

Günther Pöltner

Angewandte Ethik: Medizin-Ethik

Fakultät für
**Kultur- und
Sozialwissen-
schaften**

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der FernUniversität reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

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 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 7 | Der menschliche Embryo – Exkurs zur anthropologischen Grundfrage | 86 |
| 7.1 | Methodische Vorbemerkung | 86 |
| 7.1.1 | Ontologische Interpretationsbedürftigkeit naturwissenschaftlicher Aussagen..... | 86 |
| 7.1.2 | Methodische Schwierigkeit der Fragestellung – personale Einstellung..... | 87 |
| 7.2 | „Embryo“ – Substantivierung einer Lebensphase..... | 88 |
| 7.3 | Subjekt des Lebens: ich selbst, du selbst..... | 90 |
| 7.4 | Leben: Sein im Werden | 91 |
| 7.5 | Menschsein als Gezeugtsein – ALS MENSCH zum Menschen werden..... | 93 |
| 7.5.1 | Die frühesten Lebensphasen eines Menschen..... | 94 |
| 7.5.2 | Zeugung als ontologischer Sprung..... | 95 |
| 7.6 | Zur Frage des Existenzbeginns | 95 |
| 7.7 | Embryonenforschung | 97 |
| 7.7.1 | Zur Frage des Lebensschutzes..... | 97 |
| 7.7.2 | Stammzellforschung..... | 97 |
| 7.7.3 | Überzählige („verwaiste“) Embryonen | 98 |
| 7.8 | Der Vorwurf des Speziesismus | 98 |
| 7.8.1 | Biologistische Degradierung der Ethik | 98 |
| 7.8.2 | Anmerkungen zum Sprachgebrauch..... | 100 |
| 7.8.3 | Unzureichende Bestimmung von Moralität..... | 104 |
| 7.8.4 | Ontologischer Kurzschluß..... | 104 |
| 7.8.5 | Moralische Irrelevanz und moralische Relevanz. Sein-Sollen-Fehlschluß | 109 |
| 8 | Prädiktive Gendiagnostik | 113 |
| 8.1 | Möglichkeiten einer prädiktiven Gendiagnostik | 113 |
| 8.2 | Ethische Probleme..... | 113 |
| 9 | Präimplantationsdiagnostik (PID) | 114 |
| 9.1 | Indikationen für eine Präimplantationsdiagnostik..... | 115 |
| 9.2 | Befürwortungen einer Präimplantationsdiagnostik..... | 115 |
| 9.2.1 | Erhöhung der „reproduktiven Autonomie“ | 115 |
| 9.2.2 | Vermeidung eines Schwangerschaftsabbruchs | 115 |
| 9.2.3 | Wertungswiderspruch | 116 |
| 9.2.4 | Embryonenschutz..... | 116 |
| 9.3 | Die ethische Problematik einer Präimplantationsdiagnostik | 116 |
| 9.3.1 | Erhöhung der „reproduktiven Autonomie“? | 117 |
| 9.3.2 | Die Präimplantationsdiagnostik als bessere Alternative?..... | 117 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 9.3.3 | Wertungswiderspruch? | 118 |
| 9.3.4 | Das Problem einer Indikationenbegrenzung | 118 |
| 9.3.5 | Veränderung der Zugangsindikation zur IVF | 118 |
| 9.3.6 | Türöffnerfunktion | 119 |
| 9.3.7 | Rechtfertigungspflichtige Existenz..... | 119 |
| 10 | Ethische Probleme der Gentechnologie | 119 |
| 10.1 | Gentherapie | 119 |
| 10.1.1 | Somatische Gentherapie | 120 |
| 10.1.2 | Keimbahntherapie | 120 |
| 10.2 | Klonieren | 122 |
| 10.3 | Positive Eugenik..... | 124 |
| 11 | Organtransplantation | 126 |
| 11.1 | Organgewinnung | 126 |
| 11.1.1 | Lebenspende | 126 |
| 11.1.2 | Totenspende..... | 127 |
| 11.2 | Organverteilung | 128 |
| 11.3 | Das Problem des Todeskriteriums – Ganzhirntod als Menschentod? | 129 |
| 11.3.1 | „Ganzhirntod“ als Menschentod | 130 |
| 11.3.2 | Zur Kritik am Ganzhirntodkriterium | 132 |
| 12 | Sterben und Tod | 134 |
| 12.1 | Begriffliche Unterscheidungen | 134 |
| 12.2 | Sterbebegleitung..... | 135 |
| 12.2.1 | Mitmenschliche Zuwendung..... | 135 |
| 12.2.2 | Medizinische Maßnahmen..... | 136 |
| 12.2.3 | Patientenverfügungen..... | 137 |
| 12.3 | Tötung auf Verlangen..... | 138 |
| 12.3.1 | Befürwortungen | 138 |
| 12.3.2 | Zum Mitleidsargument und zum Recht auf ein würdevolles Sterben..... | 142 |
| 12.3.3 | Weitere Gründe gegen die Legalisierung der Tötung auf Verlangen..... | 147 |
| 12.4 | Beihilfe zum Suizid | 150 |
| 12.4.1 | Ärztliche Beihilfe zum Suizid – Teil der Profession? | 151 |
| 12.4.2 | Unhaltbarkeit von einschränkenden Zulässigkeitsbedingungen | 152 |
| 12.4.3 | Ärztliche Beihilfe zum Suizid – Tötung auf Verlangen | 154 |
| 12.4.4 | Das Problem einer gesetzlichen Ausnahmeregelung | 154 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 13 | Medizinische Forschung..... | 158 |
| 13.1 | Notwendigkeit der Forschung am Menschen | 158 |
| 13.2 | Heilbehandlung, Heilversuch und Humanexperiment | 159 |
| 13.2.1 | Heilbehandlung | 159 |
| 13.2.2 | Heilversuch | 160 |
| 13.2.3 | Humanexperiment | 160 |
| 13.2.4 | Wichtigkeit der Unterscheidung..... | 161 |
| 13.3 | Die Problematik der Unterscheidung ‚therapeutisch/nicht-therapeutisch‘ | 161 |
| 13.4 | Regelungsdokumente | 161 |
| 13.4.1 | Helsinki-Deklaration | 162 |
| 13.4.2 | Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarats (MRB)..... | 162 |
| 14 | Ethische Probleme von Heilversuch und Humanexperiment | 162 |
| 14.1 | Die ethische Problematik des Heilversuchs | 162 |
| 14.2 | Die ethische Problematik des Humanexperiments | 163 |
| 14.2.1 | Grundproblematik..... | 163 |
| 14.2.2 | Voraussetzungen eines Humanexperiments..... | 163 |
| 14.2.3 | Datenschutz und Versicherungsschutz | 166 |
| 15 | Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen..... | 166 |
| 15.1 | Das Grundproblem einer Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen..... | 166 |
| 15.2 | Allgemeine ethische Richtlinien | 168 |
| 15.3 | Gruppen von Nicht-Einwilligungsfähigen | 168 |
| 15.4 | Forschung an Kindern..... | 169 |
| 15.4.1 | Allgemeine Problemsituation | 169 |
| 15.4.2 | Forschung von direktem und indirektem Nutzen | 169 |
| 15.5 | Forschung an dauerhaft Nicht-Einwilligungsfähigen..... | 170 |
| 15.6 | Forschung an zeitweilig Nicht-Einwilligungsfähigen..... | 171 |
| 16 | Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen | 171 |
| 16.1 | Ursachen der Verknappung..... | 171 |
| 16.2 | Rationalisierung versus Rationierung – Rationierungsformen | 172 |
| 16.2.1 | Gesichtspunkte einer Rationierung | 172 |
| 16.2.2 | Rationierungsformen..... | 173 |
| 16.3 | Unterschiedliche Allokationsebenen | 173 |
| 16.4 | Ethische Probleme auf der Mikroebene..... | 174 |
| 16.4.1 | Ethische Probleme auf der unteren Mikroebene | 174 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 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 Zwielficht | 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

