

Grundkurs Ethik

Band 2: Anwendungen

von

Johann S. Ach, Kurt Bayertz, Ludwig Siep

1. Auflage

[Grundkurs Ethik – Ach / Bayertz / Siep](#)

schnell und portofrei erhältlich bei [beck-shop.de](#) DIE FACHBUCHHANDLUNG

Thematische Gliederung:

[Umweltsoziologie, Umweltpsychologie, Umweltethik](#)

mentis 2011

Verlag C.H. Beck im Internet:

[www.beck.de](#)

ISBN 978 3 89785 661 5

[Inhaltsverzeichnis: Grundkurs Ethik – Ach / Bayertz / Siep](#)

PRINZIPIEN UND THEORIEN IN DER MEDIZINETHIK

BETTINA SCHÖNE-SEIFERT^{**}

1. Einleitung
2. Medizinethik: akademisch, politisch, klinisch, öffentlich
3. Zwei beispielhafte Kontroversen zum Umgang mit Tod und Sterben
4. Das Inventar der akademischen Medizinethik: Werte und normative Theorien
5. Grundtypen klassisch-ethischer Theorien in medizinischen Kontexten
6. Senkrechtstarter: Kohärenztheorie der Prinzipienethik
7. Kohärente Lösungen der Beispielprobleme?

1. Einleitung

Manchen Leuten, auch manchen Philosophen, gilt Ethik intellektuell als leichte, Medizinethik gar als ultraleichte Kost. Vielleicht ist ihr Bild von Medizinethik dasjenige von stundenlangen intuitionsgeprägten Debatten auf Klinikfluren, die am Ende ergebnislos bleiben, oder von Festreden, die mehr erbaulich oder moralisierend als philosophisch interessant wären. Man wird ihnen entgegenhalten wollen, dass gute Medizinethik anders sei: nämlich begrifflich präzise, explizit und stimmig in ihren Begründungen und dass die wichtigen, ja essentiellen Fragen, um die es der Medizinethik gehe, solcher intellektuellen Qualitäten bei ihrer Behandlung auch bedürften.

Impliziert diese Verteidigung, dass man Moralphilosoph sein sollte, um Medizinethik zu betreiben – oder jedenfalls, um dies auf gute Weise zu tun? Und muss man zur Klärung eines konkreten medizinethischen Problems zunächst über eine allgemeinere ethische Theorie verfügen und sie vertreten? Werden ethische Entscheidungen – am

Schreibtisch, am Krankenbett oder in Kommissionen – tatsächlich unter Rückgriff auf Theorien gefällt? Wie geht man dann mit den notorischen Theoriestreitigkeiten um, wie sie etwa zwischen Deontologen und Konsequentialisten bestehen? Diese Fragen begleiten die moderne wissenschaftliche Medizinethik, die sich, im Wesentlichen von den USA ausgehend, seit den 1970er Jahren stürmisch entwickelt hat, fast von Anfang an. Umso bemerkenswerter ist es, dass sie auch gegenwärtig noch keineswegs beantwortet zu sein scheinen. Noch für das Jahr 2010 wird *The Role of Moral Theory in Health Care Ethics* als Gegenstand diverser hochkarätiger Symposien und etwa eines neu beginnenden internationalen Forschungsprojekts angekündigt. Muss das nicht jeden erstaunen, der auf die stetig zunehmenden Regalmeter theoretisierender Medizinethikbücher blickt, auf den theorieelastigen Unterricht, den die meisten Medizinstudenten gegenwärtig erhalten, oder auf die inzwischen prominente Rolle ausgebildeter Moralphilosophen in diversen Gremien, in denen medizinethische Probleme beraten und einer Lösung zugeführt werden sollen? Erstaunen

muss das nur auf den ersten Blick. Denn schon auf den zweiten wird deutlich, in welch unterschiedlichen Kontexten ›Medizinethik‹ betrieben wird und wie differenziert daher sowohl die faktische als auch die wünschenswerte Rolle von Moraltheorien für Medizinethik gesehen werden müssen. Nebenbei: Exakt dieselben Überlegungen treffen natürlich auch auf die gesamte ›Bioethik‹ zu, die nach üblichem Verständnis Medizinethik als zentralen Teilbereich, darüber hinaus aber auch Gebiete wie Umwelt-, Tier- oder Forschungsethik umfasst. Auch für sie gilt, dass die Bedeutung ethischer Theorien als Ressource zur Problemlösung eine strittige, wenn nicht gar offene Frage ist.

2. Medizinethik: akademisch, politisch, klinisch, öffentlich

Zunehmend viele Philosophen, die sich mit Fragen der Ethik als einem Teilgebiet ihrer akademischen Disziplin befassen, arbeiten auch über Fragen der Medizinethik, die ihnen dramatische und faszinierende Probleme aus dem echten Leben liefert. Nachdem seit den 1970er Jahren die angloamerikanische und etwa 15 Jahre später auch die deutsche Moralphilosophie eine deutlich *normative Wendung* genommen hat, sind konkrete, aktuelle Kontroversen – exemplarische Stichworte: Atomwaffen, Umwelt, antiterroristische Präventivmaßnahmen, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Gentechnik oder Sterbehilfe – hochwillkommene Anwendungsfelder für moralphilosophische Argumentationen. In dieser Arbeit spielt naturgemäß die theoretische Dimension eine wesentliche Rolle: So werden normative oder auch moral-epistemologische Theorien angewendet, geprüft, revidiert, weitergeschrieben oder verworfen. Die so betriebene Medizinethik unterscheidet sich ihrer Vorgehensweise nach nicht von der allgemeinen Ethik. Von dieser übernimmt sie einen wesentlichen Teil der Begriffe und Argumente und wendet sie auf den spezifischen Gegenstandsbereich der Medizinethik (und damit zumeist auf ziemlich konkrete Fragestellungen) an. *Akademische Medizinethik*, so verstanden, ist also gar nicht ohne die Ressourcen philosophischer Ethik zu betreiben. Sie hängt mit allen anderen Bereichen angewandter oder abstrakter Ethik zusammen, in denen es um dieselben oder ähnliche Werte und Normen geht und erbt zugleich die offenen Fragen, Theorieprobleme und notorischen Kontroversen der philosophischen Ethik.

Damit wird deutlich, dass der gängige Begriff der ›angewandten‹ Ethik nicht so zu verstehen ist, dass hier ein

fertiger theoretischer und methodologischer Unterbau verwendet würde, der als allgemein unstrittig vorausgesetzt werden könnte. Vielmehr konkurrieren auch in der Medizinethik verschiedene theoretische Ansätze miteinander, die in ihrer Verwendung begründet, präzisiert und weiterentwickelt werden müssen, um konkrete Antworten zu geben. In diesem weichen Sinne von ›Anwendung‹ haben diejenigen Autoren, die diesen Begriff schon seit den 1970er Jahren für solche ›Bereichs- oder ›Bindestrichethiken‹ wie die Medizinethik, die Tierethik, die Medienethik oder die Wirtschaftsethik verwendet haben, ihn wohl auch überwiegend verstanden wissen wollen.

Was Auswahl und Gewichtung von Moraltheorien für konkrete medizinethische Fragestellungen betrifft, findet man unter akademischen Medizinethikern ein großes Spektrum an Möglichkeiten vor: vom überzeugten Verfechter einer bestimmten Theorie (z. B. Kantianismus), der mit ihr konkrete Fragen lösen will, über den problemorientierten Hybridtheoretiker bis zum lösungsorientierten Theorieskeptiker –, wobei es ihnen allen wesentlich auch um ein intellektuelles Interesse an guten Begründungen, um deren Konsistenz, Kohärenz, Präzision und Klarheit gehen sollte. Hier sind also immer auch metamoralische Fragen angesprochen.

