiven Gendiagnostik</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>8.2</td>
<td>Ethische Probleme</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Präimplantationsdiagnostik (PID)</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>9.1</td>
<td>Indikationen für eine Präimplantationsdiagnostik</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>9.2</td>
<td>Befürwortungen einer Präimplantationsdiagnostik</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>9.2.1</td>
<td>Erhöhung der 'reproduktiven Autonomie'</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>9.2.2</td>
<td>Vermeidung eines Schwangerschaftsabbruchs</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>9.2.3</td>
<td>Wertungswiderspruch</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>9.2.4</td>
<td>Embryonenschutz</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3</td>
<td>Die ethische Problematik einer Präimplantationsdiagnostik</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3.1</td>
<td>Erhöhung der 'reproduktiven Autonomie'?</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3.2</td>
<td>Die Präimplantationsdiagnostik als bessere Alternative?</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>Kapitel</td>
<td>Titel</td>
<td>Seite</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3.3</td>
<td>Wertungswiderspruch?</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3.4</td>
<td>Das Problem einer Indikationenbegrenzung</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3.5</td>
<td>Veränderung der Zugangsinikation zur IVF</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3.6</td>
<td>Türöffnerfunktion</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3.7</td>
<td>Rechtfertigungspflichtige Existenz</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Ethische Probleme der Gentechnologie</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>10.1</td>
<td>Gentherapie</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>10.1.1</td>
<td>Somatische Gentherapie</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>10.1.2</td>
<td>Keimbahntherapie</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>10.2</td>
<td>Klonieren</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>10.3</td>
<td>Positive Eugenik</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Organtransplantation</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>11.1</td>
<td>Organgewinnung</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>11.1.1</td>
<td>Lebendspende</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>11.1.2</td>
<td>Totenspende</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>11.2</td>
<td>Organverteilung</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>11.3</td>
<td>Das Problem des Todeskriteriums – Ganzhirntod als Menschentod?</td>
<td>129</td>
</tr>
<tr>
<td>11.3.1</td>
<td>’Ganzhirntod’ als Menschentod</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>11.3.2</td>
<td>Zur Kritik am Ganzhirntodkriterium</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Sterben und Tod</td>
<td>134</td>
</tr>
<tr>
<td>12.1</td>
<td>Begriffliche Unterscheidungen</td>
<td>134</td>
</tr>
<tr>
<td>12.2</td>
<td>Sterbebegleitung</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>12.2.1</td>
<td>Mitmenschliche Zuwendung</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>12.2.2</td>
<td>Medizinische Maßnahmen</td>
<td>136</td>
</tr>
<tr>
<td>12.2.3</td>
<td>Patientenverfügungen</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>12.3</td>
<td>Tötung auf Verlangen</td>
<td>138</td>
</tr>
<tr>
<td>12.3.1</td>
<td>Befürwortungen</td>
<td>138</td>
</tr>
<tr>
<td>12.3.2</td>
<td>Zum Mitleidsargument und zum Recht auf ein würdevolles Sterben</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>12.3.3</td>
<td>Weitere Gründe gegen die Legalisierung der Tötung auf Verlangen</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>12.4</td>
<td>Beihilfe zum Suizid</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>12.4.1</td>
<td>Ärztliche Beihilfe zum Suizid – Teil der Profession?</td>
<td>151</td>
</tr>
<tr>
<td>12.4.2</td>
<td>Unhaltbarkeit von einschränkenden Zulässigkeitsbedingungen</td>
<td>152</td>
</tr>
<tr>
<td>12.4.3</td>
<td>Ärztliche Beihilfe zum Suizid – Tötung auf Verlangen</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>12.4.4</td>
<td>Das Problem einer gesetzlichen Ausnahmeregelung</td>
<td>154</td>
</tr>
</tbody>
</table>
13 Medizinische Forschung