Abgeschlossenes Klavierstudium an der Akademie für Musik und darstellende Kunst (mit Auszeichnung), Studium der Philosophie und Geschichte (Wien, Freiburg) (Promotion sub auspiciis), Professor für Philosophie an der Universität Wien (Emeritierung 2007). Stv. Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien (1993 – 2002). Gastprofessuren im In- und Ausland. Mitgliedschaften u.a. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2001 – 2011) (stv. Vorsitzender), Europ. Akademie der Wissenschaften und Künste, Akademie für Ethik in der Medizin, Päpstliche Akademie Thomas von Aquin, Österreichische Gesellschaft für Phänomenologie (zuvor deren Vizepräsident bzw. Präsident), Österreichische Gesellschaft für Daseinsanalyse (zuvor deren Vizepräsident).

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 ²2006 (jap. Übers.);

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

Evolutionäre Vernunft, Stuttgart 1993.

1 Begriff und Aufgabe einer Medizin-Ethik

1.1 Neue Herausforderungen der Medizin-Ethik

Das Wort ‚Medizin-Ethik‘ bringt eine Zusammengehörigkeit von Medizin und Ethik zum Ausdruck, die vermutlich so alt ist, wie die Medizin selbst. Diese – wie noch zu zeigen sein wird – innere Zusammengehörigkeit von Medizin und Ethik hat ihren Ausdruck in dem über Jahrhunderte hin tradierten ärztlichen Standesethos mit seinen Kodizes und Gelöbnisformeln gefunden. Das im abendländischen Raum bekannteste Beispiel ist der hippokratische Eid. Das traditionelle ärztliche Standesethos ist zwar in seinem Kern nach wie vor unverzichtbar, doch muß das Verhältnis von Medizin und Ethik und insbesondere das Selbstverständnis der Medizin angesichts der gewandelten geschichtlichen Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns neu bedacht und bestimmt werden. Der Wandel betrifft einerseits die neuen Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin und andererseits den sogenannten gesellschaftlichen Wertpluralismus.

