

1 Den Hippokratischen Eid weiterdenken – zentrale medizinethische Ansätze

Bereits der Codex Hammurapi (18. Jhdt. v. Chr.) behandelt medizinethisch relevante Themen, beispielsweise ärztliche Kunstfehler. Um die Frage der Abtreibung wird sogar seit sumerischer Zeit gestritten. Wohl Anfang des vierten vorchristlichen Jahrhunderts entsteht der Hippokratische Eid, das erste Dokument ärztlicher Standesethik. Während der Arzt in diesem Eid verspricht, keine Beihilfe zum Suizid zu leisten, hat in etwa zeitgleich der Arzt in Platons Alterswerk *Gesetze* aktive Sterbehilfe in bestimmten Fällen anzubieten. Medizinethische Fragestellungen haben auch in den folgenden Jahrhunderten immer wieder große Denker angeregt. Doch erst seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts hat sich die Medizinethik zu einer eigenen akademischen Disziplin entwickelt. Ganz wesentlich haben dazu neue technische Möglichkeiten beigetragen. Die Erfindung der Pille und die erste erfolgreiche Herztransplantation in den 60er Jahren, die erste Geburt nach künstlicher Befruchtung von Louise Brown 1978, die Entwicklung gendiagnostischer Verfahren und die Verfeinerung lebensverlängernder Maßnahmen sowie das Ringen um die Kostenexpansion im Gesundheitswesen haben ethisches Nachdenken herausgefordert. Gegenwärtig kommen Fragen der Globalisierung und Digitalisierung hinzu.

Doch was ist unter Medizinethik genauer zu verstehen? Worin unterscheidet sie sich von Medizinrecht, von ärztlichem Standesethos und moralischen Einstellungen von Personen, die ärztlich oder pflegerisch tätig sind? Das folgende Fallbeispiel aus dem seit Jahrtausenden unterschiedlich bewerteten Konfliktfeld der Sterbehilfe kann helfen, diese Unterschiede zu verstehen. Es bietet sich deshalb an, weil es systematisch höchst aufschlussreich und zugleich von höchster Aktualität ist. Seine unterschiedliche Bewertung, sei diese rechtlich, sei diese aufgrund des ärztlichen Berufsethos, sei diese aufgrund religiöser oder weltanschaulicher Überzeugungen, wird verdeutlichen, warum es mehrere medizinethische Positionen gibt.

1.1 Ein Fallbeispiel und seine unterschiedliche Bewertung

1.1.1 *Der Fall der Diane Pretty*

Die Britin Diane Pretty war an amyotropher Lateralsklerose erkrankt. Bei dieser Erkrankung bauen sich die Motoneuronen nach und nach ab. Motoneuronen sind die Nervenzellen in Gehirn und Rückenmark, die für die Muskelkontraktionen zuständig sind. Als Folge ihres Abbaus werden die Muskeln nicht mehr beansprucht und verkümmern nach und nach. Wer diese Krankheit hat, weiß, dass am Ende auch die Atemmuskeln nicht mehr funktionieren werden. Ohne maschinelle Hilfe bedeutet dies den Erstickungstod. Doch selbst eine Lungen- und später eine Herz-Lungen-Maschine können zwar den Erstickungstod verhindern, allerdings können die Betroffenen dann meist nicht mehr mit der Umwelt kommunizieren. Diane Pretty wollte es nicht so weit kommen lassen. Sie wollte jedoch auch nicht zu einem Zeitpunkt der Erkrankung aus dem Leben scheiden, zu dem sie dies noch ohne Mithilfe einer anderen Person hätte tun können, sondern erst in einem späteren Stadium der Erkrankung.

1.1.2 *Die rechtliche Dimension*

In Großbritannien sind jedoch gemäß *Suicide Act* aus dem Jahr 1961 die Beihilfe zum Suizid und auch die aktive Sterbehilfe verboten. Diane Pretty wollte deshalb mit ihrem Ehemann in die Schweiz fahren, damit er ihr dort Beihilfe zum Suizid leisten könne, was in der Schweiz zulässig ist. Allerdings musste ihr Mann befürchten, nach der Rückkehr nach Großbritannien dafür rechtlich belangt zu werden. Diane Pretty wollte deshalb Gewissheit haben, dass sich ihr Mann in diesem Fall nicht vor Gericht verantworten müsse. Sie stellte einen entsprechenden Antrag. Pretty begründete ihren Antrag mit ihrem Recht auf einen selbstbestimmten Tod. Das House of Lords lehnte diesen Antrag jedoch im November 2001 mit dem Argument ab, das Recht auf Leben impliziere kein Recht auf Sterben. Daraufhin wandte sie sich, bereits nicht mehr imstande, ohne technische Hilfsmittel zu atmen, an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg. Hier argumentierte sie, dass die Unsicherheit, wie ihr Mann nach seiner Rückkehr aus der Schweiz behandelt werden würde, ihr die Wahl verunmögliche, wann und

wie sie ihr Leben beenden wolle. Doch diese Argumentation überzeugte die Richter nicht. Zwar erkannte der EGMR an, dass das Recht auf einen eigenen Lebensentwurf das Recht, die Umstände des eigenen Todes zu wählen, einschließen könne, doch das impliziere noch kein Recht auf Beihilfe zu dieser Wahl. Er akzeptierte nicht die Argumentation ihres Anwalts, der zufolge sie vermutlich qualvoll ersticken müsse, sofern sie nicht vorher aus dem Leben gehe, sondern stellte fest: »Staaten haben das Recht, Handlungen durch die Anwendung des allgemeinen Strafgesetzes zu regeln, die das Leben und die Sicherheit anderer Individuen gefährden.«¹

Auch in der Frage des Lebensanfangs hat sich der EGMR ähnlich verhalten und in einem Urteil aus dem Jahr 2004 von dem »Fehlen eines eindeutigen rechtlichen Status des ungeborenen Lebens«² gesprochen und die Schutzwürdigkeit den einzelnen Staaten überlassen.

Aber kehren wir zum Fallbeispiel zurück. Wären Diane Pretty und ihr Ehemann damals deutsche Staatsbürger gewesen, so hätten sie in die Schweiz fahren können. Der Ehemann wäre nicht für die Beihilfe zur Selbsttötung von deutschen Gerichten belangt worden, weil die Selbsttötung in Deutschland nicht unter Strafe steht und damit auch die Beihilfe zu einer straffreien Handlung nicht strafbewehrt ist. Allerdings war bereits 2001 umstritten, unter welchen Bedingungen diese Straffreiheit gilt. Die Debatten hierzu führten im Jahr 2015 zu einem Gesetz, nach dem die Beihilfe zur Selbsttötung im Einzelfall für Angehörige bzw. nahestehende Personen straffrei bleibt und nur bei geschäftsmäßiger, d. h. auf Wiederholung angelegter Beihilfe strafbar ist. Faktisch machte das Gesetz die Beihilfe jedoch auch für Angehörige unmöglich, da die entsprechenden Mittel zur Lebensbeendigung nicht frei verfügbar sind. Selbst als das Bundesverwaltungsgericht 2017 urteilte³, derartige Mittel müssten unter bestimmten Umständen zur Verfügung gestellt werden, weigerte sich das entsprechende Ministerium das Urteil umzusetzen. Schließlich hatte das Bundesverfassungsgericht über die Rechtmäßigkeit des Ge-

¹ Pretty v. UK, App. no. 2346/02 at §74 (eigene Übersetzung).

² Das Urteil ist hier zitiert nach der vom deutschen Kanzleramt veröffentlichten Übersetzung unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20040708_AUSL000_000BSW53924_0000000_000, zuletzt eingesehen: 26.09.2020.

³ Vgl. <https://www.bverwg.de/020317U3C19.15.0>, zuletzt eingesehen: 26.09.2020.

setzes zu entscheiden. In seinem Urteil vom 26. Februar 2020 hat das Gericht dieses Gesetz für verfassungswidrig und nichtig erklärt.⁴

Dieses Fallbeispiel und seine unterschiedliche rechtliche Interpretation, sowohl im britischen, im deutschen und im europäischen Kontext, vermittelt einen ersten Eindruck davon, warum es medizinethischer Reflexion bedarf; denn hinter derartig unterschiedlichen rechtlichen Bestimmungen stehen moralische Überzeugungen der entsprechenden Gesellschaften, die sich in Aushandlungsprozessen in der Weise als mehrheitsfähig erwiesen haben, dass sie zu Gesetzen geworden sind. Dafür spielen oft religiöse und weltanschauliche Überzeugen einflussreicher Gruppen in der betreffenden Gesellschaft eine wesentliche Rolle.

1.1.3 *Die weltanschauliche Dimension*

Nach der klassischen Lehre aller drei monotheistischen Weltreligionen, Judentum, Islam und Christentum, ist die Selbsttötung ein Verstoß gegen das göttliche Gebot, nicht zu töten. Nicht nur fremdes Leben, sondern auch das eigene Leben gehört Gott, der darum als Einziger das Leben nehmen darf. Auch die Weltreligionen des Buddhismus und Hinduismus achten menschliches Leben hoch und lehnen die Selbsttötung, um das eigene Leid zu verkürzen, ab. Allerdings gibt es mittlerweile in allen Weltreligionen Gläubige, die sich für die Sterbehilfe aussprechen. Sie sind davon überzeugt, dass Gott Barmherzigkeit möchte, nicht Opfer, und deshalb ein aktives Abkürzen des eigenen Leids erlauben würde. Zudem gibt es Anhänger anderer Weltanschauungen, die sich ebenfalls dafür aussprechen, Regelungen am Lebensende zu liberalisieren. In den meisten Staaten haben jedoch die orthodoxen Vertreter dieser Religionen bisher einen hinreichenden Einfluss, eine Gesetzgebung zu verhindern, die eine Beihilfe zur Selbsttötung zuließe. Meist haben sie auch einen erheblichen Einfluss auf die jeweiligen ärztlichen Berufsordnungen.

⁴ Auf das Urteil wird im Abschnitt zur Beihilfe zur Selbsttötung und aktiven Sterbehilfe ausführlicher eingegangen. Dort findet sich auch die Begründung des Gerichts für dieses Urteil, das dem Gesetzgeber ein so schlechtes Zeugnis ausstellt.

1.1.4 Die Dimension des ärztlichen Berufsethos

Das Fallbeispiel ist ebenfalls von großer Bedeutung, um besser zu verstehen, wie sehr das ärztliche Berufsethos aufgrund derartiger Konfliktfälle immer neu herausgefordert wird. Dieses Ethos, also die für die Ärzteschaft bindenden moralischen Überzeugungen, ist bis heute durch den Hippokratischen Eid und seine jeweilige religiöse Einbettung geprägt. In diesem vermutlich im fünften oder vierten vorchristlichen Jahrhundert entstandenen Eid verspricht der Arzt ausdrücklich: »Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten.« Das Grundanliegen dieses Versprechens, in Deutschland verstärkt durch die christliche Überzeugung, dass menschliches Leben Gott gehört, ist bis heute in den Berufsordnungen vieler deutscher Landesärztekammern verankert. Wer in ärztlicher Funktion Beihilfe zum Suizid leistet, riskiert in bestimmten Bundesländern seine ärztliche Approbation zu verlieren. Das Berufsethos in den weitgehend säkularisierten Niederlanden erlaubt niederländischen Ärztinnen und Ärzten dagegen, nicht nur eine derartige Beihilfe, sondern sogar aktive Sterbehilfe zu leisten. Diese ist ihnen sogar ausdrücklich vorbehalten. Doch heißt dies, dass der Hippokratische Eid in Deutschland immer noch in seiner ursprünglichen Form in Geltung ist? Hier kann der Blick auf den Lebensanfang eine klare Antwort geben. Auch in Deutschland gilt der Hippokratische Eid nicht mehr in seiner ursprünglichen Form. In dem Eid verspricht der Arzt nämlich direkt im Anschluss an sein Versprechen, keine Beihilfe zum Suizid zu leisten: »Auch werde ich nie einer Frau ein Abtreibungsmittel geben.« In Deutschland jedoch nehmen Ärztinnen und Ärzte straffrei Abtreibungen vor, dürfen diese ganz legal abrechnen und verlieren dabei auch nicht ihre Approbation.

1.2 »Ethik« in Differenz zu »Moral«, »Ethos« und »Recht«

Die unterschiedlichen Sichtweisen bei so entscheidenden Fragen wie der Sterbehilfe verdeutlichen eine zentrale Aufgabe der Medizinethik. Jede Bewertung ethischer Art ist immer eingewoben in ein Netz von Überzeugungen. Das Zentrum dieses Netzes bilden dabei fundamentale Einstellungen und Vorstellungsmuster, die wiederum, wenn mehrheitsfähig, in rechtliche Bestimmungen und das entsprechende Berufsethos Eingang gefunden haben.