Zunehmend beteiligen sich Moralphilosophen an der Arbeit von Ethikgremien, in Ethikkomitees zur Forschungsbegutachtung oder als medizinethische Berater in Ausschüssen für Gesetzgebungsverfahren – Rollen, die sie ausdrücklich übernehmen und nicht allein den Juristen und Theologen oder gar den Medizinern und Naturwissenschaftlern überlassen wollten. Was macht in solchen im weitesten Sinne *politischen* Kontexten ihre Expertise aus? Wie viel an theoretischen Überlegungen, Überzeugungen und Kritik können oder sollten sie einbringen? Hier gibt es, auch unter gremienerfahrenen Kollegen, deutlich divergierende Ansichten (vgl. Kymlicka 2000). Einige sehen die Rolle professioneller Moralphilosophen lediglich in der bescheidenen Hilfestellung zur Vermeidung begrifflicher Unschärfen und argumentationslogischer Widersprüche. Andere möchten den Nicht-Moralphilosophen unter den Gremienmitgliedern oder Politikern eine Unterweisung in umfassenden ethischen Theorien zukommen lassen. Da es derartigen Gremien aber auf praxisrelevante Empfehlungen, Kompromissfindung und rasche sensible Lösungen in der echten Welt ankommen muss, wecken die professionellen Theorieunterschiede erhebliche Bedenken gegenüber dem anspruchsvolleren Expertise-Verständnis. So hält etwa der Philosoph Will Kymlicka diese Art der

professionellen Einflussnahme nicht nur für unfruchtbar und zeitraubend, sondern für regelrecht schädlich:

»Ich befürchte erstens, dass die Ausübung ihrer alltagspraktischen moralischen Sensibilität verhindert wird, wenn man Politiker dazu bringt, Moralphilosophie ernstzunehmen. Das Problem ist, wie schon bemerkt, dass viele Leute glauben [was Kymlicka selbst aber ausdrücklich bestreitet, B. S.-S.], Moraltheorien und Empfehlungen stünden in einem Eins-zu-eins-Verhältnis, so dass die Übernahme einer bestimmten Theorie einen an eine vorweg bestimmte Reihe von Empfehlungen bindet. [...] Je mehr jemand an so enge Verbindungen zwischen Theorien und normativen Empfehlungen glaubt, desto unwahrscheinlicher wird es, dass noch das Bedürfnis verspürt wird, sich wirklich in die Lage anderer Menschen zu versetzen und herauszufinden, wie deren Leben betroffen ist.

Zweitens befürchte ich, dass Philosophie, wenn sie ernstgenommen wird, das Vertrauen der Menschen in ihr alltägliches moralisches Gespür zerrüttet könnte. Das Problem, um es noch einmal zu sagen, ist, dass die fünf Moraltheorien [gemeint sind hier Utilitarismus, Deontologie, Kontraktualismus, Naturrecht und Fürsorgeethik, B. S.-S.] hoch umstritten sind und die Debatten zwischen ihnen ziemlich verwirrend sein können. Und solche Verwirrung auf philosophischer Ebene könnte das Vertrauen auf der Ebene der alltagsmoralischen Prinzipien erschüttern.« (Kymlicka 2000: 223)

Ähnlich desillusioniert und besorgt hinsichtlich der edukativen Rolle moralischer Theoriedebatten haben sich einige Philosophen im Übrigen auch im Zusammenhang mit dem Unterrichten von angewandter Ethik (etwa für angehende Mediziner) geäußert. So schrieb Annett Baier schon vor Jahren über ihre Erfahrungen:

»Auch wenn Verallgemeinerungen riskant sind, meine ich, dass Dozenten der Moralphilosophie zumeist darauf stolz sind, wenn sie die selbstzufriedenen Ansichten ihrer Studenten erfolgreich erschüttert haben. Wir haben uns daran gemacht, in unseren Studenten eine Bereitschaft dafür zu wecken, alte Auffassungen in Frage zu stellen, den Implikationen von Prinzipien weiter nachzugehen, als sie es normalerweise täten, und alternative Meinungen anzusehen. Wir spielen gerne den *advocatus diaboli*. Korrumptiert dieser systematische Angriff auf die überkommenen und konventionellen Moralvorstellungen die jungen Leute? Ich glaube, wir wissen es nicht [...]. Wohl aber wissen die meisten von uns – aus einzelnen Beobachtungen oder aus Unterre-

dungen mit verzweifelten Studenten – dass es beunruhigen und verstören kann; und es kann auch moralische Skeptiker und sogar Zyniker produzieren.« (Baier 1989: 42; Übers. B. S.-S.)

Was für Folgerungen sollten betroffene Moralphilosophen aus diesen Bedenken ziehen? Auf Gremien drängen, die allein aus Experten bestehen? Das wäre am Ende nur die Verlängerung der ohnehin bestehenden akademischen Debatten und hätte kaum eine Chance auf viel öffentliche Resonanz. Diese besteht nämlich offenbar nur dann, wenn Ethik-Stellungnahmen »[...] die alltagsweltlich wirksamen Wünsche und Überzeugungen aufgreifen, diese entweder kritisieren oder in reflektierter Form in ihre Stellungnahme einfließen lassen« (Kuhlmann 2002: 30). Oder sollte sich die professionelle Philosophie aus Gremien und anwendungsorientierter Lehre ganz heraushalten? Das mögen manche durchaus vertreten; es bedeutet aber zugleich auch den Verzicht auf die besagte bescheidene, aber nicht unwichtige Rolle, Hilfestellung zur Vermeidung begrifflicher Unschärfen und argumentationslogischer Widersprüche zu leisten. Damit besteht die Gefahr, dass durch den in solchen Gremien bestehenden Konsensdruck vage Formeln oder inkonsistente Begründungen an die Stelle präziser und fokussierter Argumente treten. Und wenn dann noch die Autorität der nationalen oder internationalen Produzenten derartiger Konsensuspapiere an die Stelle exakter und konsistenter medizinethischer Argumentation tritt und diese »marginalisiert«, ist das in der Tat hoch problematisch (so Harris 2001: 5f.). Es wird von den konkreten Umständen abhängen, ob involvierte Profi-Philosophen hier Schlimmstes verhindern können oder aber zu »Komplizen« werden. Auf der anderen Seite darf man nicht verkennen, dass das Ziel solcher Beratungsgremien eben oft darin liegt, dass »[...] in Deliberationen ›faule‹ aber politisch funktionale Kompromisse gefunden werden, die moralischen Konflikt befrieden« (van den Daele 2008: 381). Beispiele für inkonsistente oder doppelmoralische ›Lösungen‹ lassen sich in der gegenwärtigen deutschen Biopolitik zuhauf finden. Zu ihnen zählen etwa der rechtspolitische Umgang mit Abtreibungen, Stammzellimporte oder aktive Sterbehilfe (van den Daele a. a. O.).

Vor diesem Hintergrund besteht ein von vielen verfochtener und praktizierter Mittelweg hinsichtlich der Rolle von Fachphilosophen in Beratungsgremien darin, die beschriebene ›bescheidene‹ Rolle zu übernehmen – und zudem dafür zu sorgen, dass institutionalisierte Ethikberatungen

statt im Dickicht strittiger Theorien auf der Ebene kon sensfähiger Prinzipien beginnen.