1.1.1 Neue Handlungsmöglichkeiten

Die neuen Handlungsmöglichkeiten verdanken sich der erfolgreichen Anwendung naturwissenschaftlicher Forschungsmethoden im Bereich der Medizin. Man denke an Neuerungen insbesondere auf dem Gebiet der Diagnostik (z.B. Pränataldiagnostik, Präimplantationsdiagnostik), der Operationstechniken (Transplantationsmedizin), der medikamentösen Therapie, der Reproduktionsmedizin, der Prävention. Man denke weiter an die mit der Embryonenforschung aufgeworfenen Probleme, an die mit der Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes eröffneten Eingriffsmöglichkeiten. Vieles, was früher als Schicksal hingenommen werden mußte, ist disponibel und machbar geworden. Und es sind bekanntlich die neuen Machbarkeiten, welche die vielfältigsten Probleme aufwerfen. Machbarkeit, Anspruchsdenken und überzogene Erwartungen gehen Hand in Hand und steigern sich gegenseitig. Die Machbarkeit generiert ein Anspruchsdenken und überzogene Erwartungen, wie umgekehrt beides als Rechtfertigung für die Steigerung des Machbaren dient (Stichwort: angebotsinduzierte Nachfrage). Das Arzt-Patienten-Verhältnis steht in der Gefahr, in ein Dienstleister-Kunden-Verhältnis abzugleiten (Stichwort: wunscherfüllende Medizin). Dazu kommt noch, daß mit der Ausfächerung der Medizin in Spezialdisziplinen und der damit verbundenen arbeitsteiligen Behandlung die Einheit der Arzt-Patienten-Beziehung und die Unteilbarkeit der ärztlichen Verantwortung problematisch werden. Nicht nur wird die Einheit der ärztlichen Verantwortung für den Patienten tangiert (dieser sieht sich zuweilen mehreren

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

Mit dem gesellschaftlichen Wertepluralismus kann zweierlei gemeint sein: eine Pluralität (1) von Lebensentwürfen und (2) von Begründungsformen sittlichen Handelns. Eine wertepurale Gesellschaft ist durch von miteinander konkurrierenden Welt- und Wertorientierungen charakterisiert, die als prinzipiell gleichberechtigt das gesellschaftliche Kräftefeld bestimmen. In einer pluralistischen Gesellschaft gibt es keine einheitliche, maßgebliche Überzeugung hinsichtlich der Lebenspraxis insgesamt, die von den meisten Mitgliedern der Gesellschaft (mehr oder weniger reflektiert) gleichermaßen anerkannt und für verbindlich gehalten wird. Es herrschen vielmehr divergierende Ansichten darüber, worin ein gutes Leben liegt. Das bedeutet zum einen eine Entlastung: In einer pluralistisch verfaßten Gesellschaft ist man nicht zur Übernahme eines bestimmten Ethos gezwungen. Zum anderen bedeutet die Pluralität eine Belastung, weil sie die Orientierungssuche und Identitätsfindung für den einzelnen erschwert.

Gesellschaftlicher
Wertepluralismus

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

Zur Pluralität der Lebensentwürfe kommt noch eine Pluralität von Ethikentwürfen (siehe Abschnitt 2, Ethische Begründungstheorien).

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 Methodewahl gesichert bleibt.)

Die Medizin ist eine praktische Wissenschaft – freilich eine solche *singulärer Art*. Das hängt mit dem *genuinen* Ziel ärztlichen Handelns, der Heilung, d.i. der Wiedererlangung der Gesundheit zusammen – und zwar der Gesundheit nicht ‚des‘ Menschen, sondern eines konkreten individuellen Mitmenschen in einer bestimmten Phase seines Lebens. Von diesem genuinen Ziel her bestimmen sich die weiteren Beweggründe ärztlichen Handelns wie Prävention, Rehabilitation, Schmerzlinderung, Sterbebegleitung. In all diesen Maßnahmen geht es letztlich um Gesundheit – entweder weil sie vorbeugend erhalten oder schrittweise wiedererlangt werden soll oder weil sie nur teilweise oder gar nicht mehr erlangt werden kann. Die *Gesundheit* ist der Zweck ärztlichen Tuns. Die Verfolgung eines Zwecks rückt das ärztliche Tun in die Nähe des Herstellens – griechisch gedacht: in die Nähe der *τέχνη* / *TECHNE* =

der Kunst. Allerdings ist die Gesundheit nicht ein künstlicher, vom Menschen gesetzter Zweck wie etwa die Herstellung von Gebrauchsdingen, sondern ein *von der menschlichen, d.h. leiblich-personalen Natur vorgegebener* Zweck. Das Heilen besteht demnach nicht in einer Herstellung, sondern (im besten Fall) nur in einer Wiederherstellung der Gesundheit. Diese Eigentümlichkeit ärztlichen Tuns bringt das alte Wort ‚Heilkunst‘ zum Ausdruck. Das Singuläre der Medizin als einer praktischen Wissenschaft liegt darin, *Heilkunst* zu sein. Weil es sich um eine (im besten Fall) Wiederherstellung handelt, gilt nach wie vor (und also auch für die moderne Medizin!) der alte Satz: *medicus curat, natura sanat*. Es ist nicht der Arzt, welcher heilt, sondern die menschliche Natur. Der Arzt trägt nur die Sorge dafür, daß die Natur ihr Werk verrichten kann. Und nur dafür ist er verantwortlich – nicht aber für das Wirken der Natur.