13.1 Notwendigkeit der Forschung am Menschen

13.2 Heilbehandlung, Heilversuch und Humanexperiment

13.2.1 Heilbehandlung

13.2.2 Heilversuch

13.2.3 Humanexperiment

13.2.4 Wichtigkeit der Unterscheidung

13.3 Die Problematik der Unterscheidung ‚therapeutisch/nicht-therapeutisch‘

13.4 Regelungsdokumente

13.4.1 Helsinki-Deklaration

13.4.2 Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarats (MRB)

14 Ethische Probleme von Heilversuch und Humanexperiment

14.1 Die ethische Problematik des Heilversuchs

14.2 Die ethische Problematik des Humanexperiments

14.2.1 Grundproblematik

14.2.2 Voraussetzungen eines Humanexperiments

14.2.3 Datenschutz und Versicherungsschutz

15 Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen

15.1 Das Grundproblem einer Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen

15.2 Allgemeine ethische Richtlinien

15.3 Gruppen von Nicht-Einwilligungsfähigen

15.4 Forschung an Kindern

15.4.1 Allgemeine Problemsituation

15.4.2 Forschung von direktem und indirektem Nutzen

15.5 Forschung an dauerhaft Nicht-Einwilligungsfähigen

15.6 Forschung an zeitweilig Nicht-Einwilligungsfähigen

16 Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen

16.1 Ursachen der Verknappung

16.2 Rationalisierung versus Rationierung – Rationierungsformen

16.2.1 Gesichtspunkte einer Rationierung

16.2.2 Rationierungsformen

16.3 Unterschiedliche Allokationsebenen

16.4 Ethische Probleme auf der Mikrobene

16.4.1 Ethische Probleme auf der unteren Mikrobene
16.4.2 Ethische Probleme auf der oberen Mikroebene ............................................... 175
16.5 Ethische Probleme auf der Makroebene ............................................................. 179
16.6 Forschungsallokation ......................................................................................... 180
17 Ethikkommissionen – Biopolitik ........................................................................... 181
17.1 Gründe für die Einrichtung von Ethikkommissionen ............................................ 181
17.2 Notwendigkeit von Ethikkommissionen .............................................................. 182
17.3 Ethikkommission im Zwielicht ............................................................................ 183
17.4 Die Unverzichtbarkeit einer ethischen Reflexion .................................................. 183
17.4.1 Status einer ethischen Reflexion: Universaler Gesichtspunkt ............................. 183
17.4.2 Eigentümlichkeit eines interdisziplinären Gesprächs ......................................... 184
17.5 Hauptaufgabe einer Ethikkommission ................................................................ 185
17.5.1 Bemerkung zur Zusammensetzung einer Ethikkommission .............................. 186
17.5.2 Nutzen einer Ethikkommission ........................................................................ 186
17.6 Typen von Ethikkommissionen ........................................................................... 187
17.6.1 Klinisches Ethikkomitee (Ethisches Beratungsgremium) .................................... 187
17.6.2 Klinische Ethikkommissionen ......................................................................... 187
17.6.3 Ethikräte ........................................................................................................ 188
18 Wunscherfüllende Medizin ...................................................................................... 192
18.1 Ethische Probleme im Rahmen der Reproduktionsmedizin ................................... 192
18.2 Verbesserung des Menschen? ........................................................................... 194
18.2.1 Enhancement und Patientenautonomie .......................................................... 195
18.2.2 Enhancement und Selbstverständnis der Medizin ............................................ 195
19 Schicksal als Herausforderung der Medizin-Ethik .................................................. 197
19.1 Schicksal ........................................................................................................... 197
19.2 Schicksal als Herausforderung ........................................................................... 198
19.3 Gelassenheit ...................................................................................................... 199
19.3.1 Annahme und Bewältigung ............................................................................ 199
19.3.2 Akzeptanz der Grenzen ................................................................................. 199
Autor des Studienbriefes

Günther Pöltner


Arbeitsschwerpunkte:

Ontologie, Anthropologie, Medizinethik.