»Aus diesen Gründen würde ich Kommissionsmitglieder nicht ermuntern, eine sozusagen höhere Bildung bezüglich kontroverser Moraltheorien zu erwerben. Vielmehr würde ich sie in ihrem Vertrauen auf geteilte Grundwerte bestärken, aber sicherstellen, dass diese Werte auf ernsthaftere und einfühlsamere Weise angewandt werden – z.B. indem dafür gesorgt wird, dass jede eventuelle Empfehlung im Licht einer möglichst vollständigen Liste aller von ihr Betroffenen und aller für sie relevanten Prinzipien gegengeprüft wird. Das würde sicherstellen, dass die Verletzbaren nicht übergangen werden und dass den Interessen von sozial Schwachen und Randgruppen nicht weniger Aufmerksamkeit gezollt wird als denen der gesellschaftlich Tonangebenden und Mächtigen. Auf diese Art können wir Politiker dazu bringen, das Moraleische ernstzunehmen, ohne sie dazu zu bringen, Moralphilosophie ernstzunehmen.« (Kymlicka 2000: 225)

Auf die Stärken und Schwächen einer ›Prinzipienethik‹, wie sie in den 1970er Jahren von den Medizinethikern Tom Beauchamp und James Childress entwickelt und seither fortgeschrieben worden ist (Beauchamp/Childress 2009), komme ich unten ausführlicher zurück. Doch eines sollte schon hier betont werden: Es ist *eine* Frage, ob dieser Ansatz praxis- und ergebnistauglich ist, und eine *andere* Frage, ob und wie weit er als Theorie oder als Theorieersatz auch in der akademischen Moralphilosophie trägt. Gremien, die etwa zu Gesetzgebungsvorhaben rasche Stellungnahmen zu Papier bringen müssen, tun sich gewiss einen Gefallen mit weitgehender Theorieferne und systematischer Problemanalyse im Ausgang von mittleren Prinzipien. Erst recht gilt dies für *klinische* Komitees, in denen, gleichfalls unter zunehmend häufiger Beteiligung moralphilosophisch geschulter Personen, fall- und patientenbezogene Empfehlungen formuliert werden sollen. Und ganz sicher trägt es wenig aus, wenn Medizinethiker im Rahmen *öffentlicher Debatten*, bei Podiumsdiskussionen oder in der Tagespresse, in die Kiste der so strittigen umfassenden ethischen Theorien greifen. Allenfalls werden hier Vorurteile zugunsten oder zuungunsten bestimmter Positionen geschürt – etwa, indem sie als honorig tugendethisch oder als anrüchig utilitaristisch markiert werden.

Doch muss dies keineswegs heißen, dass grundlegende moraltheoretische Arbeit überflüssig wäre für das eigentliche moralische Leben, für Entscheidungen von Gremien und für die öffentlichen Debatten über konkrete Probleme

der Medizinethik. Ihr potentieller Einfluss auf diese Praxis ist langsam, indirekt, unplanbar – aber im besten Falle nachhaltig, wie es beispielhaft für die großen ethischen Arbeiten der Aufklärung und des Liberalismus gilt.

3. Zwei beispielhafte Kontroversen zum Umgang mit Tod und Sterben

A: Zur ethischen Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe

Manche Patienten möchten sich, wenn sie an einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung leiden, das Leben nehmen. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn die Betroffenen liebevoll umsorgt und nach den Standards bester Palliativmedizin behandelt werden. Eine kleine Minderheit der Patienten leidet dennoch an unstillbaren Schmerzen, die man nur durch eine Narkose ausschalten könnte (terminale Sedierung), was nicht jeder wünschenswert findet. Andere möchten sich oder ihren Angehörigen auch ohne Schmerzen das Erleben der letzten verbleibenden Lebensphase ersparen, die sie als quälend oder würdeverletzend wahrnehmen oder antizipieren.

Um diesen Wunsch in die Tat umzusetzen, brauchen einige Patienten Hilfe, weil sie nicht in der Lage wären, dies allein zu bewerkstelligen. Andere könnten es zwar schaffen, finden aber die dafür vorhandenen Wege (sich vor einen Zug zu werfen, sich zu ertränken, sich zu Tode zu hungern) inhuman und unzumutbar. Sie wünschten sich die vorbereitende Hilfe und im Vollzugsfall vielleicht auch den Beistand eines Arztes, um sich mithilfe von Medikamenten töten zu können.

In vielen westlichen Ländern wird, bei je unterschiedlicher bestehender Rechtslage, über die ethische Dignität und die wünschenswerte juridische Handhabung einer solchen ärztlichen Beihilfe sehr kontrovers diskutiert; in einigen Staaten (z.B. Schweiz, Oregon, Niederlande) wird sie, mit mehrheitlicher gesellschaftlicher Billigung, als *ultima ratio* praktiziert.

In Deutschland ist dies nach den aktuell gelgenden *Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung* ethisch unzulässig: »Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.« (Bundesärztekammer 2004/2007). Die Rechtslage ist insofern nicht eindeutig, als die grundsätzliche Zulässigkeit von Suizid und Suizidhilfe nach verbreiteter Auffassung mit der besonderen ärztlichen ›Garantepflicht zur Lebensrettung kollidiert und dieser Normenkonflikt in Deutschland bisher weder durch Gesetz noch durch Rechtsprechung eindeutig geregelt ist (vgl. Nationaler Ethikrat

2006; Deutscher Juristentag 2006). In den öffentlichen Debatten prallen die oft apodiktisch formulierten Verbote der einen Seite (Bundesärztekammer, Kirchenvertreter u.a.) auf verbreitete liberale Ansichten in der Bevölkerung und sogar der Ärzteschaft (nach einer rezenten Umfrage unter Ärzten, die schwerstkranke Patienten betreuen, könnten sich fast 40 % vorstellen, selbst Suizidhilfe zu leisten [SPIEGEL 2008])

An diesem Problem lässt sich leicht zeigen, auf welch unterschiedlichen Ebenen es behandelt werden kann und muss. So könnte ein Arzt von einem schwerstkranken Patienten um Suizidhilfe gebeten werden, über deren Zulässigkeit er grübelt, und sich mit seiner (medizinethisch gebildeten) Freundin beraten. Hier stellen sich Fragen wie: Hat der Patient andere noch nicht bedachte Alternativen, sein Weiterleben erträglich zu finden? Ist der Sterbewille nachvollziehbar? Was sagt das eigene Gewissen? Welches Gewicht haben die gegenwärtig bestehende Rechtsunsicherheit und die standesethische Tabuisierung?

In nationalen Gremien wird die Problematik grundsätzlicher debattiert, etwa im Hinblick darauf, ob das ärztliche Ethos Suizidhilfe zulässt; welche Missbrauchs- und Dammbrochgefahren und Besorgnispotentiale bestehen; welche prinzipiellen Argumente in der Debatte vertreten werden; ob die Rechtssicherheit erhöht werden sollte und welche biopolitischen Kompromisse angesichts unversöhnlicher Positionen zur Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens denkbar sind.

In der akademischen Medizinethik schließlich wird es um die Argumente selbst gehen: um die normative Bedeutung von Kausalrollen beim Zustandekommen »arrangierten« Sterbens (*Tun versus Unterlassen*); um Begriff, Gewicht und Grenzen von Selbstbestimmung oder um das angemessene Verständnis ärztlicher Pflichten.

B: Zur Reichweite von Patientenverfügungen bei Demenz: Der Fall »Margo«

Viele Menschen verfassen sogenannte Patientenverfügungen (PVs), in denen sie für den Fall späterer Entscheidungsunfähigkeit festlegen, wie sie medizinisch behandelt werden wollen. Meist geschieht dies aus Sorge davor, durch medizinische Maßnahmen auch dann am Leben erhalten zu werden, wenn die Betroffenen dies aus antizipierender Sicht nicht wünschenswert finden. In Deutschland sind solche Verfügungen für die behandelnden Ärzte rechtlich verbind-

lich, wenn sie in ihren Angaben und ihrem Bezug auf die fragliche Anwendungssituation konkret und eindeutig sind. PVs müssen schriftlich und im Zustand der Einwilligungsfähigkeit verfasst sein, können aber »jederzeit formlos widerrufen werden« (PV-Gesetz 2009).

Eine wichtige und durch den Gesetzestext nicht geklärte Frage lautet nun: Sollten auch entsprechende Äußerungen oder Verhaltensweisen im Zustand der Nichteinwilligungsfähigkeit als »formloser Widerruf« verstanden werden (dürfen)?