Heilkunst

Wenn von ‚Heilkunst‘ die Rede ist, dann ist mit dem Wort ‚Kunst‘ nicht das Hervorbringen ästhetischer Objekte gemeint, sondern ein *Können* – Können als ein *Sich-Verstehen auf etwas*. Um sich auf etwas verstehen zu können, muß man entsprechendes Sachwissen besitzen – im Falle der Heilkunst ein Wissen um die menschliche Natur, um die Funktionsweise des menschlichen Organismus. Der Arzt muß einen zureichenden Begriff von der Natur des Menschen und in weiterer Folge von Gesundheit und Krankheit besitzen. Wie sonst sollte er dafür Sorge tragen können, daß der Zweck der Wiederherstellung von Gesundheit, also dasjenige, worumwillen er überhaupt tätig wird, auch erreicht werden kann? Nicht in der nötigen Weise Sorge getragen zu haben – dafür kann der Arzt verantwortlich gemacht werden, nicht aber dafür, daß die nötige Sorge gegebenenfalls ihren Zweck nur teilweise oder ganz verfehlt.

1.2.2 Unzureichende Bestimmungen der Medizin

Unzureichende Bestimmungen der Medizin resultieren aus einer Verwechslung von Zweck und den Mitteln seiner Erreichung. Die moderne Medizin verdankt ihre ungeheuren Erfolge in Diagnose, Therapie, Prävention und Rehabilitation zu einem Großteil der Anwendung und Nutzbarmachung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Einbeziehung entsprechender technischer Möglichkeiten. Die naturwissenschaftliche Erforschung des Menschen ist jedoch kein Selbstzweck. Die Medizin ist keine auf den Menschen angewandte Naturwissenschaft. Eine solche Bestimmung ist aus mehreren Gründen unzureichend. (a) Eine Anwendung betrifft die Mittel, nicht das Ziel. Es werden nicht Ziele angewandt, sondern die Mittel zu ihrer Erreichung. Wer die Medizin als angewandte Naturwissenschaft bestimmt, bestimmt sie nicht von ihrem Zweck, sondern von einem ihrer Mittel her. (Das wäre ebenso ungereimt, würde man das Klavierspielen als Niederdrücken von Tasten definieren. Das ist zwar richtig, aber deshalb nicht schon wahr.) (b) Die Bestimmung unterschlägt die Vielfalt der Wissensquellen ärztlichen Handelns wie klinische Lehre und durch Erfahrung ‚geschärfte Urteilskraft‘, ohne die es keine Anwendung einer

Medizin ist nicht eine auf den Menschen bloß angewandte Naturwissenschaft

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 verdinglicht: 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

Die Einbeziehung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse über den Menschen ist zwar einerseits die Ursache für den ungeheuren Erfolg der modernen Medizin, andererseits aber auch die eines verkürzten Menschenbildes. Das Wissen der neuzeitlichen Naturwissenschaft gilt zwar gemeinhin als theoretisch, doch ist diese Charakterisierung irreführend, weil sie den Eindruck erweckt, das naturwissenschaftliche Wissen sei wertneutral, und es komme bloß auf die ‚ethisch vertretbare‘ Anwendung dieses Wissens an. In Wahrheit ist die moderne Naturwissenschaft einem praktischen Ziel verpflichtet. Ihr Ideal ist die Beherrschung. Das unterscheidet sie von allen anderen geschichtlich aufgetretenen Formen wissenden Umgangs mit der Natur.

Mit der europäischen Neuzeit wandelt sich die Grundstellung des Menschen zur Natur. Der Siegeszug der modernen Naturwissenschaft gründet u.a. darin, daß sie sich nicht mehr als theoretisches Wissen im Sinn der antiken θεωρία / THEORIA versteht. Die θεωρία / THEORIA strebt nach Erkenntnis rein um der Erkenntnis willen und ist frei von praktischem Nutzen. Auf der einen Seite ist die Naturwissenschaft theoretisch, weil ihr Gegenstand nichts Künstliches, nichts vom Menschen Hergestelltes ist. Sie ist jedoch insofern nicht theoretisch (im aristotelischen Sinn), als ihr Ziel kein theoretisches, sondern ein praktisches ist: Ihr Wissen wird nicht um des Wissens willen, sondern um der Beherrschung der Natur willen erstrebt. Die klassisch gewordene Formulierung dieses Zieles stammt von Descartes: Ziel der Wissenschaft ist es, uns Menschen „zu Herren und Eigentümern der Natur“ zu machen („nous rendre comme maitres et possesseurs de la nature“).² Der modernen Naturwissenschaft geht es um ein *Herrschaftswissen* (Max Scheler). Beherrschbarkeit setzt Quantifizierbarkeit, Prognostizierbarkeit und Reproduzierbarkeit von Abläufen voraus. Beherrschbar (im Prinzip – nicht schon faktisch) ist etwas dann, wenn ich weiß, wie es funktioniert.