Ausgewählte Publikationen:

*Phänomenologie und Philosophische Anthropologie*, Würzburg 2011 (Mit-Hrsg.);

*Philosophische Ästhetik*, Stuttgart 2008 (poln. und jap. Übers.);

*Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien 2006 (jap. Übers.);

*Heidegger und die Antike*, Frankfurt 2005 (Mit-Hrsg.);

1 Begriff und Aufgabe einer Medizin-Ethik

1.1 Neue Herausforderungen der Medizin-Ethik


1.1.1 Neue Handlungsmöglichkeiten

Behandlern gegenüber), sondern ebenso das Rollenbild des Arztes, \(^1\) der im modernen Gesundheitssystem oft mehrere Funktionen zu übernehmen hat (genuin ärztliche, wissenschaftliche, ökonomische). Wie unschwer zu erkennen ist, berühren die neuen Machbarkeiten unser Selbstverständnis als Menschen. Fragen nach dem guten Leben, nach Beginn und Ende unseres Lebens, nach Gesundheit, Krankheit, Behinderung, nach der Endlichkeit unseres Miteinanderseins stellen sich neu, und die Frage, wer überhaupt als Mensch zu gelten hat, hat längst aufgehört, eine bloß rhetorische zu sein.

### 1.1.2 Gesellschaftlicher Wertepluralismus

#### 1.1.2.1 Pluralität von Lebensentwürfen


Pluralität schließt Gemeinsamkeit insofern nicht aus, als eine pluralistische Gesellschaft von der Bejahung lebt, unterschiedliche Ethosformen ausbilden zu können. Sie ist durch den Gedanken der Toleranz, d.i. durch die wechselweise Anerkennung der Menschen als wahrheitsfähiger Wesen, d.i. als Freiheitswesen geeint. Anerkennung des Menschen als eines frei sein könnenden Wesens bedeutet Anerkennung der Menschenwürde. Auf dieser gemeinsamen Basis werden nicht die Inhalte der in der pluralistischen Gesellschaft tolerierten Weltanschauungen und speziellen Wertorientierungen vorweggenommen, sondern die Möglichkeit für deren Ausgestaltung eröffnet. Die gemeinsame Basis einer pluralistischen Gesellschaft ist keineswegs bloß formal. Denn die Anerkennung der Menschenwürde impliziert die Anerkennung der aus ihr fließenden Grundrechte – wie Recht auf Leben, auf leibliche Unversehrtheit, auf die materiellen Voraussetzungen einer selbständigen Lebensführung –, und damit die Anerkennung des Menschen als eines leiblich-personalen Wesens. Freilich:

\(^1\) Aus Gründen der Lesbarkeit gelten Ausdrücke wie ‚Arzt‘, ‚Patient‘ für beide Geschlechter.
Bei der genauen Interpretation des Begriffs der „Menschenwürde“ tauchen genau jene Divergenzen auf, die mit Hilfe dieses Begriffs überbrückt werden sollen (siehe Abschnitt 17, Ethikräte).

1.1.2.2 Pluralität von Begründungsformen


1.2 Der wissenschaftstheoretische Status der Medizin

1.2.1 Medizin ist Heilkunst – eine praktische Wissenschaft sui generis

Die innere Zusammengehörigkeit von Medizin und Ethik gründet im wissenschaftlichen Status der Medizin. Dessen Bestimmung hat sich am Ziel zu orientieren, von dem her sich Eigenart und Struktur des medizinischen Wissens bestimmen. Dieses Ziel ist kein theoretisches, sondern ein praktisches Ziel: das Gut der Gesundheit. Es umfaßt (a) in seinem Kern die Heilung eines kranken Mitmenschen, (b) die Linderung von Leiden und Schmerzen dort, wo Heilung nicht mehr möglich ist, (c) die Prävention (Förderung von Gesundheit, Vorbeugung von Krankheiten) und (d) die Rehabilitation.

Das medizinische Wissen wird nicht um des Wissens willen, sondern um eines bestimmten Handelns, um einer Praxis willen, erstrebt. Wissen, das eine Praxis leitet, ist ein praktisches Wissen. Die Medizin ist in ihrem Kern eine praktische Wissenschaft. (Diese Bestimmung hat den Vorteil, daß mit ihr die Medizin nicht von vornherein auf bestimmte spezielle Methoden festgelegt wird, sondern die Freiheit der Methodenwahl gesichert bleibt.)