Die seit Jahren darüber geführten medizinethischen Fachdebatten beziehen sich häufig auf den Fall Margo (Dworkin 1993: 226ff.). Die hypothetische Patientin Margo leidet, basierend auf einem echten Fall, an Alzheimer-Demenz im fortgeschrittenen Stadium. Sie hat in gesunden Zeiten für diesen Fall verfügt, dass man sie auf keinerlei medizinische Weise am Leben erhalten solle. Nun erfüllt eine akute Lungenentzündung, die antibiotisch behandelt werden müsste, eindeutig die Bedingungen eines Anwendungsfalls dieser PV. Doch zugleich wirkt Margo auf ihre Umgebung lebensfroh, ja geradezu glücklich, etwa wenn sie Erdnussbutterbrote essen, Kreise auf Papier malen oder ein Buch in Händen halten kann, in das sie, ohne je umzublättern, hineinblickt.

Sollte die Verfügung als bindend befolgt und die erforderliche Behandlung unterlassen werden? Oder ist Margos aktuelle Lebensfreude als Widerruf zu interpretieren?

Auch diese Problematik stellt sich potentiell in konkreten Fällen, in Institutionen, auf der Ebene der Gesetzgebung und schließlich als ein Bündel akademischer Fragen für Profiphilosophen, die etwa darüber diskutieren, ob vorausgreifende Selbstbestimmung ein schlüssiges Konzept ist; ob zwischen der gesunden und der schwer dementen Margo personale Identität besteht und ob die Würdevorstellungen der gesunden Margo wichtiger sind als die Erdnussbutterfreude der schwer dementen Patientin.

Zur Behandlung solcher Fragen braucht die akademische Medizinethik intellektuelle Ressourcen, die sie nur schwerlich jedes Mal neu erfinden kann. Um diese Ressourcen wird es im Folgenden gehen. Welche Rolle diese Ressourcen und die Arbeit der akademischen Medizinethik am Ende für die moralische Praxis in der Medizin wirklich spielen, kann nicht generell gesagt werden. Gewiss ist kaum anzunehmen, dass Philosophen hier oder da ein Argument aus der Tasche ziehen, welches alle Skeptiker oder viele Kontrahenten von ihrer bisherigen Position abbringt. Auch scheinen es oft weniger rationale Argumente zu sein, die am Boden bioethischer Kontroversen lie-

gen, als vielmehr intuitive soziale Deutungen, Erfahrungen oder Gewohnheiten. So schreibt der Philosoph und Sozialwissenschaftler Andreas Kuhlmann zur Natur öffentlicher Bioethik-Kontroversen:

»Es wäre auch irrig anzunehmen, bei der Bewertung der Biomedizin ginge es um einen Streit zwischen moralischen Prinzipien, der am besten dadurch zu schlüchten sei, dass diese Grundsätze mit all ihren Prämissen und Implikationen eingehend erläutert würden. Dass nämlich alles daran zu setzen ist, den Schutz menschlichen Lebens, die Achtung der Menschenwürde sowie die Autonomie von Personen zu garantieren, ist in der Regel überhaupt nicht strittig. Auch stoßen keine abstrakten grundsätzlich voneinander abweichenden Interpretationen dieser Prinzipien aufeinander. Was bei den akuten Kontroversen tatsächlich miteinander konkurriert, das sind unterschiedliche Szenarien, das heißt Deutungen jener sozialen Verhaltensweisen, die durch die Einführungen neuer medizinischer Praktiken heraufbeschworen werden.« (Kuhlmann 2002: 30-31)

Für die in den USA seit den 1970er Jahren stattfindende Liberalisierung im Umgang mit den verschiedenen Formen von Sterbehilfe hat der Bioethiker Tom Beauchamp kürzlich analysiert, welchen Faktoren sie sich verdankt. Seine Schilderung umfasst ein komplexes Zusammenspiel einschlägiger höchstrichterlicher Urteile (etwa zum berühmten Fall der Wachkoma-Patientin Karen Ann Quinlan), öffentlich-politischer Debatten und eines vielstimmigen Bioethik-Schrifttums, in dem sich zu einigen Punkten allmählich ein bemerkenswert starker Konsens entwickelt habe (Beauchamp 2006).

4. Das Inventar der akademischen Medizinethik: Werte und normative Theorien

Werte sind die Kernwährung aller normativen Ethik, geht es dieser doch immer um Bewertung. Was in der Medizinethik zur Bewertung ansteht, sind sowohl die Haltungen und Handlungen individueller Ärzte, Forscher, Pflegekräfte oder Patienten als auch die dahinter stehenden kollektiven Praktiken und Institutionen. Gesellschaftliche Gesundheitssysteme, über welche die Qualität und Zugänglichkeit medizinischer Versorgungen bestimmt werden, der rechtspolitische Umgang mit Abtreibungen oder die biomedizinische Forschung, bei der die Interessen

von Studienteilnehmern gegen Interessen der Forschung und der künftigen Patienten stehen können, sind Beispiele für solche bewertungsbedürftigen Einrichtungen oder Praktiken.

Der Begriff des *Wertes* dient dabei der Bezeichnung wünschenswerter/erwünschter Eigenschaften oder Zustände: Da gibt es zum einen Werte wie Gerechtigkeit, die Richtigkeit einer Handlung oder das Arzthethos, die insofern eindeutig *moralischer* Natur sind, als sie ausschließlich im Kontext von Ethik eine Rolle spielen – in verschiedenen Theorien allerdings eine durchaus unterschiedliche. Hinzu kommen Werte, die ihre Bedeutung auch außerhalb aller ethischen Überlegungen haben – wie etwa das menschliche Wohlergehen, an dessen Verwirklichung jedem von uns für die eigene Person und für die, die ihm nahe stehen, aus Vernunft und Neigung dringend gelegen ist. In Abgrenzung von der erstgenannten Werte-Kategorie werden diese zweitgenannten Werte in den begrifflichen Landkarten der Moraltheorien üblicherweise als *außermoralische* oder nichtmoralische Werte bezeichnet, auch wenn sie für alle diese Theorien mehr oder weniger wichtig sind: Für bestimmte Varianten des Konsequentialismus etwa ist Wohlergehen *der* entscheidend relevante Wert, in dessen Dienst die gesamte Ethik stehen und dessen Beförderung ethischer Beurteilungsmaßstab für alle Handlungen sein soll. Für andere Moraltheorien ist Wohlergehen zumindest ein wichtiger Wert unter vielen.

Zentraler Wert der Medizinethik ist natürlich das Patientenwohl, in dessen Dienst schließlich die gesamte Medizin steht. Nahezu jedes medizinethische Problem berührt irgendwelche Aspekte des Wohlergehens – bei unserem Problem des ärztlichen Suizids geht es etwa um finales Leiden, im Margo-Fall um antizipierte Beeinträchtigungen und aktuelle Zufriedenheit der Patientin. Hier zeigt sich, dass allein schon beim Patientenwohl und seinen verschiedenen Dimensionen und Beurteilungsperspektiven Bewertungen schwierig und kontrovers werden können. Das gilt erst recht, wenn weitere Werte ins Spiel kommen – etwa solche der Selbstbestimmung, der Unparteilichkeit, der Gerechtigkeit, der Integrität, der Rechtssicherheit oder des gesellschaftlichen Vertrauens in die Ärzteschaft. Hier besteht die notwendige ethische Arbeit darin, die betroffenen Werte zu identifizieren und zu präzisieren, ihre Bedeutung zu begründen und konfigrierende Werte gegeneinander abzuwägen. Dabei gilt es, Vorentscheidungen darüber zu treffen, ob und wo es Abwägungssperren gibt und ob bestimmte Handlungen *als solche* falsch sind. So sehen viele Menschen die Linderung von Leiden, ein Aspekt

des für sich genommen unstrittigen Wertes Patientenwohl, mit dem Mittel der (assistierten) Selbsttötung als ethisch schlechterdings unzulässig an, weil Töten eine verbotene Handlung sei. Und im Margo-Fall könnte jemand die antizipierende Selbstbestimmung gar nicht als echte, zu respektierende Selbstbestimmung auffassen und ihr daher wenig Bedeutung zumessen. Schon diese Beispiele machen einmal mehr deutlich, dass Medizinethik nicht einfach ein winziger Ausschnitt der Ethik ist, in dem es vorwiegend um gesundheitsbezogenes Wohl geht, sondern um einen Bereich, in dem sich etliche ethische Wertkonflikte in speziellen Handlungszusammenhängen stellen.