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

² Descartes, R.: *Discours de la Méthode*, VI, 2. Descartes R.: *Discours de la Méthode. Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung. Übersetzt und herausgegeben von Lüder Gäbe*, Hamburg 1960, 100 f.

sie von einer gewaltigen *Abstraktion* lebt, die all ihre Schritte bestimmen.³ Die Naturwissenschaft hat es wesenhaft mit einer *methodisch reduzierten Natur*, *nicht* aber mit der Natur *als solcher* zu tun. Gewiß läßt sich die Natur in steigendem Maß beherrschen, aber die Beherrschbarkeit bildet nicht ihren Grundzug. Die Natur *als Natur* entzieht sich einem herrscherlichen Zugriff – wir alle werden älter, ob wir wollen oder nicht, und wir alle müssen sterben. Eine sich als angewandte Naturwissenschaft verstehende Medizin geht dieser Tatsache aus dem Weg.

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“⁴. 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 *funktio- niert*. Wissen im eigentlichen Sinn besitzt deshalb der 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.

Neues
Wissensideal

Naturwissenschaft
der Neuzeit als
theoretisches, in
sich technisches
Wissen

(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).

Nivellierter
Unterschied:
Natürliches und
Künstliches

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.

³ In der Formulierung von C.F.v. Weizsäcker heißt das: „Das Verhältnis der Philosophie zur sogenannten positiven Wissenschaft läßt sich auf die Formel bringen: Philosophie stellt diejenigen Fragen, die nicht gestellt zu haben die Erfolgsbedingung des wissenschaftlichen Verfahrens war. Damit ist also behauptet, daß Wissenschaft ihren Erfolg unter anderem dem Verzicht auf das Stellen gewisser Fragen verdankt.“ (Weizsäcker, C.F.v.: *Deutlichkeit*, München 1978, 167).

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

Eines ist es, die Natur *in Dienst zu nehmen*, ein anderes ist es, sie *beherrschen zu wollen*. Zu einer Indienstnahme gehört wesentlich die Anerkennung und Rücksichtnahme des *Eigenwertes* des Natürlichen und der *Eigengesetzlichkeit* des Lebens, d.h. der *teleologischen Verfaßtheit* der Lebewesen. Solch ein Eigenwert steht jedoch einem Herrschaftswillen im Weg. Nicht umsonst hat die moderne Naturwissenschaft von Anfang an die Teleologie aus der Natur ausgetrieben, die Kausalität auf Effizienzkausalität reduziert und sich dem Programm einer a-teleologischen Erklärung von Teleologie verschrieben. Eine Indienstnahme kennt Grenzen, die aus einer Anerkennung stammen. Eine Naturbeherrschung kann solche Grenzen nicht kennen, weil sie von einer für sie konstitutiven Uminterpretation lebt: Für sie ist jedes Nicht von vornherein ein Noch-Nicht.

(2) Der Wandel des Naturbezugs führt aber noch zu einer weiteren *Nivellierung* – zu der von *Gutem und Zweckdienlichen*. Hinter der neuzeitlichen Idee der Naturbeherrschung steht ein Freiheitsbegriff, der Freiheit mit Unabhängigkeit identifiziert. Abhängigkeit von der Natur besagt dann eo ipso Unfreiheit. Die Naturbeherrschung war von allem Anfang von der Überzeugung getragen, Zunahme an Naturbeherrschung besage Zunahme an Freiheit, mit steigender Naturbeherrschung werde auch die Humanität befördert. Unter dieser Voraussetzung muß bereits die Machbarkeit als die Rechtfertigung des Machens, das Zweckdienliche als das für den Menschen sinnpendend Gute erscheinen. Die Frage, ob das Zweckvolle auch schon das Sinnvolle ist, scheint sich zu erübrigen. Sinnprobleme werden zu technischen, d.i. zweckrational lösbaren Organisationsproblemen. Die Frage nach dem guten Leben gerät aus dem Blick – jene Frage, ohne deren Beantwortung letztlich nicht über Sinn und Unsinn von Machbarkeiten entschieden werden kann.

Nivellierter
Unterschied:
Gutes und
Zweckdienliches

1.3 Ethik – Medizin-Ethik

1.3.1 Ethos

Ethik ist von Moral = Ethos zu unterscheiden. Ethos (griech.: ἦθος / ETHOS = Aufenthaltsort, Gewohnheit, Charakter) oder Moral (lat. mos = Sitte) bedeutet die gelebte sittliche Überzeugung einer Gruppe, Gesellschaft, Epoche, eine durch ein gewisses Maß an Reflexion gekennzeichnete konkret-geschichtliche Form sittlich bestimmten menschlichen Miteinanderlebens. Das Ethos umfaßt einen Bestand von anerkannten Handlungsregeln, Grundhaltungen, Wertmaßstäben, Sinnvorstellungen sowie Institutionen und bildet so einen normativen Rahmen für das Verhalten des Menschen zu seinesgleichen, zu sich selbst und zur Welt. Indem es einen Entwurf gelingenden Lebens beinhaltet, ermöglicht es eine Orientierung für die Praxis. Ein Ethos wird durch Erziehung vermittelt, ist kulturell geprägt und geschichtlich gewachsen. Es ist zwar wandelbar, dennoch der individuellen Willkür entzogen und in diesem Sinne objektiv vorgegeben.

Ethos als
gelebte sittliche
Überzeugung
von Gruppen
bzw.
Gesellschaften

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.: ἠθική ἐπιστήμη / 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.