Wenn also bestimmte ethische Positionen und damit verbundene Vorstellungen von moralischen Werten auf unterschiedlichen weltanschaulichen Überzeugungen beruhen, so ist es selbstverständlich, dass es zu einer unterschiedlichen Einschätzung kommt, wie wir uns in dem oben genannten Konfliktfall der Beihilfe zur Selbsttötung entscheiden sollten.

Bevor dieser Konfliktfall und weitere medizinethische Konfliktfelder behandelt werden können, stellt sich jedoch sozusagen noch im Vorraum die Frage, was eigentlich unter Ethik zu verstehen ist und wie sich die Begriffe »Ethik«, »Moral« und der damit verbundene Begriff »Ethos« unterscheiden. Neben diesen wesentlichen Begriffsklärungen und Begriffsanalysen gehört zu den Grundlagen der Medizinethik auch ein Überblick zu wichtigen medizinethischen Hauptpositionen sowie ihren Normen und Werten.

Der Philosoph, Universalgelehrte und Arzt Aristoteles (384–322 v. Chr.) prägte als erster in seinem Buch *Ethika Nikomacheia*, der Ethik für seinen Sohn Nikomachos, den Begriff »Ethik« (griechisch: ethos = Sitte, Gewohnheit). Er verstand dabei »Ethik« als Teil der politischen Wissenschaft, die besonders die Fragen nach dem moralisch Guten und dem Rechten thematisiert.

Heute wird der Begriff »Ethik« in vielfältiger Weise gebraucht, oftmals synonym mit dem Begriff der »gängigen moralischen Überzeugungen« (lateinisch: mos = Sitte, Gewohnheit). Dieser Sprachgebrauch findet sich in den Feuilletons vieler Zeitungen. »Moralisch« und sein Synonym »ethisch« bezeichnen dann das »sittlich Gute«. Die Gegenbegriffe sind »unmoralisch« bzw. »unethisch«. In diesem Sprachgebrauch ist das Unmoralische bzw. Unethische das sittlich Schlechte.

In der gegenwärtigen akademischen philosophischen und theologischen Ethikdiskussion hat sich im Unterschied hierzu weitgehend durchgesetzt, »Ethik« als eine Fachdisziplin zu verstehen, die, je nachdem ob es sich um philosophische oder theologische Ethik handelt, auch als »Moralphilosophie« bzw. »Moraltheologie« bezeichnet wird. Sie thematisiert die Sprache der Moral, rechtfertigt ethische Normen und entwickelt konsistente ethische Theorien. Davon zu unterscheiden ist die Moral, womit die von einer Gesellschaft als gut anerkannten Normen, Ideale, Werte und die damit verbundenen Einstellungen gemeint sind. Im weitesten Sinn kann man hier von Moral als einer gesellschaftlichen »Konvention« (lateinisch: convenire = übereinkommen) sprechen. Der Einzelne ist dann moralisch, wenn

seine persönliche Einstellung mit dieser gesellschaftlichen Konvention übereinstimmt. Ein Spezialfall der Moral ist das Ethos, das beispielsweise im ärztlichen Berufsethos Normen und Wertvorstellungen einer bestimmten Berufsgruppe enthält. Davon zu unterscheiden ist das Recht, das, wenn es als positives Recht Gesetz wird, verbindliche Normen aufstellt. Meist stellen diese Gesetze gesellschaftliche Wert- und Normkompromisse dar. Etwas vereinfacht gesprochen: Das Recht ist in vielen Fällen die kodifizierte Moral bestimmter Gesellschaften. Dabei »hinkt« das Recht in dem Sinn manchmal »hinterher«, dass die Gesellschaft in ihren moralischen Vorstellungen oftmals bereits neue Einsichten aufgenommen hat und für richtig hält, während die Gesetze noch die Vorstellungen vergangener Zeiten widerspiegeln. So sah das Bürgerliche Gesetzbuch noch bis in die fünfziger Jahre in der alten Bundesrepublik vor, dass der Ehemann alle wichtigen finanziellen Entscheidungen treffen und sogar für seine Frau einen Arbeitsvertrag kündigen konnte. Dazu kommt noch eine weitere Differenz. In bestimmten Fällen widerspricht eine Rechtsbestimmung eines Staats der Regelung eines anderen Staats und dennoch ist dieser Unterschied nicht ethisch begründet. So ist es moralisch unerheblich, ob es ein Rechts- (Deutschland) oder ein Linksfahrgebot (Japan) gibt. Wichtig (und moralisch bedeutsam) ist allein, dass es zum Schutz der Verkehrsteilnehmer derartige Regelungen gibt.

Damit lassen sich die vier Begriffe in folgender Weise voneinander abgrenzen:

Ethik	Moral	Ethos	Recht
Akademische Disziplin	gesellschaftliche »Konvention« bzw. Normen, Ideale und Werte	gruppen-spezifische »Konvention«, teils mit bindender Kraft für die Mitglieder	verbindliche Normen
Reflexionsarbeit zur Klärung von moralischen Begriffen, Erarbeitung von Normen usw.	gesellschaftliche und persönliche Wertvorstellungen und Normen	gruppen-spezifische Wertvorstellungen und Normen	Wert- und Normkompromisse, oft zu Gesetzen geworden

Abbildung 2: Ethik, Moral, Ethos und Recht

Diese Bestimmungen von »Ethik«, »Moral«, »Ethos« und »Recht« sind nicht unumstritten. Für einige Philosophen in der Tradition sprachanalytischer Ethik (griechisch: analysis = Auflösung) kann »Ethik« als Wissenschaftsdisziplin nichts anderes als eine Begriffsklärung der Sprache der Moral sein. Ethik, so verstanden, leistet keine Normenbegründung und Normenvermittlung. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Reflexion ethischer Begriffe, Kriterien, Normen oder Handlungsprinzipien, um diese in ihrer Bedeutung zu analysieren und damit zu klären. Sie ist also strikt nicht-normativ. Dahinter kann die Überzeugung stehen, Normen und Werte entzögen sich ganz prinzipiell wissenschaftlicher Reflexion, weil ethische Aussagen nicht verifiziert oder falsifiziert werden können. Allerdings kann diese Tradition mit ihrem eigenen Ansatz nicht mehr begründen, warum sie Wissenschaft auf die Kenntnis von verifizierbaren Fakten reduziert, denn genau diese Annahme selbst ist nicht mehr veri- oder falsifizierbar.

Dazu kommt, dass selbst der Begriff des Faktums wissenschaftstheoretisch umstritten ist. Die Eingrenzung wissenschaftlicher Rationalität auf Tatsachenurteile (also unter Ausschluss von Werturteilen) ist von daher problematisch. Auch Tatsachenurteile selbst sind wieder von theoretischen Vorannahmen abhängig. Sie entspringen einer bestimmten Perspektive. Will man sich nicht zu einer vollständigen Subjektivierung und Entrationalisierung aller Lebensbereiche bekennen, so wird man auch der *normativen* Ethik den Status der wissenschaftlichen Rationalität zuerkennen, auch wenn Werturteile einer anderen Dimension zuzuordnen sind als Tatsachenurteile. Eine universitäre Ethik sollte es darum wagen, wertende Stellungnahmen auszuarbeiten und rational zu rechtfertigen.⁵

Allerdings sind zwei Fehler zu vermeiden, zum einen der sogenannte Sein-Sollen-Fehlschluss, zum anderen anzunehmen, dass *für uns Menschen* derartige Stellungnahmen perspektivenlos, sozusagen aus einem göttlichen Blickwinkel möglich seien, dass es also für uns so etwas wie ethische Objektivität geben kann.

Der Sein-Sollen-Fehlschluss besteht darin, aus Tatsachen unmittelbar auf Sollensforderungen zu schließen. Dieser, auch naturalistisch genannte Fehlschluss geht davon aus, alle normativen Aussagen seien letztlich in deskriptive Aussagen übersetzbar. Eine derartige Position wäre sehr attraktiv, weil durch eine Übersetzbarkeit von nor-

⁵ Vgl. die Verteidigung praktischer Vernunft durch Nida-Rümelin (2020).

mativen in deskriptive Aussagen die moralischen Prinzipien, Regeln und Werturteile mit den üblichen wissenschaftlichen Methoden rational begründbar wären: Man könnte für eine normative Aussage dadurch einen Wahrheitswert erhalten, dass man den Wahrheitswert ihrer deskriptiven Übersetzung überprüft.⁶ Leider ist dieses Naturalismusprogramm trotz vielfältiger Versuche nicht gelungen. Wer beispielsweise die moralische Forderung »Du sollst nicht töten« auf deskriptive Sätze wie: »Alles Lebendige ist Leben, das leben will«, zurückführt, muss dennoch den Zwischenschritt einfügen, dass es moralisch gut ist, dass Leben leben will. Bereits jede Tuberkuloseinfektion macht deutlich, dass zwar die Tuberkelbakterien leben wollen, es aber in diesem Fall dennoch moralisch für das ärztliche Personal geboten ist, Antibiotika zu verabreichen und alle Tuberkelbakterien abzutöten. Aufgrund dessen ist es sinnvoll, einen ethischen Naturalismus auszuschließen, der aus nichtnormativen Aussagen ohne Rückgriff auf normative Prinzipien meint, gehaltvolle normative Sätze aufstellen zu können.

Es ist auch möglich, eine normative Ethik als Wissenschaftsdisziplin abzulehnen, wenn man davon ausgeht, dass alle moralischen Einstellungen ähnlich zu Geschmacksempfindungen nicht kognitiv (lateinisch: *cognoscere* = (vernunftmäßig) erkennen) sind. Der Preis einer solchen Konzeption ist jedoch hoch. Die Kriegsbegeisterung in allen europäischen Nationen zu Beginn des Ersten Weltkriegs würde, da allgemein geteilt, diesen Krieg moralisch »rechtfertigen«. Dieser Non-Kognitivismus lässt sich darum praktisch zurückweisen, es sei denn, man hielte eine allgemeine Kriegsbegeisterung für ein hinreichendes Kriterium, einen Krieg zu führen.

Eine weitere Position, die nicht weiter berücksichtigt werden soll, ist der ethische Relativismus in seinen unterschiedlichen Spielarten. Der ethische Relativismus vertritt die Überzeugung, dass es keine universell gültigen ethischen Standards und Prinzipien gibt: »Alle gehaltvollen ethischen Werte sind [...] Kulturwerte. Kulturwerte erkennt man daran, dass ihre soziale Akzeptanz durch gesellschaftliche Kräfteverhältnisse zustande kommt. [...] Von der Ethik zu entwickeln wäre, statt illusorischer Universalmaximen, eine Theorie der Kulturwerte.«⁷

⁶ Von Kutschera (1982), 29.

⁷ Vgl. Schurz (1995), 175.

Der ethische Relativismus ist dabei nicht mit der Annahme zu verwechseln, dass viele unserer speziellen Normen kulturabhängig sind und nur in einer bestimmten historischen Situation sowie für einen begrenzten Anwendungsbereich Gültigkeit besitzen. Dies ist unbestritten. Der ethische Relativismus ist viel radikaler: *Alle* Normen sind danach kulturabhängig. Es gibt keine einzige Norm, die immer und überall gilt.

Der ethische Relativismus ist auch nicht mit dem allgemeinen Relativismus zu verwechseln. Die These des allgemeinen Relativismus, es gebe keine absoluten Wahrheiten, hätte, falls sie zutreffen würde, zur Folge, dass man auch für sie selbst keinen absoluten Wahrheitsanspruch geltend machen könnte. Gegen einen derartigen Einwand ist ein ethischer Relativismus immun, da er nur die eingeschränkte Behauptung geltend macht: Es gibt keine absolut gültigen ethischen Normen. Diese Aussage bezieht sich auf normative Aussagen, ist selbst aber deskriptiv, sodass sie nicht unter ihr eigenes Verdikt fällt.