Ethisch relevante Werte systematisch zu präzisieren und sie hinsichtlich ihrer Handlungsbedeutung zu begründen und zu gewichten, ist Ziel und Inhalt normativ-ethischer *Theorien*. Deren Bedeutung ist allerdings auch unter Fachphilosophen strittig, von inhaltlichen Divergenzen ganz zu schweigen. Dass solche Systematisierungsversuche der intellektuellen Selbstvergewisserung und im Fall des Gelingens auch der normativen Orientierung dienen, macht sie zu einem dauerhaft attraktiven Gegenstand der philosophischen Ethik. Insbesondere bei Neulandfragen, wie sie sich in der Medizinethik durch medizinisch-technische Fortschritte der letzten Jahrzehnte zahlreich stellen, haben sie besondere Konjunktur. Je konsensfähiger, je eindeutiger in ihren Normierungen und je umfassender eine Theorie hier sein könnte, desto unbestreitbarer wäre ihre Bedeutung. Aber in der Realität sind alle bisher entwickelten Theorien in mindestens einer dieser Hinsichten defizitär. Daher sind die Ansprüche an ethische Theorien gegenwärtig zumeist bescheidener: Sie gelten vielen als notorisch unvollständig und nicht dazu angetan, Einzelfallurteile im Kontext ihrer Faktenlage einfach abzuleiten.

Vor diesem Hintergrund vertreten manche Autoren eine reine Kasuistik, bei der die Einzelfallerkenntnis im Mittelpunkt steht. Bei einem solchen, auch als *bottom-up* bezeichneten Vorgehen, soll moralische Urteilsfindung so erfolgen, dass man konkrete Probleme allein im Licht von Präzedenzfällen, Analogie- und Disanalogie-Argumenten betrachtet. Eine ›Theorie‹ könnte demgegenüber höchstens als nachträgliche Systematisierung solcher Einzelurteile formuliert werden, ohne eine eigenständige Begründungsfunktion zu übernehmen (z.B. Jonsen/Toulmin 1988).

Dagegen ist jedoch einzuwenden, dass intuitive moralische Urteile über Einzelfälle häufig vor dem Hintergrund bereits anerkannter Regeln erfolgen und Urteile über Analogien und Disanalogien systematisch begründbar sein

müssen. Zudem ist es unplausibel, ausgerechnet blanke Intuitionen mit ihrem hohen Grad an Umfeldabhängigkeit, Unreflektiertheit und Veränderlichkeit zum tragen den Fundament moralischer Begründungen zu machen (ausführliche Kritik bei Bayertz 1991; Birnbacher 2003). Nehmen wir wieder das Suizidhilfe-Beispiel: Offenkundig prallen hierzu in unserer Gesellschaft konträre Intuitionen aufeinander, die sich entweder durch Anpassung oder durch gegenläufige Erfahrungen oder – manchmal? – im Lichte überzeugender Argumente ändern können. Solche Argumente müssen konsistent systematisch sein und sind insofern zumindest Fragmente einer Theorie. Hierzu gleich mehr.

Ein elementarer Bestandteil fast aller Moralsysteme und -theorien sind Handlungsvorschriften, sogenannte *Normen*. Sie sind sozusagen das entscheidende Bindeglied zwischen ethischen Bewertungen und dem hieran zu orientierenden Verhalten. Eine gewisse Ausnahme hiervon macht eine Tugendethik, die sich auf die Erläuterung und Begründung von Tugenden beschränkt und moralisch richtiges Handeln als das versteht, was ein tugendhafter Mensch tätige (so etwa Aristoteles in der Nikomachischen Ethik). Zumindest indirekte Normierungen findet man aber auch hier.

Normen können in allgemeiner Form, als *Prinzip*, oder konkreter, als *Regel* formuliert werden, wobei die Grenze unscharf ist. Je abstrakter eine Norm, desto unstrittiger, aber auch interpretationsoffener und -bedürftiger ist sie. Morale Probleme sind sehr häufig Konflikte zwischen zwei Prinzipien. Das ethische Argumentieren sollte dann auf eine begründete Priorität des einen vor dem anderen in Fällen wie demjenigen des Problemfalles hinauslaufen. Eine ideale Theorie würde hier Vorrangregeln liefern.

Für die Medizinethik haben der Philosoph Tom L. Beauchamp und der Philosoph und Theologe James F. Childress in ihrer Monographie *Principles of Biomedical Ethics* vertreten, dass sie am besten im Lichte von vier Prinzipien betrieben werde: nämlich (1.) Respekt vor Autonomie (*respect for autonomy*), (2.) Schadensvermeidung (*non-maleficence*), (3.) Fürsorge (*beneficence*) und (4.) Gerechtigkeit (*justice*). Dieses Buch, das zum ersten Mal 1979 erschien und seither von beiden Autoren immer wieder um- und fortgeschrieben wurde (6. Auflage: 2009), hat sich als das meistgelesene und wohl international einflussreichste moderne Medizinethikbuch erwiesen. Beauchamp und Childress sehen ihre vier Prinzipien »mittlerer Reichweite« als Handlungsorientierungen, die in der Schnittmenge aller ethischen Theorien und der »von allen geteilten Moral«

(*common morality*) lägen. Vor dem Hintergrund dieser vermeintlich allgemein befürworteten Prinzipien entwickeln die Autoren für ein weites Spektrum medizinethischer Fragestellungen normative Beurteilungen und Regeln – eine Methodik, deren Stärken und Schwächen uns noch näher interessieren werden.

Innerhalb ihres, von vielen Autoren und Diskutanten übernommenen, medizinethischen Begriffsrahmens stellen sich unsere obigen Beispielprobleme als Konflikte zwischen dem Autonomieprinzip und dem Nichtschädigungsprinzip bzw. dem Fürsorgeprinzip dar. Wer etwa ärztliche Suizidhilfe ablehnt, kann diese Form der ‚Hilfe‘ als massive Schädigung des Patienten sehen, die Ärzten grundsätzlich verboten sein sollte (so die Bundesärztekammer 2007). Er plädiert sozusagen dafür, dass die Regeln des Tötungs- und Selbsttötungsbeihilfe-Verbotes das Prinzip der Achtung vor der Selbstbestimmung des sterbewilligen Patienten grundsätzlich ‚toppen‘ müssen. Ebenso wird, wer es ethisch richtig oder geboten findet, Margo an ihrer Lungenentzündung auch gegen den Wortlaut ihrer Patientenverfügung zu behandeln, die Verpflichtung, dem Fürsorgeprinzip zu folgen, gewichtiger finden als den Respekt vor antizipierter Selbstbestimmung. Wer hingegen mit Blick auf den einen oder anderen dieser Fälle die gegenteilige Auffassung vertritt, sieht die Vorrangverhältnisse genau andersherum. Doch damit ist für einen Klärungsprozess noch wenig gewonnen; unentbehrlich sind Begründungen und dabei nicht zuletzt Eingrenzungen auf die Besonderheiten der vorliegenden Fälle – also systematische Überlegungen: Theorie.