Ethik als philosophische Wissenschaft des Ethos

Ethik reflektiert den Ethos normativ

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*

⁵ Aristoteles: *Die Nikomachische Ethik*. Griechisch-deutsch. Übersetzt von Olof Gigon, neu herausgegeben von Rainer Nickel, Düsseldorf/Zürich 2001 (EN I, 1, 1095 a).

analog). Das Wort ‚gut‘ kann mehreres bedeuten:⁶ z.B. ein guter (= sittlicher) Mensch, ein gutes (= rechtes) Maß, ein gutes (= brauchbares) Ding, eine gute (= günstige) Zeit. (2) Die moralische Sprache ist nicht auf bestimmte Wörter angewiesen. Mit welchem Kriterium läßt sich der moralische Gebrauch der Sprache von einem außermoralischen Gebrauch unterscheiden? An den Wörtern selbst läßt sich das nicht ablesen, sondern es kommt auf den Kontext an – und dieser ist charakterisiert durch Phänomene wie Verantwortung, Aufgerufensein zum Vollbringen des Guten – also durch sittlich-normative Grunderfahrungen. Der Rückzug auf bloße Meta-Ethik, d.h. der Ausschluß des Normativen und seiner Begründung aus der Ethik, lebt von der heimlichen In-Anspruchnahme des Ausgeschlossenen.

1.3.3 Verschränkung von Ethik und Ethos

Ethik und Ethos sind aufeinander angewiesen. Die Ethik schafft nicht ein Ethos, sondern befragt und reflektiert es. Insofern geht das Ethos jeder Ethik uneinholbar voraus. Keine Ethik ohne ein Ethos. Weil sich jedoch faktisches und sittlich zu verantwortendes Handeln nicht von vornherein deckt, gilt auch das umgekehrte. Das Ethos ist umwillen seiner Sittlichkeit auf die kritische Infragestellung angewiesen. Die Ethik ist deshalb nicht einfach das begriffliche Spiegelbild des ihr vorausliegenden Ethos, vielmehr steht sie zum Ethos in *kritischer Distanz*.⁷ Sie thematisiert und prüft die im gelebten Ethos bereits wirksamen Prinzipien, Kriterien und Normen. Als *kritisch-prüfende* Reflexion kann sie das Ethos über sich selbst aufklären und vertiefen.

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 Hausverständes 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 besonderer Situationen, d.h. sie hat keine eigenen, von der allgemeinen Ethik unabhängigen Prinzipien und Kriterien, denn ethische Prinzipien beanspruchen Geltung für jeden Menschen.⁸

Medizin-Ethik als
Ethik besonderer
Situationen

⁶ Aristoteles: EN I, 4.

⁷ kritisch – Kritik (griech. *κριτική τέχνη* / KRITIKE TECHNE): die Kunst der Unterscheidung.

⁸ „Ethische Prinzipien gelten für jedermann. Wenn sie irgendwelchen Einschränkungen unterliegen, dann ist das keine Einschränkung ihrer Allgemeinverbindlichkeit und ihrer uneingeschränkten Geltung, sondern nur eine Einschränkung in Bezug auf bestimmte Wirklichkeitsbereiche, in denen sie greifen: Bereiche der Wirklichkeit, die z.B. durch bestimmte

Sie ist genau genommen auch keine „Angewandte Ethik“. Diese in der Zwischenzeit üblich gewordene Redeweise entstammt einem Mißverständnis in Bezug auf die Herkunft ethischen Wissens. Sie suggeriert, daß ein ursprünglich praxis-unbezügliches Wissen in Handlungssituationen zur Anwendung käme und auf seine Tauglichkeit hin geprüft würde. Ethik entstammt jedoch einer Reflexion auf die *im Handeln* bereits wirksamen Prinzipien, Kriterien und Normen. Ethisches Wissen wird nicht erst durch Anwendung praktisch, sondern ist von allem Anfang an praxis-bezogen.

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 (1) Eine Medizin-Ethik kann nur interdisziplinär betrieben werden. Eine medizin-ethische Reflexion ist auf die Vorgabe des entsprechenden Sachwissens angewiesen. In Anlehnung an eine Formel Kants kann gesagt werden: Ein sittlich-praktisches Wissen ohne Sachwissen ist leer, ein Sachwissen ohne sittlich-praktisches Wissen ist blind.

Interdisziplinarität
der Medizin-Ethik

ad (2) Medizin und Ethik gehören innerlich zusammen. Wenn nämlich ärztliches Handeln sittlich verantwortlich 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 wesentlich zu ihr.

Innerlicher
Zusammenhang
von Medizin und
Ethik

Die innere Zusammengehörigkeit von Medizin und Medizin-Ethik betrifft die *Struktur* der Medizin als *Wissenschaft* – nicht jedoch eine solche der faktischen Kompetenz. Hier herrscht vielmehr ein Unterschied. Der Erwerb medizinischen Sachwissens vermittelt noch kein medizin-ethisches Handlungswissen. Medizinisches Handeln weist zwei verschiedene, jedoch untrennbar zusammengehörige Dimensionen auf, unter denen es beurteilt werden kann. Medizinisches Handeln kann (1) hinsichtlich der *pragmatischen* Differenz von richtig/falsch und (2) hinsichtlich der *moralischen* Differenz gut/verwerflich beurteilt werden. Das medizinische Handeln muß sachlich kompetent sein (Behandlung *lege artis*, Anwendung der richtigen Mittel) und es muß sittlich zu verantworten sein. Es herrscht demnach ein Unterschied zwischen Sachwissen und sittlich-praktischem Wissen und infolgedessen auch ein Unterschied zwischen den methodisch-kritischen Begründungsformen beider Wissensarten.