Allerdings vertreten manche einen ethischen Relativismus, der nicht konsistent ist: »Moralisch« bedeute dasselbe wie »moralisch für eine bestimmte Gesellschaft« und zugleich fordern sie, dass gegenüber den unterschiedlichen kulturellen Moralnormen Toleranz zu üben ist. Diese allgemeine Forderung lässt sich vom relativistischen Ansatz nicht begründen. Sie könnte wiederum nur für eine bestimmte Gesellschaft gelten. Wer also behauptet, in Kerkrade (Niederlande) sei aktive Sterbehilfe *moralisch* erlaubt, in Herzogenrath auf der deutschen Seite der Grenze dagegen *moralisch* unzulässig, dass also aktive Sterbehilfe in einer Gesellschaft *moralisch* erlaubt, in einer anderen aber nicht erlaubt sein könne, je nachdem welche gesellschaftlichen Normen gelten, beide Positionen aber seien aus *ethischer Sicht* zu akzeptieren, stellt eine allgemeine Forderung auf, die sein System nicht ermöglicht.⁸

Selbst wenn man diesen Fehler vermeidet, bekommt man ein gravierendes Problem, das sich in einem Praxistest zeigt: Nehmen wir an, die zitierte These: »Alle gehaltvollen ethischen Werte sind Kulturwerte. Kulturwerte erkennt man daran, dass ihre soziale Akzeptanz durch gesellschaftliche Kräfteverhältnisse zustande kommt«, wäre korrekt; dann ließe sich auf der Grundlage dieser These die Behauptung aufstellen: Rassismus ist in einer nationalsozialistischen Gesell-

⁸ Vgl. Williams (2012), 20f.

schaft durch gesellschaftliche Kräfteverhältnisse sozial akzeptiert und deshalb im Sinne eines derartigen ethischen Relativismus in einer solchen Gesellschaft moralisch geboten. Es sollten also beispielsweise in der Covid-19-Krise aus rassistischen Gründen bestimmte Patientengruppen anderen Patientengruppen vorgezogen werden.

In gewisser Weise sind evolutive Ethiken eine Spielart des ethischen Relativismus. Sie gehen davon aus, dass wir unsere Normen und Werte im Rahmen unserer Anpasstheit an die gegebenen Umstände entwickelt haben und weiterentwickeln. Das Ziel besteht darin, Leben bzw. Überleben der *Art* zu gewährleisten. Darum sind Werte und Normen wandelbar, je nachdem was die Lebensverhältnisse erfordern. Das Individuum spielt dabei eine zu vernachlässigende Rolle, da es der Evolution nach Meinung der Hauptvertreter dieser Richtung um das Überleben der jeweiligen Art geht. Für diese Spielart des ethischen Relativismus gilt darum ebenfalls, dass sie äußerst problematische Konsequenzen hat. Wer angeblich der »Herrenrasse« angehört, hätte dann beispielsweise in einer Pandemie aufgrund ihres evolutiven Vorrangs Anrecht auf die letzten verfügbaren Intensivbetten zuungunsten von denjenigen, die sogenannten »niedrigeren Rassen« zugeordnet werden.

Daraus folgt jedoch nicht, dass sich moralische Wertungen zwischen Personen, Kulturen, Gruppierungen usw. nicht unterscheiden oder evolutive Einflüsse völlig unwichtig wären, sondern es geht um eine Ablehnung der These, *alle* Werturteile seien nur für die jeweiligen »Gläubigen« nachvollziehbar, sodass wir schließlich doch wieder bei einem kulturellen Relativismus landen würden. Ein Grund hierfür liegt in der menschlichen Fähigkeit, sich in andere Kulturen in einem gewissen Maße hineinzudenken.⁹ Darüber hinaus haben wir Menschen zumindest den Anspruch, uns im rational motivierten Dialog auf gemeinsame Werte zu verständigen.¹⁰ Dies ist in einer zusammenwachsenden Welt heute nötiger denn je.

⁹ Vgl. Isaiah Berlin, On the Pursuit of the Ideal. In: New York Review of Books (17. März 1988), 14, hier zitiert nach Putnam (1994), 192 (eigene Übersetzung): »Gemeinschaften mögen einander in vielerlei Hinsicht ähnlich sein, [...] wonach sie streben, was sie fürchten und was sie verehren ist selten ähnlich. Diese Sichtweise wurde kultureller oder moralischer Relativismus genannt. Das ist kein Relativismus. Mitglieder einer Kultur können [...] die Werte, Ideale und Lebensformen einer anderen Kultur oder Gesellschaft, selbst aus anderen Zeiten und Orten, verstehen.«

¹⁰ Jürgen Habermas hat sein Lebenswerk diesem Anliegen gewidmet.

Jede Entscheidung ist auch eine Selbstdarstellung der Person, die diese Entscheidung trifft, und damit Ausdruck ihrer Persönlichkeit. Wenn sie wahrhaftig ist und ihr Leben nicht fremdbestimmen lässt, wird jede Entscheidung, die sie trifft, Ausdruck ihrer Lebenswahrheit, ihrer Grundoption für ihr Leben sein. Auch die eigene Lebensgeschichte dient beispielsweise als ein Interpretationsrahmen. Wer an einer Erbkrankheit leidet oder von einer solchen bedroht ist, wird möglicherweise die neue Möglichkeit der Präimplantationsdiagnostik aufgrund der eigenen Lebensgeschichte anders bewerten als jemand, der tief in einer Welt verwurzelt ist, in der aus religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen der Einsatz dieser Diagnostik als schwere Sünde gilt. Wer einen nahestehenden Menschen verloren hat, für den es kein überlebenswichtiges Organ gab, wird möglicherweise die geltenden Regeln der Organspende anders beurteilen als eine unbeteiligte Person. Wichtig ist für eine möglichst gute Entscheidung, sich diese eigenen Voraussetzungen bewusst zu machen, um in einer gewissen Distanz zur eigenen Geschichte die Entscheidungsfindung möglichst objektiv anzugehen.

Jede Person steht also in einer ursprünglichen Weise selbst in der Verantwortung. Sie kann sich nicht ausschließlich auf eine bestehende rechtliche Norm berufen, wenn sie nicht zu einem Legalisten werden will. Gesetze können nicht von der Letztverantwortung entbinden. Gerade in medizinethischen Streitfragen von der Embryonenforschung bis zur Sterbehilfe unterscheiden sich die Gesetze in den verschiedenen Ländern. Dies ist ein klarer Hinweis dafür, dass es keinen allgemeinen ethischen Konsens für bestimmte Konfliktlösungen gibt.

Die eigene Perspektivenhaftigkeit, die Eingebundenheit jedes einzelnen Entscheidenden in seine Mitwelt und Kultur ist zwar eine notwendige Bedingung, aber keine hinreichende Bedingung für eine Entscheidung. Aufgrund der menschlichen Fähigkeit, dem besseren Argument mit guten Gründen zu folgen,¹¹ soll deshalb davon ausgegangen werden, dass es trotz unterschiedlicher Perspektiven allgemeingültige moralische Prinzipien geben kann, die für die meisten Religionen und Weltanschauungen zumindest in gewissen Grenzen anschlussfähig sind. Auf diese Weise lässt sich eine Art gemeinsamer »Grundperspektive« für ethische Bewertungen zumindest bestimmter Konfliktfälle finden.

¹¹ Vgl. Nida-Rümelin (2020), 76–86.

Diese grundsätzliche Voraussetzung allgemeingültiger moralischer Prinzipien darf allerdings nicht so verstanden werden, als ob damit gelegnet würde, dass wir in einer pluralen Welt leben. Die Annahme von *einigen* allgemeingültigen moralischen Prinzipien ist also nicht mit einer philosophischen oder theologischen Letztbegründung zu verwechseln, wie diese Religionen oder bestimmte Weltanschauungen anbieten. Doch sollten selbst Vertreterinnen und Vertreter, die sich zu einer derartigen Letztbegründung bekennen, in einer pluralen Welt bemüht sein, ihre handlungsleitenden Kriterien in einer Weise *kognitiv* zu vermitteln, dass auch Nicht-Vertreter der entsprechenden Glaubensrichtungen sich mit ihren Argumenten auseinandersetzen und diesen Argumenten möglicherweise zustimmen können, ohne die dahinter stehende Letztbegründung zu teilen.

In der akademischen Ethik werden üblicherweise zwei große Klassen von Ethiken unterschieden, nämlich deontologische (griechisch: *to deon* = das, was man tun muss) und teleologische (griechisch: *telos* = Ziel) Ethiken. Max Weber (1864–1920) klassifizierte deontologische Ansätze als Gesinnungsethiken.¹² Diese Klasse von Ethiken achtet auch auf die innere Qualität von Handlungen, unabhängig von den Folgen, und auf die Gesinnung, die zu diesen Handlungen führt, in den Worten Kants: den guten Willen. Kant (1724–1804) ist der bekannteste säkulare Vertreter einer deontologischen Ethik. Alle Normen haben nach Kant dem von ihm »kategorisch« genannten Imperativ zu folgen, einem Imperativ der unabhängig von Raum und Zeit für alle mit Vernunft begabten Wesen unbedingt gilt, nämlich so zu handeln, dass die Richtschnur der Handlung ein allgemeines, ausnahmslos geltendes Gesetz ist. So ist es nach Kant ausnahmslos verboten, zu lügen oder sich das Leben zu nehmen, also ganz unabhängig von allen Folgen, allein deshalb, weil es kein allgemeines Gesetz geben dürfte, dass es erlauben würde zu lügen oder sich das Leben zu nehmen. Eine Handlung ist also dann moralisch gut, wenn sie diesen Imperativ erfüllt und aus gutem Willen, also aus reiner Pflicht, vollzogen wird. Eine pflichtgemäße Handlung entspricht zwar diesem Imperativ. Wenn sie jedoch nicht aus Pflicht, sondern aus anderen Motiven vollzogen wurde, ist sie zwar nicht unmoralisch, aber moralisch wertlos. Wenn eine Schwester ihre Patienten nach Richtlinie hervorragend versorgt, einfach weil sie das als ihre pflegerische Aufgabe ansieht, also aus reinem gutem Willen, so

¹² Vgl. Weber (1919).

handelt sie nach Kant moralisch. Wenn sie dagegen diese hervorragende Versorgung aus anderen Motiven vornimmt, beispielsweise damit sie beruflich aufsteigt, so hat diese pflichtgemäße Handlung keine persönlich zurechenbare moralische Qualität. Theologische Ethiken gehören ebenfalls zur Gruppe deontologischer ethischer Ansätze; denn göttliche Gebote gelten unabhängig von ihren Folgen. Der Mensch hat sich der göttlichen Offenbarung zu öffnen. Viele religiöse moralische Vorschriften werden dabei zugleich naturrechtlich begründet. Wir entdecken in der sorgfältigen Analyse unserer Menschennatur die ihr entsprechenden Normen und Werte, die nach religiöser Deutung der Ewige/Gott/Allah in diese Natur hineingelegt hat.

Weber unterscheidet von dieser Klasse deontologischer Ethiken die von ihm »Verantwortungsethiken« genannten ethischen Ansätze, denen es um die Folgen einer Handlung geht. Webers Begrifflichkeit ist insofern irreführend, da auch diejenigen Ethiken, die er als Gesinnungsethiken bezeichnet, beanspruchen, verantwortliches Handeln einzufordern. Deshalb hat sich international durchgesetzt, teleologische, d. h. folgenorientierte Ansätze (Verantwortung für die Folgen einer Handlung), von deontologischen, d. h. gesinnungsorientierten Ansätzen (Verantwortung für den eigenen guten Willen, der sich auch daran bemisst, ob bestimmte Handlungen *in sich* schlecht sind) zu unterscheiden. Ein Beispiel für in sich schlechte Handlungen im Verständnis bestimmter deontologischer Ethiken wären das Foltern von Menschen, selbst wenn dadurch ein entführtes Kind gerettet werden könnte, oder die Versklavung von Menschen, selbst wenn dadurch insgesamt mehr Menschen profitieren könnten. In der Medizin verurteilt beispielsweise die christliche Naturrechtsethik die Beihilfe zur Selbsttötung und die künstliche Befruchtung als in sich schlechte Handlungen.

Der bekannteste teleologische Ansatz ist der Utilitarismus (lateinisch: utilis = nützlich), dessen Grundprinzip lautet: Maximiere den Nutzen der größtmöglichen Zahl. Handlungen (Aktutilitarismus) bzw. Regeln (Regelutilitarismus) sollen also dem größtmöglichen Nutzen dienen. Mittlerweile hat sich eine Fülle verschiedener Formen des Utilitarismus entwickelt.

Aber auch die aus der aristotelischen Tradition kommende, eudaimonistische Ethik ist folgenorientiert. Ihr geht es jedoch nicht um eine Nutzenmaximierung, sondern darum, dass der Einzelne ein gutes Leben findet, ein Leben, das »unter einem guten Stern steht«

(griechisch: eu = gut, daimon = Gott, Geistwesen). Eine wesentliche Aufgabe besteht dabei nach griechischer Überzeugung darin, gute Gewohnheiten, altertümlich Tugenden genannt, auszubilden.