### 1.2.2 Unzureichende Bestimmungen der Medizin

allgemeinen Regel auf das Besondere der individuellen Handlungssituation geben kann. (c) Die Bestimmung der Medizin als einer auf den Menschen angewandten Naturwissenschaft ist reduktionistisch, weil sie den kranken Mitmenschen verdängt: Sie vertreibt das Subjekt aus der Medizin und setzt den Patient zu einem reparaturbedürftigen Objekt herab.

1.2.3 **Exkurs zum Status der modernen Naturwissenschaft**


Der Siegeszug der modernen Naturwissenschaft läßt nur allzuleicht vergessen, daß an ihrem Anfang die methodische Ausklammerung unserer Lebenswelt steht, und

---


Die moderne Naturwissenschaft ist einem neuen Wissensideal verpflichtet. Gewußt ist etwas erst dann, wenn gewußt wird, wie es hergestellt, wie es gemacht werden kann. (Wissen ist Know-how-Wissen). In diesem Sinn heißt es bei Kant: „denn nur soviel sieht man vollständig ein, als man nach Begriffen selbst machen und zustande bringen kann“. Die Wissenschaftlichkeit einer Wissenschaft bemißt sich daran, inwieweit sie imstande ist, die Erkenntnis der Erzeugung ihres Gegenstandes zu vermitteln. Entscheidend ist nicht zu wissen, was etwas ist, sondern wie es funktionierte. Wissen im eigentlichen Sinn besitzt deshalb den Konstrukteur. (Das relevante Wissen über die Uhr besitzt deshalb der Uhrmacher.) Das Wissen, welches die Herstellung von etwas leitet, ist ein technisches Wissen. Nun ist zwar die Natur kein vom Menschen hergestelltes Ding, wenn aber das Ideal im technischen Wissen erblickt wird, dann muß die Natur in Analogie zu einem herstellbaren Ding, zu etwas Machbarem betrachtet werden. Das Wissen der neuzeitlichen Naturwissenschaft ist ein theoretisches, in sich (und nicht erst durch Anwendung!) technisches Wissen, das als solches von vornherein praxisrelevant ist. Im Zuge dieses neuen Wissensideals kommt es zu zwei großen Nivellierungen.

(1) Im Zeichen des neuen Wissensideals wird der Unterschied von Natürlichem und Künstlichem, d.i. von demjenigen, was durch die Natur da ist und geschieht, und demjenigen, was durch den Menschen da ist, zugunsten des Künstlichen nivelliert. Das Verhältnis des Menschen zur Natur wandelt sich in ein primär technisches Verhältnis. Die Nivellierung des Unterschieds von Natürlichem und Künstlichem schlägt sich auch sprachlich nieder. Das Naturverständnis wird von Begriffen bestimmt, die dem Bereich des technisch Machbaren entstammen. In der frühen Neuzeit bildete die Uhr den Vergleichsmaßstab (Welt als Uhrwerk, Gott als Weltenuhrmacher), heute ist es der Computer (das Gehirn als Computer, Denken als Datenverarbeitung).

Nun hat der Mensch im Laufe seiner Geschichte immer schon in die Natur eingegriffen. Nicht der Eingriff ist das Problem, sondern die Haltung, in der er geschieht.


4 Kant, I.: Kritik der Urteilskraft (KdU) § 68, B 309.


1.3 Ethik – Medizin-Ethik

1.3.1 Ethos

Vom gesellschaftlichen Ethos ist das gruppenspezifische Ethos zu unterscheiden. Dieses verhält sich zu jenem wie das Spezielle zum Allgemeinen. Es ist das von einer gesellschaftlichen Gruppe oder einem Berufsstand sich selbst auferlegte Muster von Handlungsregeln und Grundhaltungen (Berufsethos, Standesethos). Vom objektiven Ethos (in Form des gesellschaftlichen und gruppenspezifischen Ethos) hebt sich das subjektive Ethos ab, d.i. der sittliche Charakter des Einzelnen, seine Grundhaltung und Gesinnung, der individuelle Lebensentwurf des Miteinanderlebens.