5. Grundtypen klassisch-ethischer Theorien in medizinischen Kontexten

Aus den oben skizzierten Gründen haben Theorien in Ethik wie Bioethik weiterhin Konjunktur. Neuere Ansätze positionieren sich dabei häufig so zu den klassischen Theorien, dass sie sich an Präzisierungen, Variationen, Hybriden oder Konvergenzen versuchen. Daher gehört es zum Standard ausführlicherer (bio-)ethischer Lehrbücher, wie es sie bisher vor allem für den angloamerikanischen Sprachraum gibt, in die besagten klassischen Theorien knapp und zugleich kritisch einzuführen. Beauchamp und Childress, die noch in der sechsten Überarbeitung ihrer prominenten Monographie (2009) am Ende selbst nichts anderes tun, waren zugleich davor, mit einem solchen »Textbuch-Zugang« (ebd. S. 333) einer generellen Theorie-Skepsis Vorschub zu

leisten. In den skizzierten »Textbuch«-Überblicken werden nicht immer exakt dieselben Theorie-Checklisten abgearbeitet. Während die prominenten »Großtheorien« Deontologismus und Konsequentialismus bzw. deren bedeutendste Spielarten, Kantianismus und Utilitarismus, immer dabei sind, wechseln die anderen. In der Palette der für essentiell gehaltenen Theorietypen finden sich Kontraktualismus, Naturrecht und Fürsorgeethik, Pragmatismus, Tugendethik und Feministische Ethik. Über die komplizierten Fragen ihrer spezifischen Merkmale, ihrer Modifizierbarkeiten und gegenseitigen Vereinbarkeiten gibt es viel Literatur und sehr unterschiedliche Auffassungen. Hierzu einmal mehr der politische Philosoph und Ethiker Will Kymlicka:

»Als Philosoph finde ich es faszinierend, dass es soviel Unstimmigkeiten über die Identifizierung und Klassifizierung von Moraltheorien gibt. Ich habe vier Jahre mit dem Versuch verbracht, zu bestimmen, ob diese Theorien wirklich konkurrierende Zugänge zur Moral darstellen oder ob sie nur unterschiedliches Vokabular benutzen und/oder auf verschiedenen Ebenen operieren. (Und vier Jahre später bin ich noch immer unsicher).« (Kymlicka 2000:197)

An dieser Stelle könnten jetzt nur sehr grobe und damit leicht ungerechte oder irreführende Theorie-Erklärungen – eben im »Textbuchzugang« – geleistet werden. Stattdessen sei der Leser daher auf andere Arbeiten, insbesondere auf eigenständige Einführungen in die Ethik (z.B. Birnbaumer 2003, Tannsjö 2002) verwiesen. Hier folgen lediglich zwei exemplarische Kurzerörterungen:

1. *Deontologischen* Ethiken (prominentester Untertyp: Kantianismus) zufolge sind bestimmte Handlungen kategorisch verboten, also intrinsisch falsch (exemplarischer Vertreter in der Medizinethik: Onora O’Neill, z.B. 2002). Hierunter fallen Handlungen, die Vorsätzen entsprechen, welche nicht als *verallgemeinerte* Normen taugen. Nach Kant sind dies insbesondere solche Handlungen, die Menschen gravierend instrumentalisieren statt sie als unaufrechenbar wertvoll und würdig zu behandeln. Kant selbst sah Selbsttötungen dezidiert als unzulässig an, weil er die Norm, die dies in bestimmten Fällen zulassen würde, für nicht widerspruchsfrei verallgemeinerbar hielt, worin ihm allerdings nicht alle Kantianer folgen. Wer jedenfalls meint, die Selbstbestimmung aus praktischer Vernunft, die für Kant Dreh- und Angelpunkt aller Ethik ist, müsse doch auch Autonomie in Fragen des Sterbens einschließen, irrt.

Kants Autonomie bezieht sich ausschließlich auf Moral, meint Selbstgesetzgebung in Fragen des richtigen Handelns, nicht aber in Fragen der eigenen Lebensführung. Wie der Kantianismus über den Margo-Fall urteilen würde, scheint mir erst recht offen.

2. *Konsequentialistische* Ethiken erkennen als einzige richtig- oder falsch-machende Eigenschaft von Handlungen deren kausale Folgen für die direkt oder indirekt von dieser Handlung Betroffenen an (prominentester Untertyp: Utilitarismus; exemplarischer Vertreter in der Medizinethik: Peter Singer, z.B. 1993). Um Theorien dieses Typs vollständig zu machen, muss das Grundtheorem immer noch ergänzt werden durch eine Werttheorie, also eine Theorie der relevanten guten und schlechten Folgen (im klassischen Utilitarismus: Freude und Leid), sowie durch eine Verrechnungsanweisung (im klassischen Utilitarismus: Maximierung der Nutzensumme über alle Betroffenen hinweg). Ein Konsequentialist würde mit Blick auf das Suizidproblem primär keinen Unterschied darin sehen, ob ein Patient, unter sonst identischen Randbedingungen, durch den Verzicht auf lebensrettende medizinische Eingriffe, durch Selbsttötung oder durch Tötung auf Verlangen zu Tode käme. Von seiner spezifischen Werttheorie würde abhängen, ob der patientengewünschte Tod eines tödlich Erkrankten überhaupt als Übel zählt, ob und wie die gesellschaftlichen Folgen einer Legitimierung ärztlicher Suizidhilfe deren ethische Bewertungen beeinflussen würden, und ob vielleicht sekundäre Folgen doch eine normative Inäquivalenz der verschiedenen Formen von Sterbehilfe plausibel machen könnten. Was ein Konsequentialist zum Margo-Fall sagen würde, hängt ebenfalls entscheidend von seiner Werttheorie ab – etwa davon, ob die auf eigenen Würdevorstellungen beruhenden Präferenzen der gesunden Margo einen höheren Stellenwert haben als die Zufriedenheit der dementen Margo. Das aber ist eine komplexe und keinesfalls konsequentialismusspezifische Frage.

Vor dem Hintergrund derartiger Erfahrungen eines weitgehend offenen Verhältnisses zu ethischen Großtheorien und konkreteren ethischen Fragestellungen hat sich die Prinzipienethik à la Beauchamp/Childress, zu der wir nun kommen, als eminent erfolgreich erwiesen.

6. Senkrechtstarter: Kohärentistische Prinzipienethik

Wie bereits erläutert, führen Beauchamp und Childress ihre vier Prinzipien als gemeinsamen Bestandteil aller ethischen Theorien ein. Vor allem aber sehen sie es inzwischen als ausgemacht, dass diese sehr allgemeinen Prinzipien sich aus der Schnittmenge aller Moralsysteme rekonstruieren lassen. Sie verstehen diese *common morality* als eine Minimaliste von Handlungsvorschriften und Tugenden, denen tatsächlich jeder zustimmen würde, dem es überhaupt ernst mit den Zielen der Moral ist. Inhaltlich gehe es etwa um die Verbote des Tötens, Lügens und Stehlens, und um die Verpflichtungen zur Hilfeleistung und zum Einhalten von Versprechen, um die Tugenden der Nächstenliebe und Dankbarkeit (Beauchamp 2003; Beauchamp/Childress 2009: 392 ff.). Von allen moralisch motivierten Menschen anerkannt, würden diese Normen etc. sich zum Ausgangspunkt für die Begründungsarbeit in Neulandfragen und moralischen Kontroversen anbieten. Aber nicht auf der behaupteten *universalen* Akzeptanz der mittleren Prinzipien beruhe deren normative Autorität (s.u.). Diese könne nur theoretisch oder vielleicht begrifflich erfolgen und sei ein potentielles Zukunftsprojekt. Tom Beauchamp hat hierzu an anderer Stelle, diesmal ohne seinen Mitautor, einige interessante Anmerkungen gemacht. Er sieht Normen und Tugenden dann als normativ maßgeblich an, wenn sie den »Zielen der Moral« dienten. Als Ziele bestimmt Beauchamp »die Förderung menschlichen Gedeihens durch Bekämpfung von Umständen, welche die Lebensqualität der Menschen verschlechtern« (Beauchamp 2003: 260). Das mag manche überzeugen, ist aber doch wohl das Einziehen eines letztlich konsequentialistischen Begründungsfundaments, jedenfalls dann, wenn man das »menschliche Gedeihen« als empirisches Wohlergehen auffasst. Das aber wäre eine – mir selbst durchaus einleuchtende – Absage an alternative Ansätze, die sich bisher unter dem Dach des Beauchamp/Childress-Ansatzes meinen versammeln zu können.