Darüber hinaus gibt es ethische Ansätze, die sich unter dem Begriff der Vertragstheorien zusammenfassen lassen. Im Unterschied zur klassischen aristotelischen Tugendethik werden Vertragstheorien zwar ebenfalls geschlossen, um ein gelingendes Zusammenleben und dem Einzelnen ein gutes Leben zu ermöglichen, aber die Mitglieder einer Vertragsgemeinschaft *entwickeln* diese Normen und Werte *selbst*. Es gibt in diesem Sinn kein universelles Telos wie beispielsweise die Glücksmaximierung der größtmöglichen Zahl. Vielmehr geht es darum, sich gegenseitig zu ermöglichen, handeln zu können, um die Ziele zu erreichen, die der Einzelne anstrebt. Insofern sind Vertragstheorien pragmatisch ausgerichtet (griechisch: pragma = Handlung, Sachverhalt, Umstände). Sie richten sich nach dem Sachverhalt, den konkreten Umständen. Bei Vertragstheorien in der hobbeschen Tradition (Hobbes 1588–1679) geht es darum, von einem Naturzustand auszugehen, in dem alle nur ihr Eigeninteresse im Sinn haben und zum Schutz des eigenen Lebens bereit sind, Verträge zu schließen. Davon zu unterscheiden sind Vertragstheoretiker wie Rawls (1921–2002). Ausgehend von einem »Schleier des Nichtwissens«, aufgrund dessen vernünftige Personen nicht wissen, welchen Platz sie später in der Gesellschaft einnehmen werden, einigen sich diese auf grundlegende Gerechtigkeitsgrundsätze. Da jeder zur Gruppe der am schlechtesten Gestellten gehören könnte und jeder aus eigenem Interesse möglichst großen Anteil an den Grundgütern bekommen möchte, enthalten diese Grundsätze auch das sogenannte Differenzprinzip. Es besagt, dass die Differenzen in einer Gesellschaft, beispielsweise unterschiedliche Gehälter, immer auch für die am schlechtesten Gestellten von Vorteil sein müssen. Auf das Gesundheitssystem übertragen heißt dies, dass Unterschiede in der Versorgung dann zulässig sind, wenn davon die am schlechtesten Gestellten profitieren.

Alternativ dazu haben sich auch weitere Ethiken entwickelt wie beispielsweise die Kasuistik¹³ (lateinisch: casus = Einzelfall), die von den Einzelfällen her moralische Bewertungen versucht, oder auch der Intuitionismus (lateinisch: intueri = schauen), der überzeugt ist, man müsse von gewissen selbstevidenten moralischen Prinzipien ausgehen. Klassische Vertreter einer derartigen Ethik waren Moore und

¹³ Vgl. beispielsweise Jonsen (2019).

Ross. Gerade der Intuitionismus hat jedoch damit zu kämpfen, dass intuitiv von praktisch fast allen Mitgliedern einer moralischen Gemeinschaft getragene Einsichten sich zu einem späteren Zeitpunkt als nicht mehr evident erweisen. Eines der bekanntesten Beispiele ist die Bewertung der Homosexualität, die Vertreter dieses Ethiktyps Anfang des 20. Jahrhunderts als »intuitiv« verwerflich ablehnten. Ebenfalls einen alternativen Zugang zu den klassischen Ethiktypen suchen Mitleidsethiken. Die Mitleidsethik hat ihre Ursprünge bereits in der Hebräischen Bibel beim Propheten Amos und in der neutestamentlichen Tradition, die sich beispielhaft in der Geschichte vom barmherzigen Samariter findet.

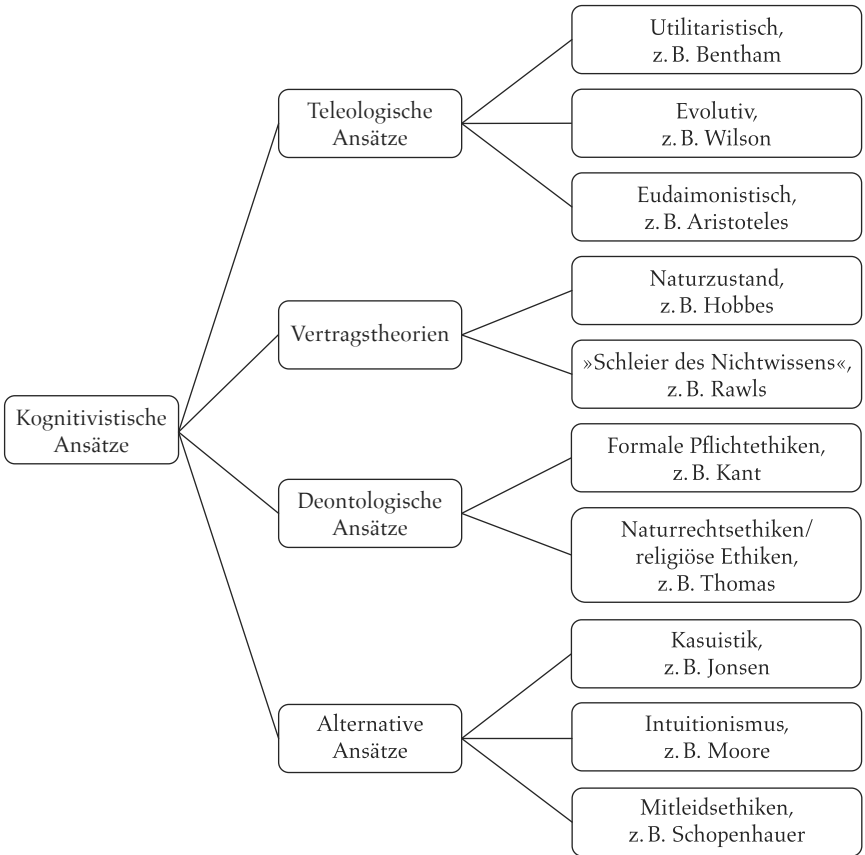


Abbildung 3: Ethische Theorien (vereinfacht)

Gemeinsam ist allen diesen ethischen Ansätzen, dass sie *kognitiv* handlungsleitende Kriterien, Werte, Normen und Handlungsprinzipien zu entdecken bzw. zu entwickeln versuchen. Ob es sich dabei um Entdeckungen von Prinzipien handelt, die in der menschlichen Vernunftnatur liegen wie bei religiösen Ethiken oder Kant, oder um Entwicklungen, entscheidet sich vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden *Theorie*.

1.3 Grundlegende Kriterien und Methoden

Allen wissenschaftlichen Ethiken ist gemeinsam, dass sie das Konsistenzkriterium berücksichtigen. Wer ein moralisches Urteil hinsichtlich einer bestimmten Situation trifft, muss, um konsistent zu sein, das gleiche Urteil hinsichtlich einer Situation fällen, die der ersten in allen nicht-moralischen Einzelheiten gleicht. Wenn beispielsweise eine Person in einer bestimmten Situation ein moralisches Urteil fällt und dementsprechend handelt, dann muss diese Person unter vergleichbaren Umständen ein vergleichbares moralisches Urteil treffen und danach handeln. Wichtig ist dabei, dass das Konsistenzprinzip eine andere Stoßrichtung hat als die goldene Regel, nach der man andere so behandeln soll, wie man selbst behandelt werden möchte. Die goldene Regel legt nämlich eine bestimmte Handlung oder Unterlassung aus einer anderen Zielsetzung heraus nahe. Die Motivation ist nicht die Konsistenz des eigenen Denkens und Handelns, sondern die Hoffnung, von anderen gut behandelt bzw. nicht geschädigt zu werden.

Allerdings gibt es in unserer Welt keine Situation, die einer anderen in allen nicht-moralischen Einzelheiten vollständig gleicht. Deshalb ist eine gewisse Abstraktionsleistung nötig, um vergleichbare Situationen zu schaffen. Hierin besteht eine wesentliche Problematik, Urteils- und Handlungskonsistenz zu überprüfen.

Kognitive Ethiken nützen als akademische Disziplinen zudem bestimmte Methoden. Mithilfe der oben kurz angesprochenen sprachanalytischen Methode geht es darum, zentrale ethische Begriffe wie z. B. »gut«, »Handlung« usw. zu klären. Mithilfe hermeneutischer (griechisch: hermeneuein = auslegen) Deskription (lateinisch: describere = beschreiben) werden moralische Einstellungen beschrieben. Diese Beschreibung dient zur Interpretation, wie moralische Einstellungen unsere Lebenswelt mitgestalten. Dieser methodische Zugang erhebt keinen Anspruch darauf, Normen zu entwickeln oder die Qua-

lilität von Geltungsansprüchen zu bewerten. Insofern bieten die analytische und die hermeneutische Methode ein notwendiges, jedoch kein hinreichendes Werkzeug ethischen Arbeitens.

Eng mit der hermeneutischen Methode ist eine narrative ethische Methode (lateinisch: *narrare* = erzählen) verbunden, bei der Einsichten in Werte und der Sinn von Handlungen durch Erzählungen erschlossen werden. Im Akt des Erzählens und in der Rezeption des Erzählten kann ein Wertbewusstsein erfahren werden. Berühmte Erzählungen in dieser Hinsicht bieten insbesondere die heiligen Schriften vieler Religionen.

Die Frankfurter Schule hat mit der kritischen (griechisch: *kri-nein* = urteilen, entscheiden) Methode eine weitere ethische Methode etabliert. Werte und Regeln sollen in einem herrschaftsfreien, rationalen Diskurs gefunden werden, bei dem sich die besten Argumente durchsetzen, während schlechtere Argumente ausscheiden.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich aus der Wirtschaftsethik kommend ein weiterer methodischer Zugang entwickelt.¹⁴ Sie arbeitet insbesondere ordonomisch (lateinisch: *ordo* = Ordnung, griechisch: *nomos* = Gesetz). Es geht darum, das Hauptaugenmerk nicht nur auf die Handlungsebene der einzelnen Akteure zu lenken, sondern auf die Regelebene und die Ebene der öffentlichen Debatten, die wesentlich beeinflussen, welche Regeln zustande kommen.

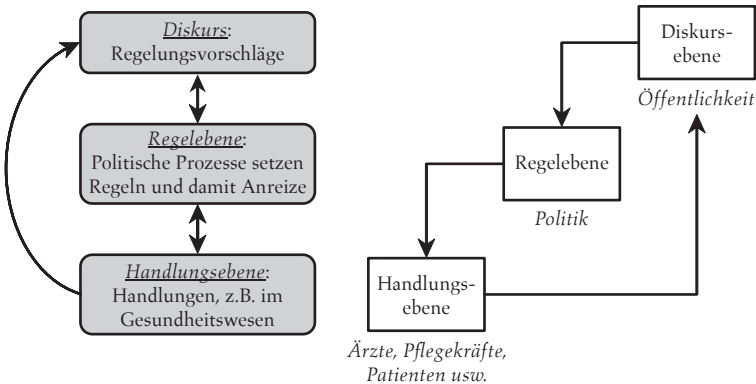


Abbildung 4: Ordonomische Grundstruktur (nach Pies), angewendet auf das Gesundheitswesen

¹⁴ Das ordonomische Programm hat insbesondere Ingo Pies an der Universität Halle entwickelt. Vgl. z. B. Pies (2011), Pies et al. (2018).

Die entscheidende Grundfrage lautet: Wie lässt sich Moral unter heutigen gesellschaftlichen Bedingungen implementieren (durchsetzen), d. h., wie sind Institutionen und Regelwerke zu gestalten, damit sie dauerhaft stabil bleiben, selbst wenn man von eigeninteressierten Akteuren ausgeht? Sind diese Regelungen zum gegenseitigen Vorteil, können ihnen selbst eigeninteressierte Akteure zustimmen.

1.4 Pluralität medizinethischer Ansätze

Während sich die Methoden der Ethik ergänzen, schließen sich teleologische und deontologische Ansätze aus. Selbst die teleologischen Ansätze widersprechen sich aufgrund des unterschiedlichen Telos. Beispielsweise ist das Telos »Gesamtnutzen« nicht mit dem Telos einer eudaimonistischen Ethik zu verwechseln. Es gibt darum eine Pluralität ethischer Ansätze. Aufgrund dessen ist es selbstverständlich, dass es auch nicht nur einen, sondern verschiedene medizinethische Ansätze gibt.

1.4.1 Medizinethik in hippokratischer Tradition: *salus aegroti suprema lex*

Die hippokratische Medizin stützte sich auf die unmittelbare und genaue Beobachtung am Krankenbett. Sie verwendete eine rationale Ätiologie und berücksichtigte die Krankengeschichte sowie die Lebensumstände der jeweiligen Patienten. So maß der Arzt den Puls und die Temperatur, ertastete Schwellungen, untersuchte die Ausscheidungen und den Allgemeinzustand. Aufgrund dessen wurde die Prognose gebildet und therapeutische Maßnahmen eingeleitet. Diese Maßnahmen betrafen die gesamte Lebensweise des Patienten. Auf Schlaf und Ausruhen wurde genauso Wert gelegt wie auf die richtige Ernährung und Hygiene. Dazu kam eine Behandlung mit unterschiedlichen Heilmitteln. Das Klistier, der Aderlass, Schröpfen und sogar Glüheisen kamen zum Einsatz. Ebenfalls gab es Operationen. Selbst Rehabilitationsmaßnahmen und Präventionsmaßnahmen wie eine gesundheitliche Erziehung waren bekannt.