Pragmatische
Differenz
medizinischen
Handelns:
richtig/falsch

Moralische
Differenz
medizinischen
Handelns:
gut/verwerflich

professionelle Rollen (z.B. die Rolle eines Arztes oder Pflegers) oder bestimmte situative Kontexte (z.B. diejenigen, die die Lebenswelt eines Krankenhauses prägen) spezifiziert werden“ (Trampota, A.: Die Medizinethik: ein Sonderfall der Ethik?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 63 (2017), 95–107, hier 96).

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

Ethische Kompetenz besteht in der Fähigkeit zur argumentativen Begründung praktischer Sätze im Rückgang auf Prinzipien, Kriterien und Normen des Handelns. Das aber ist etwas anderes, als über die richtige Anwendung von Mitteln zu befinden. Und so wenig, wie man als moralisch handelnder Mensch schon eine Ethik (eine Wissenschaft von der Moral) besitzt, so wenig besitzt man als moralisch handelnder Arzt schon eine Medizin-Ethik. Eines ist es, moralisch zu handeln, ein anderes, dieses sein Handeln argumentativ gegen Einwände rechtfertigen zu können. Deshalb deckt sich *moralische* nicht auch schon mit *ethischer* bzw. *medizin-ethischer* Kompetenz.

1.4 Ethik und Recht

Angesichts der Pluralität der Ethosformen kommt rechtlichen Regelungen erhöhte Bedeutung zu, doch darf das Instrumentarium des Rechts nicht überfordert werden. Das Recht kann weder die Basis einer pluralistischen Gesellschaft garantieren, noch ist es ein Ersatz für Ethik. Das Verhältnis von Ethik und Recht läßt nach drei Richtungen hin charakterisieren.

Ethik und Recht
als normative
Disziplinen

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

Recht
sanktioniert

(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.

Ethik wendet
sich mit
Argumenten an
das Gewissen

Gegenseitiges
Angewiesensein
von Ethik und
Recht

(3) Recht und Ethik sind in ihrer Unterschiedenheit jedoch aufeinander angewiesen. Wenn Recht mehr als eine formale Zwangsordnung sein will, braucht es eine ethische Fundierung. Jede Rechtssetzung hat ethische Implikationen, und ebenso gehen in jede Formulierung eines rechtlich relevanten Tatbestandes normative Komponenten ein. Umgekehrt ist die Ethik, will sie sich in ihrem Kernbereich nicht der Unverbindlichkeit überantworten, bei ihrer Durchsetzung auf rechtliche Stützung angewiesen. Allerdings setzen rechtliche Regelungen ethische Argumente nicht außer Kraft. Denn sie setzen Rahmenbedingungen und belassen einen ethischen Entscheidungsspielraum, der es erlaubt, dem Einzelfall Gerechtigkeit widerfahren zu lassen – ein gerade auch für das medizinische Handeln wichtiger Gesichtspunkt.

1.5 Verschränkung von Medizin-Ethik und philosophischer Anthropologie

Zur Strukturganzheit der Medizin als einer praktischen Wissenschaft gehört jedoch nicht nur die Medizin-Ethik, sondern auch eine *philosophische Anthropologie*. Ärztliches Handeln versteht sich als ein Dienst am kranken Mitmenschen und ist wie jedes menschliche Handeln von einem (zumeist unreflektiert bleibenden) Menschenverständnis geleitet. Für das Arzt-Patienten-Verhältnis wie auch für die ethische Beurteilung der medizinischen (Grundlagen-)Forschung ist es nicht gleichgültig, welche Vorstellung von Menschsein beidem zugrunde liegt. Man kann dieses unreflektierte Vorverständnis, das sich aus vielerlei Quellen speist, anthropologisches Vorverständnis, oder *vor-anthropologisches* Wissen nennen im Unterschied zum methodisch-kritisch reflektierten menschlichen Selbstverständnis, dem *anthropologischen* Wissen. Weil zu einem verantwortlichen Handeln die Rechenschaftsablage gehört, genügt es nicht, sich auf ein unreflektiertes anthropologisches Vorverständnis zu berufen. Die Rechenschaftsablage erfordert ein methodisch-kritisch reflektiertes anthropologisches Wissen. Das für den Menschen Gute läßt sich nicht ermitteln, ohne gleichzeitig zu fragen, worin das Menschsein des Menschen gelegen ist.

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 voraussetzen* 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-

messen z.B. vom Werden eines Menschen reden. Von der zureichenden Bestimmung des Gewordenen hängt das sachangemessene Verständnis seines Werdens ab – nicht umgekehrt (siehe dazu auch Abschnitt 7: Exkurs zur anthropologischen Grundfrage).