So oder so beginnen Beauchamp und Childress – statt den Umweg über noch generellere Grundlagentheoreme zu gehen – mit ihren normativen Analysen auf eben dieser mittleren Ebene. Dieser *principism*, ein Begriff, den Beauchamp/Childress trotz seiner ursprünglich negativ gemeinten Untertöne inzwischen längst zur Selbstcharakterisierung ihrer Theorie übernommen haben, ist von verschiedenen Seiten angegriffen worden (s. Rauprich 2005). Man kritisierte, dass die Prinzipien lediglich eine Art Ka-

pitelüberschriften seien, die lose miteinander zusammenhängende Inhalte wenig systematisch zusammenferten und so ein falsches Bild ethischen Begründens entstehen ließen. Der Leser erhalte zwar interessante Überlegungen und Ausarbeitungen, bekomme aber letztlich statt konkreter Handlungsorientierungen ein relativ beliebig einsetzbares Rüstzeug. Im Zuge ihrer Auseinandersetzung mit derartiger Kritik haben Beauchamp und Childress ihren Prinzipienzugang ausführlich theoretisch zu untermauern versucht. Inzwischen enthalten die *Principles of Biomedical Ethics* zwei umfangreiche Schlusskapitel über Theoriekonzepte und Begründungsmethodik in der Ethik. Diese Entwicklung spiegelt die geschilderte komplexer gewordene und höherstufige Reflexion innerhalb der ›Zunft‹ wider. Beauchamp und Childress verstehen nun jene vier mittleren Prinzipien ausdrücklich als komplexe Begriffe mit einer Vielzahl subsidiärer – expliziter, impliziter oder nur möglicher – Normen. Diese könnten in unterschiedlichsten Konstellationen miteinander in Konflikt geraten. Den Anspruch auf eine umfassend vereinheitlichende und systematische Theorie haben sie allerdings inzwischen ausdrücklich aufgegeben:

»[...] Unsere Darstellung der Prinzipien zusammen mit Argumenten, die die Kohärenz dieser Prinzipien mit anderen Aspekten des moralischen Lebens, etwa Gefühlen, Tugenden und Rechten, zeigen sollen, bildet den normativen Rahmen dieses Buches. In dieser Theorie (wenn es eine ›Theorie‹ ist) gibt es kein einzelnes vereinheitlichendes Prinzip oder Konzept. [...] Vertreter systematischer Theorien mögen bemüht sein, Anwendungsfragen entschieden zu beantworten, aber sie sind dafür in keiner besseren Position als pluralistische Zugänge. Vertreter ein und derselben generellen Theorie streiten sich in der Regel darüber, was sie verlangt, wie sie anzuwenden ist und wie man spezifische Fragen angeht.« (Beauchamp/Childress 2009: 388f.; Übers. B. S.-S.)

›Kohärenz‹ ist hier nun das entscheidende zweite Stichwort neben der *common morality*. Im Fortlauf einer problembezogenen normativen Argumentation müssen nach Ansicht der Autoren diese relativ abstrakten Normen zunächst »spezifiziert«, also mit Inhalt gefüllt, und dann gewichtet werden. Mit den Problemlösungen einerseits entstehe so andererseits ein Geflecht von Normen und Argumenten, die widerspruchsfrei und sich wechselseitig stützend – d.h. kohärent – sein müssten (ebd., Kap. 10). Der zentrale methodische Schritt des »Spezifizierens« – ein He-

gel'scher Begriff – wurde von Richardson (2000) in die ethische Begründungsdebatte wiedereingeführt und ausgearbeitet und sodann von Beauchamp/Childress übernommen. Er bezeichnet gewissermaßen den expliziten erläuternden Brückenschlag zwischen abstraktem Prinzip und konkreter Problematik, die präzisierende Interpretation genereller Normen mit dem Ziel einer problembezogenen Lösung von Normenkonflikten.

Den Weg zur Kohärenzherstellung sehen diese Autoren im Verfahren des ursprünglich von John Rawls (1971) vorgeschlagenen »Überlegungsgleichgewichts«. Dabei soll so lange zwischen relevanten wohlerwogenen Einzelfallurteilen einerseits und etablierten oder erwogenen Normen andererseits hin- und hergegangen werden, bis durch geeignete Veränderungen auf der einen oder der anderen Ebene wohlüberlegte Urteile und übergeordnete Normen zueinander passen, das heißt *kohärent* sind. Diese könnten sodann gemeinsam eine moralische Beurteilung begründen. Ein solches Begründungsmodell hat in den letzten Jahren besonders in der Bioethik derartig viele Befürworter gewonnen, dass John Arras kürzlich einen kritischen Aufsatz ironisch mit »The Way We Reason Now: Reflective Equilibrium in Bioethics« (2007) betitelt.

Die Attraktivität dieses Modells hängt an mehreren Merkmalen: Es ist nichtfundamentalistisch und damit gewiss undogmatisch, grundsätzlich offen für Verfechter aller Theorien und Einzelfallurteile und insofern pluralismusadäquat und liberal und schließlich transparent und rational (vergleiche Arras 2007). Zugleich aber weist diese Art der ethischen Begründung Schwierigkeiten eigener Art auf, die bisher noch nicht befriedigend gelöst worden sind. Die Methodik, inzwischen zunehmend als *weites Überlegungsgleichgewicht* (vgl. Daniels 1996) vertreten, besteht nun im abgleichenden, modifizierenden und verwerfenden Hin- und Hergehen zwischen wohlüberlegten konkreten Intuitionen und abstrakteren Theorieteilen in der Ethik sowie relevanten Hintergrundtheorien über die Natur, Gesellschaft etc. Dies geht so lange, bis eben alles, was aus diesem Arsenal übrig geblieben ist, sich gegenseitig unterstützt und kohärent zusammenpasst. Je umfangreicher aber die Zutaten, desto aufwendiger und weniger praktikabel erscheint ein systematisches und zu konkreten Ergebnissen kommendes Abgleichen. Problematischer noch ist die Frage, welche Elemente denn bei fehlender Kohärenz aufzugeben sind. Der nichtfundamentalistische Aspekt des Unternehmens (›kein einziges Element, keine Schicht dieses dynamischen Urteils-Gemisches wird als grundlegend oder immun gegenüber Kritik betrachtet‹ (Arras 2007: 52;

Übers. B. S.-S.), demzufolge die *am stärksten* befürworteten Elemente beibehalten werden sollen, wird mit einer gravierenden Unterbestimmtheit bezahlt. Sie lässt theoretisch zu, dass mehrere kohärente Bewertungssysteme nebeneinander bestehen könnten. Andere Fragen hängen an der Rolle moralischer Einzelfall-Intuitionen, deren ausgezeichnete Position (gewissermaßen als Pendant zu Einzelbeobachtungen in den Naturwissenschaften) man problematisch finden kann, wenn man ihre starke Prägung durch Erziehung und Umgebung bedenkt. Wenn andererseits zutrifft, dass wohlüberlegte Intuitionen häufig ihre theoretische Anbindung schon mit im Gepäck haben, kommt der Verdacht einer zirkulären Begründung auf: Intuitionen verweisen auf die hinter ihnen stehenden Theorien, diese werden durch jene Einzelfall-Urteile präzisiert. Auch das wäre nicht wenig, aber doch keine Begründung – wie denn Kohärenz, deren genaue über Konsistenz hinausgehende Bedeutung gleichfalls unterbestimmt ist, überhaupt als ein zu dünner Indikator für Normativität oder Begründung gelten mag. Hier bleibt einiges zu klären; gleichwohl scheint der Überlegungsgleichgewicht-Ansatz eine einleuchtende Rekonstruktion dessen zu sein, was wir beim ethischen Argumentieren *tatsächlich* tun.

7. Kohärente Lösungen der Beispielprobleme?

Wie nun könnte eine überzeugende normative Argumentation für unsere beiden Probleme zur Sterbehilfe aussen, also nach den Fragen der ethischen Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe und nach der Behandlung oder Nichtbehandlung der dementen Patientin Margo? Die inzwischen vermutlich selbst skeptisch und orientierungslos gewordene Leserin dieser Frage wird nicht mehr erwarten, hier nur einen oder jedenfalls einen auf Anhieb konsensfähigen Vorschlag zu erhalten. Aber doch noch einige wenige Anregungen zum Schluss – Anregungen, die nun ausdrücklich die subjektive Auffassung der Verfasserin widerspiegeln.