Der Hippokratische Eid¹⁵ ist keine fachethische Abhandlung, son-

¹⁵ Vgl. Anhang: Text des Eids im Original und in Übersetzung. Die herrschende me-

dern vielmehr das Ethos einer bedeutenden »Ärztegruppe«, die mit dem Namen des Arztes Hippokrates (ca. 460–385/351) in Griechenland verbunden ist. Jedoch liegt dieser Eid Medizinethiken zugrunde, die sich naturrechtlich oder religiös verorten, und bildet bis heute einen wichtigen Hintergrund für medizinethische Reflexionen.

Der Eid beginnt und schließt mit einer Schwurformel. Modern gesprochen, verwendet er eine Implementationsstrategie, also eine Strategie, um die Forderungen des Eids durchzusetzen. Die angerufenen Götter als Zeugen und als religiöse Garanten sollen dafür sorgen, dass bei Einhaltung der Eidesforderungen der Betreffende Erfolg und Ruhm erntet. Wenn er dagegen wortbrüchig wird, soll ihn Misserfolg und Verachtung treffen.

Was aber ist das erste inhaltliche Versprechen des Schwörenden? Dazu befragt, würden wohl sehr viele antworten: den Patienten nicht zu schaden, sondern alles zu tun, um sie zu heilen. Doch der hippokratische Lehrer verlangt von seinen Schülern als erstes:

»§2 Meinen Lehrer in dieser (Heil-) Kunst werde ich wie meine Eltern achten, mit ihm den Lebensunterhalt teilen und ihn, wenn er Not leidet, mitversorgen. Seine Nachkommen werde ich meinen Brüdern gleichstellen und sie, wenn sie es wünschen, in dieser (Heil-)Kunst unterweisen ohne Bezahlung und schriftliche Verpflichtung. [...]«

Dieses erste Versprechen ist gerade heute von enormer Bedeutung. Es zeigt, dass der ärztliche Lehrer auch an sich denken darf, ja an sich denken soll. Er darf nicht nur um sein Wohlergehen besorgt sein, er soll es sogar von seinen Schülern einfordern. Vergleicht man damit das in der Tradition dieses Eids verfasste Genfer Gelöbnis¹⁶, so scheint heute diese wesentliche Einsicht verloren gegangen zu sein. Hier lautet das Versprechen: »Ich werde meinen Lehrern, Kollegen und Schülern den Respekt und die Dankbarkeit erweisen, die ihnen zusteht.« Das berechtigte Eigeninteresse des ärztlichen Lehrers, für seine Leistungen honoriert zu werden, ist nicht mehr zu entdecken. Aber das Genfer Gelöbnis geht noch einen Schritt weiter, wenn es das Versprechen einfordert: »[...] ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlbefinden und meine Fähigkeiten achten, um auf höchstem Niveau zu behandeln«. Hier wird die ärztliche Gesundheit, das Wohlbefinden und die Fähigkeiten für den Dienst funktionalisiert und das

dizingeschichtliche Meinung geht nicht davon aus, dass Hippokrates selbst der Autor dieses Eids gewesen ist.

¹⁶ Vgl. Anhang: Genfer Gelöbnis.

berechtigte Eigeninteresse von Ärztinnen und Ärzten ignoriert. Diese Funktionalisierung verliert genau das aus dem Blick, was in der klassischen griechischen Ethik, in die der Eid eingebettet ist, noch selbstverständlich war. Jeder und damit auch die ärztlich Tätigen sollen ein gutes Leben für sich anstreben. Da jeder als Gemeinschaftswesen lebt, kann dieses gute Leben nur verwirklicht werden, indem jeder Einzelne sich gemeinschaftsdienlich verhält. Im Fall des ärztlich Tätigen heißt dies, den Dienst für seine Patienten bestmöglich auszuführen. Doch die damit verbundenen Versprechen kommen in der Reihenfolge des Eids erst, nachdem das eigene Wohl abgesichert ist.

Leider hat auch die Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer unbesehen mit minimalen Änderungen dieses Genfer Gelöbnis mit all seinen Schwächen übernommen und so wichtige hippokratische Einsichten preisgegeben.¹⁷

Das Gleiche gilt bedauerlicherweise auch für den Internationalen Kodex für Pflegekräfte. Auch er hat genau diese wesentliche Dimension des Hippokratischen Eids aus dem Blick verloren.¹⁸ Wie im Genfer Gelöbnis wird die eigene Gesundheit funktionalisiert: »Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen.« Darüber hinaus begeht dieser Kodex das, was man philosophisch einen Kategorienfehler nennt. Der Kodex verwechselt – darin besteht dieser gravierende Fehler – Normen eines spezifischen Berufsethos, hier der Pflegenden, mit allgemeinen bürgerlichen Normen, beispielsweise wenn es bereits im ersten Artikel heißt: »Die Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.« Die Verfasser des Kodex haben sogar erkannt, dass dies allgemeine gesellschaftliche Verantwortlichkeiten sind. Dennoch meinen sie gerade die Berufsgruppe daran erinnern zu müssen, die sowieso schon besonders sozial eingestellt ist. Die Entlohnung als Pflegekraft ist nämlich sicher nicht so, dass man diesen Beruf in erster Linie anstrebt, um damit Geld zu verdienen. Ebenfalls meinen die Verfasser des Kodex auch noch die Bürgerpflicht den Pflegenden in ein berufsspezifisches Ethos hineinschreiben zu müssen: »Die Pflegende handelt zur Bewahrung und

¹⁷ Vgl. Anhang: Gelöbnis für Zahnärzte.

¹⁸ Vgl. Anhang: ICN-Kodex für Pflegekräfte.

zum Schutz der natürlichen Umwelt und ist sich deren Bedeutung für die Gesundheit bewusst.«

Kehren wir zum Hippokratischen Eid zurück. Nach Berücksichtigung des berechtigten Eigeninteresses am Wohlergehen des ärztlichen Lehrers wendet sich der Eid Punkt für Punkt wesentlichen ärztlichen Normen zu, von denen die meisten bis heute gelten oder in ihrer Geltung diskutiert werden. So lautet §3 des Eids: »Meine Verordnungen werde ich zum Nutzen der Patienten treffen, nach meinem Vermögen und Urteil; Schädigungen und Unrecht aber werde ich von ihnen abwehren.« Dieses Versprechen fasst zusammen, was später als Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip expliziert werden wird. Der hippokratische Arzt sorgt sich um das Wohl seiner Patientin bzw. seines Patienten. Seine Behandlung ist immer darauf ausgerichtet, den Patienten zu nutzen. Wenn also bestimmte Nebenwirkungen in Kauf genommen werden, dann nur, weil der Arzt davon ausgeht, dass der Nutzen insgesamt größer ist. Ein triviales Beispiel kann erläutern, wie das Nichtschadensprinzip zu verstehen ist. Wer zur Vorsorge geht, dem wird meist etwas Blut abgenommen. Es besteht dabei ein minimales Risiko, dass sich die Einstichstelle infiziert und in ganz seltenen Fällen kann es sogar zu einer Sepsis kommen. Doch ist dieses Risiko im Verhältnis zu dem Nutzen, krankhaften Veränderungen auf die Spur zu kommen, so gering, dass Blutentnahmen selbstverständliche ärztliche Praxis geworden sind.

Der §3 enthält aber noch eine ganz wesentliche, für das hippokratische Ethos entscheidende Bestimmung. Der Arzt trifft seine Verordnungen nach ärztlichem Vermögen und Urteil. Es geht also um das Wohl von Patienten im Sinn der zur Abfassung des Eids geltenden Medizin der Hippokratischen Schule. Heute würde man von einer evidenzbasierten, einer möglichst objektiven Schulmedizin sprechen. Es geht um die *salus* (lateinisch: *salus* = Gesundheit im objektiven Sinn); *salus aegroti suprema lex (esto)* – die Gesundheit des Patienten soll oberstes Gesetz sein.

Der Arzt ist der Fachmann, sein Gegenüber der Laie. Der Patientennutzen nach Maßgabe der ärztlichen Kunst erfordert nach Hippokrates ein absolutes Tötungsverbot, also den Verzicht auf aktive Sterbehilfe oder Beihilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen bzw. Durchführung dieser, ärztliche Integrität, also den Verzicht, die Notlage der Betroffenen durch sexuelle Übergriffe, Diebstahl oder Verletzung der Schweigepflicht auszunutzen, sowie eine klare Beschränkung auf die eigene Kunst. Dafür steht das Verbot der Behandlung von Steinleiden

und chirurgischer Tätigkeiten, die in die Befugnisse der Bader fielen. Dass bereits zu Zeiten des Hippokrates alternative Vorstellungen ärztlichen Wirkens diskutiert wurden, zeigen die platonischen Dialoge. So argumentiert Platon (428/7–347) für eine Aussetzung von Neugeborenen, wenn diese missgebildet sind oder wenn dies als Mittel der Bevölkerungsplanung notwendig ist.¹⁹ Im Hinblick auf die Behandlungsbeziehung beschreibt er sowohl den paternalistischen Arzt der Sklaven, meist selbst ein Sklave, im rücksichtslosen Umgang mit diesen als auch den Arzt der Freien, der wie heutige Ärzte eine Anamnese (griechisch: *anamnesis* = Erinnerung) erhebt, also die Vorgeschichte des Patienten, was Krankheiten betrifft, abklärt, und sich um die Einwilligung bemüht:

»Der freie Arzt [...] erkundigt sich über Ursprung und Natur der [Krankheiten], indem er sich mit dem Kranken selbst und dessen Umgebung näher einlässt, und so lernt er zugleich selbst von dem Leidenden und belehrt sie so gut er es vermag. Auch verordnet er ihm nicht eher Arzneimittel, bevor er ihn einigermaßen überredet hat, dieselben zu nehmen, und so erst, nachdem er ihn mit allen Mitteln der Überredung willig gemacht hat, versucht er unter seiner beständigen Leitung ihn zur Gesundheit zu führen und vollständig wiederherzustellen.«²⁰

Als Ergebnis lässt sich festhalten: Das Grundanliegen des Hippokratischen Eids besteht darin,

1. das eigene Wohlergehen abzusichern (Berücksichtigung des Eigeninteresses) und
2. das Wohl der Patienten schulmedizinisch zu sichern (schulmedizinisches Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip).

Die große Stärke dieses Ethos, das mit grundlegenden ärztlichen Tugenden verbunden ist, liegt also im Ernstnehmen der eigenen Person und im Ernstnehmen der ärztlichen Kunst. Diesem Ernstnehmen der eigenen Person haben weder das Genfer Gelöbnis noch der Internationale Kodex der Pflegenden Rechnung getragen. Wenn heute Beschäftigte im Gesundheitswesen streiken, können sie sich zwar nicht auf diese neuen Kodizes berufen, aber sie können auf den Hippokratischen Eid verweisen. Dieser Eid rechtfertigt das Eintreten für berechnete eigene Interessen und überfordert nicht mit einem aus-

¹⁹ Vgl. *Politeia* 461b-c.

²⁰ *Nomoi* 720b-d.

schließlich Altruismus (lateinisch: alter = der/die andere), verlangt also gerade nicht, nur für die anderen da zu sein.