1.3.2 Ethik

Ethik (griech.: ἔθικη ἔπιστήμη / ETHIKE EPISTEME) ist demgegenüber die philosophische Wissenschaft des Ethos. Das faktische Zusammenleben der Menschen und die dieses Zusammenleben leitenden Überzeugungen und Institutionen können Gegenstand verschiedener Wissenschaften sein (z.B. Soziologie, Psychologie, Ethnologie, Geschichtswissenschaft). Was die Ethik von diesen Fachwissenschaften unterscheidet, ist die normative Fragehinsicht, unter der sie das Ethos und das von ihm geprägte Handeln reflektiert. Ethik ist die methodisch-kritische Reflexion auf das menschliche Handeln unter der Fragehinsicht von gut und schlecht (d.i. unter dem Gesichtspunkt der Sittlichkeit). In der Ethik geht es um allgemeinverbindliches praktisches, d.h. handlungsanleitendes Wissen und dessen rationale Begründung. Die Ethik prüft die Gründe des Handelns, ob sie gute, d.i. verantwortbare Gründe sind oder nicht. Diese Prüfung ist kein Selbstzweck. Ethische Reflexion wird nicht um des Wissens willen, sondern um des Handelns willen betrieben. Ethik ist keine theoretische, sondern eine sittlich-praktische Disziplin, deren Ziel, wie Aristoteles es formuliert hat, „nicht die Erkenntnis, sondern das Handeln ist“.5 Als philosophische Disziplin beruft sie sich weder auf die Tradition noch auf sonstige Autoritäten, sondern auf die praktische Vernunft. Sie sieht also methodisch auch von religiöser Autorität ab, was eine religiöse Vertiefung von Ethik freilich nicht ausschließt. Aber diese Vertiefung berührt nicht den Geltungsgrund der praktischen Sätze.

Der normative Charakter einer Ethik ist für sie konstitutiv. Ethik läßt sich nicht auf eine neutrale Meta-Ethik reduzieren. Thema einer Meta-Ethik ist die Bedeutungsanalyse moralsprachlicher Ausdrücke, die Unterscheidung von moralischem und nicht-moralischem Sprachgebrauch, die Rechtfertigungsstrategie praktischer Urteile. Der meta-ethische Rückzug läßt sich jedoch nicht durchführen, weil sich der eigene Themenbereich – die moralische Sprache – nur unter In-Anspruchnahme normativer Kriterien abgrenzen läßt. Es gibt (1) keine ausschließlich moralische Sprache (keine ausschließlich moralische Bedeutung von Worten), vielmehr sind, worauf Aristoteles hingewiesen hat, die Worte unserer Sprache mehrdeutig (Sprache ist als Sprache

---


1.3.3 Verschränkung von Ethik und Ethos


1.3.4 Medizin-Ethik als Ethik besonderer Situationen

Eine Medizin-Ethik erschöpft sich weder in der Besprechung von Fallbeispielen, noch in der Anwendung des moralischen Hausverstandes der Ärzte. Sie ist vielmehr (a) als Medizin-Ethik die methodisch-kritische Reflexion von Handlungen und Haltungen unter dem normativen Gesichtspunkt der Differenz von gut/schlecht und sie hat es (b) als Medizin-Ethik mit Handlungen und Haltungen im speziellen Bereich der Medizin zu tun. Eine Medizin-Ethik ist keine Sonderethik, sondern eine Ethik beson- derer Situationen, d.h. sie hat keine eigenen, von der allgemeinen Ethik unabhängi- gen Prinzipien und Kriterien, denn ethische Prinzipien beanspruchen Geltung für jeden Menschen. 8

6 Aristoteles: EN I, 4.
7 kritisch – Kritik (griech. κρίτηκα / KRITIK): die Kunst der Unterscheidung.
8 „Ethische Prinzipien gelten für jedermann. Wenn sie irgendwelchen Einschränkungen unterliegen, dann ist das keine Einschränkung ihrer Allgemeinverbindlichkeit und ihrer uneinge- schränkten Geltung, sondern nur eine Einschränkung in Bezug auf bestimmte Wirklichkeitsher- bereiche, in denen sie greifen: Bereiche der Wirklichkeit, die z.B. durch bestimmte