(1) Zur Suizidhilfe: Hier bietet sich zunächst an, Kohärenz bei der Bewertung des Sterbens herzustellen. Wenn ein schmerzgepeinigter Patient mit Billigung aller Bürger, Ethiker und Juristen ein schmerzlinderndes Medikament auch dann erhalten darf, wenn dieses Medikament seinen bevorstehenden Tod beschleunigen würde (sogenannte indirekte Sterbehilfe: faktisch inzwischen selten; normativ der Sache nach unstrittig), dann kann sein Weiterleben nicht das höchste relevante Gut sein. Und warum soll-

te die ärztliche Handlung des gezielten Sterbenlassens auf Wunsch eines tödlich kranken Patienten moralisch etwas Anderes (Besseres) sein als ärztliche Suizidhilfe unter sonst identischen Umständen? Sie scheinen moralisch und in ihrer Verträglichkeit mit einem auf Hilfe und medizinischen Beistand verpflichtenden Arztethos gänzlich äquivalent. Und schließlich: Es ist grundsätzlich möglich, dass speziell die ärztliche Suizidhilfe die von Kritikern prophezeiten gesellschaftlichen Folgen hätte: Misstrauen in die Ärzte, Verschlechterung der palliativmedizinischen Betreuung, Auslösung von Sterbewünschen. Doch muss man solche Gefahren aus dem Bereich reiner Spekulation herausholen und an der Wirklichkeit testen. Die Erfahrungen mit zwölf Jahren legalisierter ärztlicher Suizidbeihilfe in Oregon geben hier bisher keinerlei Anlass für Sorgen. Kohärenz scheint zu verlangen, dass wir in diesen Beweislastfragen nicht spekulativer schlussfolgern als in anderen Handlungsbereichen auch.

(2) Zum Fall der dementen Margo: Es wäre unplausibel, Akte der vorausgreifenden Selbstbestimmung ohne Weiteres mit Akten aktueller Selbstbestimmung gleichzusetzen. Offenkundig sind Erstgenannte ihrer »Fernwirkung« und gleichzeitigen Zukunftsblindheit wegen notorisch heikler als Zweitgenannte. Gleichwohl respektieren wir gesellschaftlich auch in anderen Bereichen unseres Lebens derartige riskante Vorausbestimmungen: etwa bei Testamenten, Versicherungsverträgen, Heiraten, überhaupt allen Langzeitverträgen. Idealerweise soll der Bürger oder Kunde hier die immanen Risiken solcher Festlegungen jeweils kennen und gegebenenfalls in Kauf nehmen – oder aber die Selbstbindung unterlassen. Das Risiko, eine zukünftige Demenz aufgrund ihrer allgemeinen Stigmatisierung als schmachvoll und grauenhaft einzuschätzen, ohne die Möglichkeit einer >anderen< Zufriedenheit in die eigene Bewertung einzubeziehen, scheint hoch. Dem könnte man durch eine Aufklärungspflicht über die Demenz-Problematik Rechnung tragen. Das wäre zwar eine kleine Freiheitsbeschränkung, stünde aber im Dienst von Freiheitsermöglichung – auch diese Strategie müsste mit vergleichbaren Szenarien abgeglichen werden. Ob >intellektuelle< Wünsche und Einstellungen zu Fragen von Würde, Wohlergehen und gelingendem Leben einen anderen Stellenwert haben als >primitivere< Wünsche und Einstellungen, wie sie die demente, aber lebensfrohe Margo hat, ist eine philosophische hoch komplexe und politisch heikle Frage. Vernünftig scheint es, auch diese Frage – wie letztlich diejenige nach der ethischen Zulässigkeit von Abtreibungen –

von den Betroffenen für sich selbst beantworten zu lassen. Es sollte also am Ende eine Reihe von Optionen für Bürger mit einer (frühen) Alzheimer-Demenz geben: Von der ausdrücklichen Absage an Widerrufs-Unterstellungen über eine Delegation dieses Problems an einen Bevollmächtigten bis hin zum ausdrücklichen Behandlungswunsch.

Es bleibt viel zu tun.

Kontrollfragen

- 1 In welchem Sinne ist Medizinethik »angewandte Ethik«?
- 2 Welche Rollen und Probleme sehen Sie bei der Beteiligung von Profi-Philosophen in ethischen Beratungsgremien?
- 3 Welche Kategorie von Werten wird häufig als »außermoralisch« bezeichnet?
- 4 Was ist eine ethische »Theorie«?
- 5 Was wird gegen rein kasuistisches ethisches Argumentieren eingewandt?
- 6 Was verstehen und kritisieren die US-Bioethiker Tom L. Beauchamp und James F. Childress (und andere) unter dem »Textbuch-Zugang« zu ethischen Theorien?
- 7 Ist die renommierte Prinzipienethik (*principism*) von Beauchamp und Childress eine »Theorie«?
- 8 Wie soll man bei der skizzierten Prinzipienethik von generellen Normen zu konkreten Lösungen gelangen?
- 9 Wo sehen Sie Schwierigkeiten des ethischen Kohärenzismus?
- 10 Erklären und kommentieren Sie die besondere Problematik von Patientenverfügungen für den Fall fortgeschrittener Demenzerkrankung.

Verwendete Literatur

- Arras, J. D.: *The Way We Reason Now: Reflective Equilibrium in Bioethics*. In: *The Oxford Handbook of Bioethics*, hg. von B. Steinbock. New York/Oxford 2007, S. 46–71.
- Baier, A.: *Doing Without Moral Theory?* In: *Anti-Theory in Ethics and Moral Conservatism*, hg. Von S. G. Clarke/E. Simpson. New York 1989, S. 29–48.
- Bayertz, K. (Hg.): *Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik*, Reinbek 1991.
- Beauchamp, T. L.: A Defense of the Common Morality. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13, 2003, S. 259–74.
- Beauchamp, T. L.: The Right to Die as the Triumph of Autonomy. In: *Journal of Medicine and Philosophy* 31, 2006, S. 643–654.
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F.: *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford 2009.
- Birnbacher, D.: *Analytische Einführung in die Ethik*, Berlin/New York 2003.
- Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101, 19 (2004; Neuauflage als Broschüre: 2007), S. A1298–A1299.
- Daniels, N.: *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge/New York 1996.
- Deutscher Juristentag (2006): Beschlüsse Strafrecht. http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf; S. 7ff.
- Dworkin, R.: *Life's Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York 1993.
- Harris, J.: Introduction. The Scope and Importance of Bioethics. In: Ders. (Hg.): *Bioethics*. New York/Oxford 2001, S. 1–22.
- Jonsen, A. R./Toulmin, St.: *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, Berkeley 1988.
- Kuhlmann, A.: Kommissionsethik. Zur neuen Institutionalisierung der Moral. In: *Merkur* 56, 2002, S. 26–37.
- Kymlicka, W.: Moralphilosophie und Staatstätigkeit: das Beispiel der neuen Reproduktionstechnologien. In: *Angewandte Ethik als Politikum*, hg. von M. Kettner. Frankfurt a.M. 2000, S. 193–225. (Engl. Original 1993).
- Nationaler Ethikrat: *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin 2006.
- O'Neill, O.: *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge 2002.
- Patientenverfügungsgesetz (2009): Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009, veröffentlicht im *Bundesgesetzblatt* 2009, Teil I Nr. 48, S. 2286–2287.
- Rauprich, O. (Hg.): *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*, Frankfurt a.M. 2005.
- Rawls, J.: *A Theory of Justice*, Cambridge 1971 (dt.: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt a.M. 1975).
- Richardson, H. S.: Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles. In: *Journal of Medicine and Philosophy* 25, 2000, S. 285–307.
- Singer, P.: *Practical Ethics*, Cambridge ²1993.