Die wichtigste Bedeutung des Eids liegt darin, die medizinische Kunst nach ärztlicher Expertise im Blick auf den zu behandelnden Patienten zu betonen (»salus«). Auch wenn zur Zeit des Hippokrates diese Form der Medizin vor allem Erfahrungswissen darstellte und noch nicht mit der heutigen evidenzbasierten Medizin gleichgesetzt werden kann, so ist die Richtung hin zu einer solchen Medizin durch den Eid klar gewiesen. Es geht um eine vernunftbasierte ärztliche »Kunst«, nicht um alternative Medizin, die sich in ihrer Wirkung nicht überprüfen lassen. Eine homöopathische Therapie, deren Wirkung höchstens der Wirkung eines Placebos entspricht, kann sich nicht auf Hippokrates berufen. Gerade in einer Zeit sogenannter alternativer Fakten kann nicht oft genug in Erinnerung gerufen werden, dass es klare Maßstäbe für eine ernstzunehmende Wissenschaft wie die Medizin gibt. Ein klassisches berühmtes Beispiel für ein wissenschaftliches Vorgehen war die Weise, wie der Schiffsarzt James Lind der HMS Salisbury 1747 das Problem löste, warum so viele Matrosen und Soldaten auf Kriegsschiffen wie dem seinen regelmäßig auf langen Seefahrten an Skorbut erkrankten. Bei dieser Krankheit fallen den Betroffenen die Zähne aus, sie sind anfällig für Krankheiten und entwickeln teils hohes Fieber. Lind teilte zwölf Matrosen in sechs Gruppen à zwei Personen ein und behandelte jede Gruppe unterschiedlich. Es stellte sich heraus, dass nur die Gruppe, die Zitrusfrüchte bekam, gesund blieb. Bis heute ist die vergleichende Untersuchung eine wesentliche Methode bei der Entwicklung neuer Therapien. Ist eine neue Therapie nicht wirkungsvoller als die Standardtherapie, so wird sie verworfen.²¹

Der Hippokratische Eid hat trotz dieser bis heute gültigen Vorgaben jedoch auch Defizite. Der Eid thematisiert weder die Patienten-selbstbestimmung noch Gerechtigkeitsfragen. Letztere sind kein Thema, weil der hippokratische Arzt privat liquidiert, also sein Patient, der ja zahlt, an erster Stelle steht. Die Ressourcenfrage und grundlegende Gerechtigkeitsüberlegungen sind für ihn darum belanglos. Herausforderungen, wie sie sich in Pandemien ergeben, wo

²¹ Bis heute gibt es eine Diskussion, was als evidenzbasiert gelten kann und wie leicht Ergebnisse falsch oder missverständlich interpretiert werden können. Vgl. dazu Gigerenzer (2013).

das Wohl des einen Patienten mit dem Wohl anderer Patienten in Konflikt gerät, bleiben konsequenterweise unerwähnt.

Dass die Patientenselbstbestimmung keine Rolle spielt, hat weitreichende Folgen, beispielsweise bei der Frage der Wahrheit am Krankenbett. So formuliert Henderson im Jahr 1935 im *New England Journal of Medicine*: »Man kann Schaden dadurch anrichten, dass man die Wahrheit sagt. Man kann Schaden dadurch anrichten, dass man lügt.«²² Als Grund benennt er den hippokratischen Grundsatz des Patientennutzens nach ärztlicher Maßgabe: »Man sollte versuchen zu jeder Zeit so zu agieren, dass man die Empfindungen des Patienten zu dessen eigenem Vorteil verändert.« Die Pointe dieser Überlegungen besteht darin, dass Henderson zu lügen rät, um dem Patienten nicht zu schaden, und zwar auch dann, wenn der Patient ausdrücklich nach der Wahrheit fragt. Dies ist klassischer Paternalismus (lateinisch: pater = Vater) in guter hippokratischer Tradition. Der Arzt weiß am besten, was gut für seinen Patienten ist, wie ein Vater am besten weiß, was gut für das eigene Kind ist.

Wie wirkmächtig dieses Ethos trotz der genannten Grenzen geblieben ist, lässt sich leicht daran ersehen, wie heutige Ausbildungscurricula angehender Ärztinnen und Ärzte gestaltet sind. Fragen eines gerechten Gesundheitswesens spielen eine untergeordnete Rolle und auch die Patientenselbstbestimmung könnte noch mehr im Fokus stehen. Absolut vorrangig ist die Ausbildung in der evidenzbasierten Medizin und der Fokus auf Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip.

1.4.2 Religiöse, naturrechtlich inspirierte Medizinethiken: *lex divina et lex naturalis*

Der Hippokratische Eid hat aber nicht nur in dieser Weise eine sehr große Wirkungsgeschichte. In Verbindung mit den monotheistischen religiösen Ethiken jüdischer, christlicher und muslimischer Ärzte hat das hippokratische Ethos in seiner Einzelbestimmung: »Ich werde keinesfalls jemandem auf Verlangen hin ein tödliches Mittel geben, auch nicht einen entsprechenden Rat erteilen«, das heute geltende Berufsethos in vielen Staaten beeinflusst. In vom Christentum geprägten Ländern hat zudem die Bestimmung: »In gleicher Weise werde ich auch nicht einer Frau ein fruchtzerstörendes Zäpfchen geben«,

²² Henderson (1935), 823. Dort auch das folgende Zitat.

großes Gewicht gehabt bzw. hat dieses bis heute. Noch im Jahr 2020 verweigerte ein brasilianisches Krankenhaus einem zehnjährigen, schwangeren Mädchen, das von seinem Onkel vergewaltigt worden war, eine Abtreibung. Es musste 900 km reisen, um diese vornehmen lassen zu können.²³ Auch in Deutschland dürfen Ärztinnen und Ärzte mit Berufung auf ihr Gewissen eine Abtreibung verweigern, selbst wenn die Frau vergewaltigt wurde.

Judentum, Christentum und Islam verbinden vier wesentliche Überzeugungen.

1. Diese drei monotheistischen Weltreligionen gehen davon aus, dass menschliches Leben Gott gehört und darum jede Selbsttötung (und jede Beihilfe hierzu) sowie jede Form aktiver Sterbehilfe unzulässig ist.
2. Sie gehen davon aus, dass es sich schon vorgeburtlich ab einem bestimmten Zeitpunkt um menschliches Leben handelt.
3. Sie gehen davon aus, dass Gott wesentliche moralische Regeln geoffenbart hat (lateinisch: *lex divina* = göttliches Gesetz).
4. Sie gehen davon aus, dass die von Gott geoffenbarten Regeln gut mit dem in Einklang zu bringen sind, was von der menschlichen Natur her als vernunftmäßig anzuerkennen ist. Insbesondere die katholische Tradition hat diese naturrechtliche Dimension der Ethik starkgemacht (lateinisch: *lex naturalis* = Naturgesetz).²⁴

Medizinethiken in dieser Tradition sind deontologisch. Sie gehen davon aus, dass es Handlungen gibt, die in sich schlecht sind. Dies sind Handlungen, die gegen göttliche Gebote verstoßen oder das natürliche Sittengesetz verletzen. Intrinsisch schlecht heißen diese Hand-

²³ Vgl. <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-08/brasilien-zehnjahriges-maedchen-schwangerschaftsabbruch-religioeser-extremismus>, zuletzt eingesehen: 28.09.2020.

²⁴ Die kirchliche Lehre besagt, »dass das natürliche Sittengesetz Gott als seinen Urheber hat und dass der Mensch durch seine Vernunft an dem ewigen Gesetz teilhat, dessen Festlegung nicht ihm zusteht« (VS, Nr. 36). Allerdings wird dennoch nicht bestritten, dass dieses göttliche Gesetz »zugleich das dem Menschen eigene Gesetz [ist]. Das Naturgesetz ist nämlich, wie wir gesehen haben, »nichts anderes als das von Gott uns eingegebene Licht des Verstandes. Dank seiner wissen wir, was man tun und was man meiden soll. Dieses Licht und dieses Gesetz hat uns Gott bei der Erschaffung geschenkt«. Die richtige Autonomie der praktischen Vernunft bedeutet, dass der Mensch ein ihm eigenes vom Schöpfer geschaffenes Gesetz als Eigenbesitz in sich trägt« (VS, Nr. 40, vgl. Nr. 72).

lungen, weil sie als solche verwerflich sind, selbst wenn das beabsichtigte Ziel gut ist. Die Folgen rechtfertigen also nicht die Mittel. Wer beispielsweise auf Bitten eines Patienten in der Endphase seiner ALS-Erkrankung aktive Sterbehilfe leistet, handelt intrinsisch schlecht, weil dieses Töten gegen Gottes Gebot verstößt. Nur Gott ist Herr über Leben und Tod.

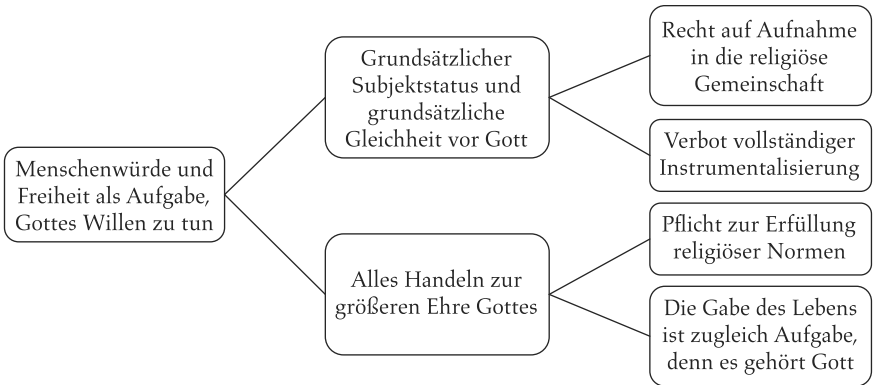


Abbildung 5: Würdekonzeption in den monotheistischen Weltreligionen (vereinfacht)

Derartige Ethiken vertreten drei wesentliche Prinzipien. Das erste Prinzip ist das *Personalitätsprinzip*, das heute auch vielfach als Menschenwürdeprinzip (in religiöser Deutung) bezeichnet wird: Der Mensch ist Person, weil Gott ihn als sein Abbild geschaffen und mit ihm einen Bund geschlossen hat. Dieser Bund wird im Judentum und Islam sinnbildlich durch die Beschneidung, im Christentum durch die Taufe geschlossen. Aus dem Bund mit Gott ergibt sich einerseits die Gabe der Würde des Menschen, andererseits die Aufgabe, sich gemäß der Würde zu verhalten, und das heißt, Gottes Geboten zu folgen. Vielleicht am prägnantesten findet sich diese Überzeugung in der Aussage Papst Gregors (540–604) zusammengefasst:

»Christ, erkenne deine Würde. Du bist der göttlichen Natur teilhaftig geworden, kehre nicht zu der alten Erbärmlichkeit zurück und lebe nicht unter deiner Würde. Denk an das Haupt und den Leib, dem du als Glied angehörst!«²⁵

²⁵ Gregor der Große: Sermo 21, 3: CCL 138,88 (PL 54, 192f.), zitiert nach: KKK, Nr. 1691.

Diese Pflichtdimension zeigt sich beispielsweise darin, dass das eigene Leben als Gabe Gottes zugleich Aufgabe ist, denn es gehört Gott.

Anders als Hippokrates haben religiöse Ethiken die Gerechtigkeitsfrage mitbedacht. So vertreten sie ein *Solidaritätsprinzip*²⁶ (lateinisch: *solidum* = fest zusammenstehend), wonach die Gemeinschaft für den Einzelnen sorgt bzw. ihn unterstützt, wenn er sich nicht selbst helfen kann. Kann er dies freilich, dann gilt das *Subsidiaritätsprinzip* (lateinisch: *subsidium* = Hilfe): Hilfe soll nur dann gegeben werden, wenn man sich selbst nicht mehr zu helfen weiß.

Wie der Hippokratische Eid vertreten religiöse Ethiken in ihrer klassischen Form einen starken Paternalismus. Der Rabbi, Priester/Papst bzw. der Imam wissen am besten, was die zentralen medizinethischen Normen sind. Im Dokumentarfilm »Jenin«, bei dem der israelisch-palästinensische Konflikt im Hintergrund steht, fragt beispielsweise der Vater eines hirntoten Kindes den Imam, ob er die Organe des Kindes für die Transplantation freigeben darf, was dieser erlaubt.

Die Implementationsstrategie, also die Durchsetzung der jeweiligen Normen, funktioniert hierbei über Sanktionen durch die eigene Glaubensgemeinschaft, die den Einzelnen bei Nichtbefolgen der Normen im schlimmsten Fall unter Androhung ewiger Strafen im Jenseits exkommuniziert oder sogar – ganz irdisch – zum Tod verurteilt, eine Strafe, die es in manchen islamisch geprägten Staaten heute noch gibt.

Während die jüdisch, christlich oder islamisch geprägten Medizinethiken in den Grundzügen eine große Nähe zueinander zeigen, gibt es doch zumindest zwischen katholisch-christlicher auf der einen Seite und jüdisch und muslimischer Medizinethik auf der anderen Seite einen großen Unterschied, nämlich in der Bewertung des ungeborenen menschlichen Lebens. Während hier die naturrechtlich geprägte christliche Ethik strikt jede Form von Abtreibung, aber auch eine verbrauchende Embryonenforschung oder eine Präimplantationsdiagnostik ablehnt, ist das Judentum und auch der Islam hier anderer Überzeugung, weil weder im Judentum noch im Islam der menschliche Embryo vor dem 40. Tag als Mensch im vollen mora-

²⁶ Der Ursprung des Solidaritätsgedankens stammt aus dem römischen Recht, freilich in einem ganz spezifischen Sinn: Solidarität bedeutete als *obligatio in solidum* (lateinisch für Verpflichtung im Festen) die gemeinschaftliche Haftung, z. B. einer Familie.

lischen Sinn gilt. Die Seinsfrage wird also unterschiedlich beantwortet, worauf bei den Konfliktfällen am Lebensanfang ausführlicher einzugehen sein wird.