Philosophische
Anthropologie
als *conditio sine*
qua non der
Medizin-Ethik

Ethik und also auch Medizin-Ethik können nicht ohne philosophische Anthropologie betrieben werden. Denn Handlungen sind keine Naturereignisse, sondern Selbstvollzüge von Menschen. Es handelt jeweils *jemand*. Wie unverzichtbar ein philosophisch-anthropologisches Wissen ist, zeigen z.B. die Diskussionen über die medizinischen Handlungsmöglichkeiten am Lebensanfang und Lebensende. Der diesbezügliche Dissens resultiert ja weitaus weniger aus unterschiedlichen Begründungsweisen der Handlungen, sondern aus einem divergierenden Verständnis von Menschsein.

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.

Will eine Medizin-Ethik ihrer normativ-praktischen Aufgabe nachkommen, muß sie auf interdisziplinäre Problemdifferenzierung drängen und dabei auf ausgewogene Beweislastverteilung achten. Nicht derjenige hat die alleinige Beweislast, der begründetermaßen auf Bedenklichkeiten aufmerksam macht, sondern derjenige, der die Unbedenklichkeit von Handlungen behauptet, indem er von vornherein deren sozial-ethische Folgen und langfristige Einstellungsänderungen aus der Bewertung ausklammert. Medizin-Ethik muß die medizinische (Grundlagen-) Forschung kritisch-antizipativ begleiten und rechtzeitig auf auf uns zukommende ethische Probleme aufmerksam machen und auf die Ermittlung ethisch weniger problematischer Alternativen drängen. Verrät sie ihre normativ-praktische Aufgabe, pervertiert sie zu einer Ideologie des Faktischen und zu einer nachträglichen Gutheißung dessen, was ohnehin längst gemacht wird. Ethik sänke zur Akzeptanzforschung herab, erblickte sie ihre Aufgabe bloß in der argumentativen Sicherung des Fortschritts sowie der Vermeidung von Mißbrauch. Sie förderte in solch einem Fall die opportunistische und kritiklose Anpassung an das Machbarkeitsdenken.

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-

dung. Sie hilft, ethische Probleme zu orten, wo keine zu sein scheinen, sie kann unerkannte Wertungen ans Licht bringen und die normativen Implikationen einer vermeintlich 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 verantwortender 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 Verantwortung abnehmen. Wie im konkreten Einzelfall nach Erwägung aller relevanten Gesichtspunkte zu handeln ist, muß jeder selbst finden.

Auf der anderen Seite wird die Medizin-Ethik unterschätzt. Ausdruck dieser Unterschätzung 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 Handlungssituationen nicht deduzieren lassen. Ethische Argumente bewegen sich im Horizont der Frage nach dem guten Miteinanderleben, sie sind keine formal-logischen Beweise⁹, 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

Beckmann, J.P. (Hrsg.): *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*, Berlin 1995.

Beckmann, J.P.: *Ethische Herausforderungen der modernen Medizin*, Freiburg 2009.

Düwell, M./Hübenthal, C. (Hrsg.): *Handbuch Ethik*, Stuttgart 2002.

Düwell, M./Steigleder, Kl. (Hrsg.): *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt 2003.

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 Perspektiven*, Zürich 2002, 35–50.

⁹ „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).

Höffe, O.: *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt 2002.

Honnefelder, L.: Die ethische Entscheidung im ärztlichen Handeln. Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik, in: Honnefelder, L./Rager, G. (Hrsg.): *Ärztliches Urteilen und Handeln*, Frankfurt/Leipzig 1994, 135–190.

Illhardt, F. J.: *Medizinische Ethik. Ein Arbeitsbuch. Unter Mitarbeit von H. G. Koch*, Berlin u.a. 1985.

Irrgang, B.: *Einführung in die Bioethik*, München 2005.

Kreß, H.: *Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003.

Maio, G.: *Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Stuttgart 2017.

Mieth, D.: *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Freiburg 2002.

Pöltner, G.: *Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien 2006.

Pöltner, G.: Homo quodammodo totum ens. Überlegungen zum Methodenproblem einer Anthropologie, in: Runggaldier, E./Niederbacher, B. (Hrsg.): *Was sind menschliche Personen? Ein akttheoretischer Zugang*, Frankfurt u.a. 2008, 37–54.

Rager, G.: Medizin als Wissenschaft und ärztliches Handeln, in: Honnefelder, L./Rager, G. (Hrsg.): *Ärztliches Urteilen und Handeln*, Frankfurt/Leipzig 1994, 15–52.

Schöne-Siefert, B.: Medizinethik, in: Nida-Rümelin, J. (Hrsg.): *Angewandte Ethik*, Stuttgart 1996, 552–648.

Trampota, A.: Die Medizinethik: ein Sonderfall der Ethik?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 63 (2017), 95–107.

Weizsäcker, C.F. v.: *Deutlichkeit*, München 1978.

Wieland, W.: *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft*, Berlin u.a. 1986.

Wiesing, U. (Hrsg.): *Ethik in der Medizin. Ein Reader*, Stuttgart 2000.

Zude H.U.: Medizinethik, in: Knoepffler, N./Kunzmann, P./Pies, I./Siegesleitner, A. (Hrsg.): *Einführung in die Angewandte Ethik*, Freiburg/München 2006, 105–133.