Als Ethik der besonderen Situation des medizinischen Handelns unterscheidet sich die Medizin-Ethik durch den beschränkten Umfang. Sie behandelt die ethischen Probleme im Bereich der Gesundheit und des Gesundheitswesens. Damit ist zweierlei sichtbar geworden: (1) der interdisziplinäre Status der Medizin-Ethik und (2) die innere Zusammengehörigkeit von Medizin und Medizin-Ethik.


ad (2) Medizin und Ethik gehören innerlich zusammen. Wenn nämlich ärztliches Handeln sittlich verantwortbar sein muß, eine methodisch-kritische Reflexion auf das Handeln unter der normativen Differenz von gut/schlecht Sache der Ethik ist, dann bildet die Ethik keinen äußerlichen Zusatz, sondern ein konstitutives Strukturmoment der Medizin selbst. Kurz gesagt: Weil die Medizin eine praktische Wissenschaft ist, gehört die ethische Reflexion wesenhaft zu ihr.


Deshalb fällt medizinische und medizin-ethische Kompetenz nicht eo ipso zusammen.


1.4 Ethik und Recht


(1) Recht und Ethik kommen darin überein, daß beide normative Disziplinen sind. Sie fragen nicht, wie faktisch gehandelt wird, sondern wie gehandelt werden soll.

(2) Sie unterscheiden sich aber auch. Das Recht ist sanktionsbewehrt, nicht so die Ethik, die sich mit ihren Argumenten letztlich einzig an das Gewissen wenden kann. Und nicht alles, was rechtlich erlaubt ist, deckt sich mit dem, was ethisch zu billigen ist. Ob bestehende oder zu erlassende Gesetze gerecht sind, ist eine ethische Frage. Es kann Gesetze geben, deren Befolgung sich mit dem Gewissen nicht vereinen läßt. Deshalb läßt sich die Ethik nicht durch das Recht ersetzen. Rechtliche Regelungen sind zwar unerläßlich, doch beschwört ein Übermaß an Regelungen die Gefahr einer Defensivmedizin herauf, bei der die Vermeidung des rechtlich Belangbaren den Vorrang vor dem medizinisch Indizierten besitzt.

1.5 Verschränkung von Medizin-Ethik und philosophischer Anthropologie


Der Mensch kann ja auf vielfache Weise zum Gegenstand fachwissenschaftlicher Forschungen gemacht werden. Alle fachwissenschaftlichen Aussagen über den Menschen kommen darin überein, sich in einem anthropologischen Vorverständnis zu bewegen, anderenfalls wüßte der Fachwissenschaftler gar nicht, worauf sich seine Aussagen beziehen. Auch die philosophische Fragestellung bewegt sich in solch einem Vorverständnis. Der Unterschied zwischen den Fragestellungen liegt darin, daß der fachwissenschaftliche Anthropologe sein Vorverständnis bloß benutzt und es im unreflektierten Hintergrund beläßt, hingegen der philosophisch Fragende es zum Thema einer methodisch-kritischen Reflexion erhebt. Philosophie fragt nach dem Menschen *als Menschen* – und nach ihm nicht bloß *als Lebewesen* oder *als Körperwesen*, was er natürlich auch ist. Philosophie sucht uns Menschen *von uns selbst her* (eben *als Menschen*) und nicht von etwas anderem her zu bestimmen. Diese Bestimmung ist keineswegs einfach, weil der Mensch ständig dazu neigt, sich von dem her, was *nicht* er selbst ist, zu begreifen.