Die große Stärke dieser religiösen, teils naturrechtlich geprägten Medizinethiken besteht darin, eine Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben mit einer Hochschätzung medizinischen Wirkens zu verbinden. Im Christentum ist Jesus von Nazareth als Gründer dieser Religion schon von seinem Namen Jesus her, der, wörtlich übersetzt, der Herr ist Heil, Heiland bedeutet, aber auch durch seine Krankenheilung das eigentliche ärztliche Vorbild. Im Judentum und Islam haben große Vertreter ärztlicher Zunft wie Maimonides (1138–1204) auf jüdischer, Ibn Sina/Avicenna (980–1037) und Ibn Rushd/Averroes (1126–1198) auf muslimischer Seite eine Synthese griechisch-römischer Heilkunst mit ihrer jeweiligen ärztlichen Expertise geschaffen und auch das medizinethische Denken dieser Traditionen bis heute wesentlich geprägt.

Religiöse und naturrechtliche Medizinethiken haben jedoch auch ihre Angriffspunkte. Sie widersprechen sich aufgrund der Rückbindung an die je eigene Offenbarung und die je eigene Interpretation dessen, was von der Natur des Menschen aus als vernunftmäßig zu gelten hat. So rechtfertigen jüdische und muslimische Rechtsschulen und Autoritäten aufgrund ihrer Offenbarungen eine verbrauchende Embryonenforschung und die Präimplantationsdiagnostik. Während in den Kirchen der Reformation dazu heftige Debatten »toben«, lehnen orthodoxe Autoritäten und das römisch-katholische Lehramt diese Forschung und Diagnostik ab.

Naturrechtliche Normen sind umstritten. Ein gutes Beispiel ist das Ringen um die künstliche Befruchtung, die im Judentum, Islam und den meisten orthodoxen und protestantischen Kirchen unter Eheleuten als legitim und vernunftmäßig verteidigt werden kann, wenn die Samenzelle vom Ehemann kommt. Nach der naturrechtlichen Deutung der römisch-katholischen Kirche gilt die Trennung von Zeugungs- und Liebesakt dagegen als widernatürlich.

Insgesamt lässt sich sagen: Ärztinnen und Ärzte werden in diesen Religionen in großer Nähe zum hippokratischen Ideal als Beschützer des Lebens und als Heilende verstanden. Sie setzen sich für das Wohl, die *salus* ihrer Patienten ein. In seiner Fürsorge und seinem Anliegen nach bester ärztlicher Kunst zu heilen und so gerade nicht zu schaden, hat dieses Verständnis der ärztlichen Aufgabe eine eindeutige Stoßrichtung. Es schließt alle Handlungen aus, die menschliches Leben

beenden würden, selbst dann, wenn Patienten darum bäten. Insofern teilen religiöse und naturrechtliche Medizinethiken grundsätzlich den harten Paternalismus des hippokratischen Ethos. Auch berücksichtigen diese Ansätze in der Praxis kaum grundlegende ordnungsethische Überlegungen. Der Grund hierfür besteht darin, dass methodisch nicht von einer eigeninteressierten ärztlichen oder pflegerischen Person ausgegangen wird, sondern hippokratische bzw. gläubige, patientenzentrierte Ärztinnen, Ärzte oder Pflegekräfte vorausgesetzt werden. Darum argumentieren diese Ethiken üblicherweise auf der Handlungsebene. Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften ist es natürlich verboten, geltende Regeln zu brechen, selbst wenn dies ihren Patienten Nutzen bringt, aber dieses Verbot wird »appellativ« ausgesprochen. Es wird kaum daran gearbeitet, wie Strukturen aussehen könnten, um Versuchungssituationen zu vermeiden und die Betroffenen in ihrer Verantwortung zu entlasten. Stattdessen liegt die Last des Sollens beim Einzelnen.

1.4.3 Utilitaristische Medizinethik: *utilitas*

Utilitaristische Medizinethiken grenzen sich von religiösen und naturrechtlichen Autoritäten ab. Sie nehmen ein einfaches Kriterium für das, was *gut* ist, als Ausgangspunkt: Menschen möchten Schmerz vermeiden und lustvolle Erlebnisse maximieren. Zentral hierbei ist bei allen Unterschieden im Detail der unterschiedlichen Spielarten des Utilitarismus das Grundprinzip: Maximiere den Nutzen der größtmöglichen Zahl. Im Bereich der Medizin lautet damit das Grundanliegen, die Gesamtnutzensumme empfindungsfähiger Lebewesen (Ärzeschaft, Pflegekräfte, Patienten, andere) zu maximieren. Dabei wird in der Variante des Aktutilitarismus die Nutzenmaximierung als Maximierung des Nutzens durch die in der jeweiligen Handlung angestrebten (absehbaren bzw. berechenbaren) Folgen angestrebt, im Regelutilitarismus durch die insgesamt für Handlungsfolgen nützlichsten Regeln. Im Einzelfall kann also bei dieser Variante eine weniger nützliche Handlung erfolgen, um die Regel nicht zu verletzen, die auf lange Sicht garantiert, dass die Gesamtfolgen am besten sind.

Die Implementationsstrategie geschieht über die (fiktive) Perspektive eines »allwissenden« Beobachters, sodass die zu nutzenden Handlungsfolgen maximiert und die schadenden Handlungsfolgen

minimiert werden. In der Realität rechnet man beispielsweise mithilfe von QALYs (Quality Adjusted Life Years). Es geht darum, die durch eine Therapie mehr gewonnene Lebenszeit nicht rein quantitativ zu werten. Es wird also nicht nur die Zeit berücksichtigt, die der Patient länger lebt, sondern auch die in dieser Zeit gewonnene Lebensqualität. Wenn gegenüber einem normalen Leben die gewonnene Lebenszeit in ihrer Qualität nur halb so viel wert ist, bedeuten zwei quantitativ gewonnene Lebensjahre faktisch nur den Gewinn eines QALYs. Ein Beispiel verdeutlicht dieses Nutzenprinzip. Angenommen die Chefärztin der Intensivmedizin hat zu entscheiden, ob sie Patient A oder Patient B, die beide an Covid-19 erkrankt sind, an die letzte verfügbare Atemmaschine anschließt. Der nicht beatmete Patient wird sterben. Patient A hat mehrere Vorerkrankungen und ist 70 Jahre alt. Seine quantitative Lebenserwartung liegt bei zusätzlichen 10 Jahren. Unter Berücksichtigung der Lebensqualität zählt jedes quantitative Lebensjahr nur mit dem Faktor 0,6, sodass er 6 QALYs gewinnen würde. Patient B ist 75 Jahre und hat keine Vorerkrankungen, aber aufgrund seines sonst guten Gesundheitszustands eine Lebenserwartung von 15 Jahren, davon 10 sehr guten mit dem Faktor 1 und fünf weiteren mit dem Faktor 0,6. Daraus ergeben sich für ihn 13 QALYs. Wäre die Chefärztin Utilitaristin und wären nur die QALYs der Maßstab für den Nutzen, würde sie Patient B an die Beatmungsmaschine anschließen, obwohl er fünf Jahre älter als Patient A ist.

Eine Schwierigkeit besteht in der Praxis jedoch z. B. darin, klare Regeln zu finden, wie QALYs berechnet werden können, und ob diese Berechnungsregeln, die allgemein aufgestellt werden, dem jeweiligen Einzelfall gerecht werden.

Dabei ist im Blick auf das Grundprinzip des Utilitarismus ein großes Missverständnis zu vermeiden. Vielfach wird der Utilitarismus nämlich mit Egoismus oder Kollektivegoismus verwechselt. Der Egoist maximiert jedoch nicht den Nutzen der größtmöglichen Zahl, sondern nur seinen eigenen Nutzen. Aber nicht nur Einzelne können sich egoistisch verhalten, sondern auch »Kollektive«. Wenn beispielsweise ein Krankenhaus seinen Nutzen durch das Splitten einer Behandlung maximiert, um zwei DRGs (Diagnosis Related Groups)²⁷ abrechnen zu können, verhält es sich zwar rational, aber eben eigeninteressiert: Der eigene Nutzen wird maximiert, ohne dabei gesell-

²⁷ Vgl. dazu ausführlich den Abschnitt 8.4.2.3.

schaftliche Schäden zu berücksichtigen. Wenn in der Coronakrise ein Staat einen anderen Staat beim Kauf von Atemschutzmasken überbietet, verhält sich dieser Staat eigeninteressiert, also kollektivegoistisch, aber eben gerade nicht utilitaristisch. Der Utilitarismus ist nämlich *universalistisch* und berücksichtigt in seiner medizinethischen Variante alle Menschen (in der Forschung sogar alle Lebewesen), die Schmerzen und Lust empfinden können, bzw. in der »Spielart« des Präferenzutilitarismus alle Lebewesen, die Präferenzen ausbilden können.

Stärken des Utilitarismus sind sein rationaler Ausgangspunkt und seine rationale Methode. Er setzt keine religiösen Offenbarungen und umstrittenen naturrechtlichen Überlegungen voraus. Er ist nicht an ein bestimmtes Verständnis der ärztlichen Aufgabe gebunden, sondern geht von dem Faktum aus, dass Menschen nicht leiden wollen, sondern ein möglichst erfülltes Leben genießen möchten – was auch immer der Einzelne darunter versteht. Auch sind ihre Auswahlkriterien transparent und »berechenbar«. Utilitaristen diskriminieren aufgrund ihres universalistischen Ausgangspunkts nicht nach Volkzugehörigkeiten oder sonstigen Kriterien.

Allerdings sind utilitaristische Medizinethiken höchst umstritten. So wird die Überzeugung, es ließe sich der größtmögliche Nutzen, den eine Handlung oder eine Regel bewirkt, objektiv feststellen, vielfach nicht geteilt. Auch verlangt der Utilitarismus vom Einzelnen sehr viel, die meisten würden wohl sagen: »zu viel«. Muss der Einzelne doch jede seiner Handlungen oder jede seiner Regeln, nach denen er sich richtet, danach bemessen, ob sie den größtmöglichen Nutzen bewirken. Dies dürfte eine klare Überforderung darstellen, die freilich in der utilitaristischen Medizinethik über in gewisser Weise objektivierbare Kriterien (z. B. QALYs) abgedeckt werden. Allerdings werden in diesem Fall die QALYs nach bestimmten Regeln, statistischen Annahmen und anhand verschiedener Parameter für Erkrankungsbilder berechnet und gerade nicht mehr mit Rücksicht auf die subjektive Bewertung durch die einzelnen Patienten, worin eine weitere Schwäche des medizinethischen Utilitarismus besteht.

Zudem zeigen utilitaristische Medizinethiken wenig Verständnis für die ordnungsethische Problematik eigeninteressierter Akteure, weil derartige Akteure im Utilitarismus nicht vorgesehen sind. Die behandelnde Person hat sich immer zu fragen, ob er durch diese konkret angezielte Behandlung den größtmöglichen Nutzen realisiert. Doch genau damit haben beispielsweise manche Ärztinnen und Ärzte

im Organspendeverteilungsskandal, der 2012 bekannt wurde, ihr Handeln begründet. Sie hatten subjektiv die Überzeugung, durch ihre Manipulationen von Patientendaten den Nutzen zu vermehren; denn so bekamen ihre Patienten mit der besseren Prognose ein Organ und nicht die auf der Warteliste obenstehende Person, der eigentlich das Spendeorgan zustand. Auf diese Weise wurde, so die Annahme, der Gesamtnutzen gesteigert. Doch damit zeigt sich eine wesentliche Schwäche einer utilitaristischen Medizinethik auf der Handlungsebene. Gerechtigkeitsüberlegungen spielen, wenn überhaupt, nur eine abgeleitete Rolle. Zudem enthält der Ansatz eine beständige Überforderung von Ärzteschaft, Pflegekräften, aber auch eine Behandlung nachfragender Patienten, da sie immer neu abschätzen müssen, ob die jeweilige Behandlung wirklich das größtmögliche Wohl der größtmöglichen Zahl von Kranken realisiert.