Die Beachtung dieses Unterschieds von fachwissenschaftlicher und philosophischer Fragestellung ist von großer Bedeutung für die Beurteilung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse über den Menschen. Weil fachwissenschaftliche Aussagen über den Menschen davon leben, das sie leitende anthropologische Vorverständnis *unreflektiert vorauszusetzen* und die Frage nach dem Menschen *als Menschen nicht* zu stellen, bleiben sie allesamt interpretationsbedürftig. So sind z.B. für die Beantwortung der Frage nach dem Lebensbeginn eines Menschen die Erkenntnisse der Embryologie zwar unverzichtbar, aber nicht schon hinreichend. Denn worin das Menschsein des Menschen gelegen ist, was im Falle von uns Menschen ‚werden’ heißt, was genau unter ‚Beginn’ zu verstehen ist – all das sagt uns nicht die Embryologie, sondern setzt es als geklärt voraus. Das zu wissen ist aber unabdingbar, will man sachange-


### 1.6 Aufgabe und Dilemma einer Medizin-Ethik

Der interdisziplinäre Charakter der Medizin-Ethik, eine Ethik besonderer Handlungssituationen zu sein, umschreibt ihre normativ-praktische Aufgabe, bedingt aber auch ihr Dilemma.


Das Dilemma einer Medizin-Ethik besteht darin, sowohl überschätzt als auch unterschätzt zu werden.

Auf der einen Seite erwartet man sich von ihr, daß sie die anstehenden Probleme löst und Handlungsrezepte zur Verfügung stellt. Diese Überschätzung verkennt den Status der Ethik als einer praktisch-philosophischen Wissenschaft. Ethik gibt keine konkreten Handlungsanweisungen, sondern nennt die Gesichtspunkte ihrer Fin-
Begriff und Aufgabe einer Medizin-Ethik

dung. Sie hilft, ethische Probleme zu orten, wo keine zu sein scheinen, sie kann un-
erkannte Wertungen ans Licht bringen und die normativen Implikationen einer ver-
meintlich wertfreien Deskription aufdecken, sie hilft, Begriffe zu klären, Argumente
zu prüfen, sie kann Kriterien für Güterabwägungen beisteuern, Methoden ethischer
Urteilsbildung erarbeiten. Ethik stellt einige Mittel zur Findung sittlich zu verantwort-
tender Handlungsmöglichkeiten bei – nicht alle relevanten. Die Fähigkeit nämlich,
eine Handlungssituation im Lichte ethischer Prinzipien richtig zu beurteilen – die
Tugend der Klugheit, die praktische Urteilskraft – kann nur im Tun des Rechten
selbst erworben und eingeübt werden. Die Ethik kann niemandem die Verantwor-
tung abnehmen. Wie im konkreten Einzelfall nach Erwägung aller relevanten Ge-
sichtspunkte zu handeln ist, muß jeder selbst finden.

Auf der anderen Seite wird die Medizin-Ethik unterschätzt. Ausdruck dieser Unter-
schätzung ist der Vorwurf ihrer Wirkungslosigkeit. Ist sie nicht dazu verurteilt, dem
rasanten medizinischen Fortschritt immer nur hinterherlaufen zu müssen? Kommt
sie nicht immer zu spät? Die Unterschätzung verkennt die Eigentümlichkeit des
praktischen Wissens und verwechselt Ethik mit Logik. Eine folgerichtige Ableitung
von Handlungsregeln liefert noch keine Handlungsnormen, weil sich Handlungs-
situationen nicht deduzieren lassen. Ethische Argumente bewegen sich im Horizont
der Frage nach dem guten Miteinanderleben, sie sind keine formal-logischen Bewei-
se\footnote{„Denn es kennzeichnet den Gebildeten, in den einzelnen Gebieten so viel Präzision zu
verlangen, als es die Natur des Gegenstandes zuläßt“ (Aristoteles, EN I, 1, 1094 b).}, sondern argumenta ad hominem, sie appellieren an das Gewissen und rufen
den Handelnden auf, sein Selbstverständnis und das Ethos, dem er sich verpflichtet
fühlt, zu prüfen und sich zu fragen, ob eine Handlung Moment des guten Lebens
sein kann.

Literatur


Eich, T./Hoffmann, T.S. (Hrsg.): Kulturübergreifende Bioethik. Zwischen globaler
Herausforderung und regionaler Perspektive, Freiburg/München 2006.

Fischer, J.: Ziele und Zielkonflikte der Medizin, in: Ders.: Medizin- und bioethische