Der Haupteinwand gegen den medizinethischen Utilitarismus lautet jedoch: Der Utilitarismus gibt, konsequent zu Ende gedacht, grundlegende Überzeugungen praktisch aller Rechtsgemeinschaften auf, denn er fordert in bestimmten Situationen sogar die Tötung eines Menschen. Stellen wir uns folgendes Szenarium vor: In einem Krankenhaus liegt ein multimorbider 80-jähriger Patient in der Intensivabteilung. Er ist der Patient mit der schlechtesten Prognose. Er wird an den Maschinen möglicherweise noch einen Monat leben können, aber hat keinerlei Hoffnung auf Heilung. In der Covid-19-Krise könnte man an seiner Stelle in diesem Monat fünf Patienten behandeln, die eine 80-prozentige Chance haben, von der Krankheit geheilt zu werden. Utilitaristisch wäre es nicht nur zulässig, sondern sogar ethisch geboten, den 80-Jährigen nicht weiter intensivmedizinisch zu behandeln und so seinen Tod in Kauf zu nehmen, um den Platz für die Patienten mit weitaus besserer Prognose freizugeben. Damit jedoch widerspricht diese Theorie der Grundüberzeugung des Rechts, wonach niemandem gegen seinen Willen eine lebenserhaltende Maßnahme *entzogen* werden darf. Anders formuliert: Eine utilitaristische Medizinethik klassischen Typs gibt Prinzipien wie Menschenwürde sowie die fundamentalen Menschenrechte auf Leben und auf Selbstbestimmung zugunsten des größtmöglichen Nutzens auf.²⁸ Darauf

²⁸ Bezeichnend die Aussage eines der renommiertesten Vertreter in der Einführung zu seiner utilitaristischen Medizinethik, nämlich von John Harris (1995, 18): »Es wird bald deutlich werden, dass ich nicht an die Existenz ›absoluter‹ oder ›natürlicher‹ Rechte glaube.«

wird im Zusammenhang mit der Behandlung von Entscheidungsszenarien am Ende des ersten Kapitels noch ausführlicher einzugehen sein.

Letztgenannter Kritikpunkt an der utilitaristischen Medizinethik ist ein wesentlicher Grund, warum weltweit ein anderer medizinethischer Ansatz große Akzeptanz gefunden hat: die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress.

1.4.4 Die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress: *voluntas*

Im Unterschied zu utilitaristischen Medizinethiken, die von dem Letztprinzip der Nutzenmaximierung ausgehen, vertreten Beauchamp und Childress²⁹ eine Medizinethik mit vier Prinzipien mittlerer Reichweite. Diese Prinzipien sind dabei Prinzipien *mittlerer* Reichweite, weil sie gegenseitig in einem Gleichgewicht zu halten sind. Sie müssen sozusagen miteinander ausbalanciert werden. Keines dieser Prinzipien gilt in diesem Sinn absolut, sondern wird durch die anderen Prinzipien »eingehegt«.

1. Respekt vor der Autonomie (lateinisch: *voluntas*) des Patienten (informed consent statt Paternalismus),
2. Nichtschadensprinzip,
3. Fürsorgeprinzip,
4. Gerechtigkeitsprinzip.

Das erste Prinzip betont die subjektive Patientenselbstbestimmung, den Patientenwillen, also nicht eine intersubjektive moralische Gesetzgebungsfähigkeit. Hier verwenden Beauchamp und Childress eigentlich einen falschen Begriff, denn Autonomie bedeutet wörtlich Selbstgesetzgebung, also die Fähigkeit eines Menschen, aufgrund seiner Vernunft intersubjektiv gültige Regeln zu finden, also Regeln, die für alle vernünftigen Lebewesen in gleicher Weise gelten müssten.³⁰ Da sich aber der Begriff der Patientenautonomie, wie sie ihn gebrauchen, weitgehend durchgesetzt hat, soll er im Rahmen medizinethi-

²⁹ Vgl. Beauchamp/Childress (2019).

³⁰ Der Begriff »Autonomie« kommt aus dem Griechischen: *autos* = selbst; *nomos* = Gesetz, und bedeutet wörtlich Selbstgesetzgebung.

scher Überlegungen in ihrem Sinn synonym mit Patientenselbstbestimmung gebraucht werden.

Mit der Betonung dieser subjektiven Selbstbestimmung korrigieren Beauchamp und Childress den hippokratischen und religiösen Paternalismus. Das Wohl der Patienten wird weder ausschließlich nach dem »Vermögen und Urteil« der Ärztinnen und Ärzte noch nach dem beurteilt, was gemäß der von Gott geschaffenen Natur als vernünftig angenommen wird, sondern ist ganz wesentlich durch den Patientenwillen bestimmt. Es ist diese entscheidende Neuerung, mit der Beauchamp und Childress den Geist ihrer Zeit aufnehmen und für die Medizin allgemein zum Bewusstsein bringen, was in der medizinischen Forschung seit dem Nürnberger Kodex und der Deklaration von Helsinki bereits für Probandinnen und Probanden selbstverständlich war. Patienten müssen selbstbestimmt, und das heißt gut informiert, einer Behandlung zustimmen. Dafür steht der Fachbegriff des »informed consent«, der informierten Zustimmung. Sie sollen im Sinne eines »shared-decision-making« (wörtlich: geteiltes Entscheidungs-Treffen), so der aus dem Englisch kommende Fachbegriff, in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Die Grenzen der eigenen Autonomie werden durch die anderen Prinzipien bestimmt. Das Gerechtigkeitsprinzip begrenzt die eigene Autonomie aufgrund der Autonomie der anderen. Wenn drei Patienten das letzte Intensivbett haben möchten, dann entscheidet in dieser Entscheidungssituation nicht mehr das Autonomieprinzip, sondern es ist ein Abwägen nach Gerechtigkeits-, Nichtschadens- und Fürsorgeprinzipien. Aber selbst in einer Situation, in der keine Knappheit herrscht, endet die Selbstbestimmung dort, wo das Nichtschadens- oder das Fürsorgeprinzip verletzt werden. Wenn ein Patient möchte, dass man sein Bein amputiert, weil es ihn stört, gibt es gute Gründe, seine Autonomie dem Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip unterzuordnen, also statt einer Amputation eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen.

Hatten Beauchamp und Childress in der ersten Auflage die Patientenautonomie in gewisser Weise noch vorrangig zu den weiteren Prinzipien behandelt, so ist dies von Auflage zu Auflage der Überzeugung gewichen, dass es zwischen diesen Prinzipien zu einem klugen Überlegungsgleichgewicht, zu einem Ausbalancierungsprozess kommen muss. Dennoch bleibt das Selbstbestimmungsprinzip von zentraler Bedeutung, weil es die Perspektive fundamental verändert hat. Nicht mehr die evidenzbasierte medizinische Kunstfertigkeit des

Arztes bzw. der Ärztin steht im Fokus, sondern die Blickrichtung hat sich auf die subjektive Einschätzung der Patienten gewendet. Auch wenn diese Perspektivenänderung als neu empfunden wurde, so hatte schon das deutsche Reichsgericht Ende des 19. Jahrhunderts die Bedeutung des Patientenwillen hervorgehoben. Es stellte 1894 fest, dass jeder ärztliche Heileingriff einschließlich der Arzneimittelgabe oder einer diagnostischen Untersuchung den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt, es sei denn, dieser Eingriff ist medizinisch indiziert *und* durch eine wirksame Einwilligung des Patienten gerechtfertigt.³¹ Doch Beauchamp und Childress' Wiederentdeckung dieses Prinzips trifft den Geist der Zeit und führt zur Relativierung der ärztlichen Autorität, die volkstümlich unter dem Begriff »Götter in Weiß« firmierte.

Mit dem Vier-Prinzipien-Ansatz verbinden sie die Überzeugung, dass weder ein Top-down-Modell der Medizinethik, das aus Prinzipien Handlungsanweisungen für konkrete Herausforderungen deduziert, noch ein Bottom-up Modell, das aus den spezifischen Situationen heraus erst die Regeln zu entdecken versucht, angemessen ist.

Ein eher triviales Beispiel aus der Medizin mag dies verdeutlichen. Das hier gewählte Prinzip hat noch nichts mit ethischen Prinzipien zu tun, sondern ist vielmehr ein medizinisches Handlungsprinzip, nämlich das Prinzip, sich vor einer Operation nach gewissen Reglements zu desinfizieren. Wenn Ärztinnen und Ärzte erstmals dieses Prinzip lernen, so lernen sie nicht, wie viel Desinfektionsmittel ganz exakt nötig ist; dies müssen sie selbst entscheiden. Sie lernen also ein Prinzip, aber wie genau diesem Prinzip Rechnung getragen wird, das bleibt immer noch ihre Entscheidung. Umgekehrt beeinflusst ihre Entscheidung in gewisser Weise das Reglement. Wenn relativ viele Ärztinnen und Ärzte sich in einer bestimmten Weise desinfizieren, so bilden sich von daher Standards, in die »Neulinge« hineinwachsen. Die dynamische Relation zwischen dem Prinzip der Desinfektion und der Entscheidung der Ärztinnen und Ärzte, wie sie dieses Prinzip in concreto anwenden, wäre noch nicht zureichend beschrieben, ohne dass die konkrete Situation deutlicher nuanciert ist. Man stelle sich vor, dass eine Ärztin zu einer Notoperation gerufen wird, bei der keine Zeit zu verlieren ist. In diesem Fall wird sie das Prinzip der Desinfektion in situativ angemessener Weise interpretieren. Sie wird also nur rasch Desinfektionsmittel gebrauchen und das

³¹ Vgl. RGSt. 25, 375.

übliche Ritual drastisch verkürzen. Ist kein Mittel zur Hand und die Beschaffung zeitlich nicht möglich, wird sie zumindest ihre Hände auf die dann bestmögliche Weise säubern, aber sie wird sich nicht erst ein Desinfektionsmittel besorgen, da grundlegendere Prinzipien, z. B. das Prinzip, menschliches Leben zu retten, gerade durch die versuchte buchstabengetreue Befolgung dieses Prinzips verletzt würden, dem es eigentlich dienen sollte. Was die Ärztin bezüglich dieses Prinzips lernt, ist also einerseits ein »Wie« der Handhabung, andererseits in spezifischen Situationen der Abwägung sogar das »Ob«.

Prinzipien und Regeln existieren also nicht in einem geschichtsleeren Raum, sondern sind immer in eine Tradition eingebunden und aus konkreten Entstehungskontexten erwachsen, die sich teilweise über sehr lange Zeiträume bewährt haben. Sie müssen in der konkreten Situation angemessen ausgelegt und gegen andere Prinzipien abgewogen werden. Umgekehrt können sich diese Prinzipien und Regeln durch ihre konkrete Anwendung mit der Zeit wandeln. Sogar das gesamte moralische »Gebäude« kann entscheidende Veränderungen erfahren.³²

Die Stärke des Vier-Prinzipien-Ansatzes besteht darüber hinaus in seiner Anschlussfähigkeit an die Werte liberaler Demokratien und allgemein akzeptierter moralischer Normen. Es werden weder religiöse noch weltanschauliche Überzeugungen vorausgesetzt, ohne die ethische Tradition aufzugeben. In diesem Sinn ist der Ansatz sehr praktikabel.³³ Er verbindet Einsichten des hippokratischen Ethos (Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip) und verhindert dessen paternalistische Engführung durch die Betonung des Selbstbestimmungsrechts. Auch korrigieren Beauchamp und Childress das hippokratische Ethos darüber hinaus, indem sie die Gerechtigkeitsfrage thematisieren.

³² Vgl. Beauchamp (2005), 11 mit Blick auf alle anwendungsorientierten Ethiken.

³³ Rhodes (2020, 9 ff.) hält vor diesem Hintergrund die Prinzipienethik von Gert et al. (2006) und Jonsen et al. für Weiterführungen des Ansatzes von Beauchamp und Childress, die sie mit dem Begriff »common morality«, angewendet auf die ethische Konfliktfälle in der Medizin, charakterisiert. Dem ist zuzustimmen, weswegen diese Ansätze in der Darstellung auch nicht eigens berücksichtigt sind. Dagegen kann Rhodes' Kritik an den Prinzipienansätzen, sie würden die klinische Praxis nicht hinreichend berücksichtigen, nicht überzeugen. Sowohl Gert et al., Jonsen et al. sowie Beauchamp/Childress deduzieren gerade nicht aus allgemeinen Prinzipien der common morality, verwenden gerade nicht einen Top-down-Ansatz. Sie sind vielmehr fallbezogen, insbesondere Jonsen et al., deren Ansatz deshalb hier sogar gesondert der Kasuistik zugeordnet wird.

Allerdings werden gerade in der Behandlung von Autonomie- und Gerechtigkeitsprinzip mehrere Schwächen des Vier-Prinzipien-Ansatzes sichtbar. Was einerseits eine große Stärke des Ansatzes ist, nämlich die Perspektive liberaler demokratischer Gesellschaften einzunehmen, erweist sich gleichzeitig auch als Schwäche. So ist das Autonomieprinzip ganz im Sinne dieser Gesellschaften modelliert. In vielen Kulturen ist es jedoch üblich, dass nicht die kranke Person allein entscheidet, sondern die Entscheidung gemeinsam innerhalb der Familie oder Gemeinschaft getroffen bzw., wie oben gezeigt, durch religiöse Autoritäten mitentschieden wird. Es könnte deshalb von großer Hilfe sein, das auf politischer Weltebene anerkannte Prinzip der Menschenwürde als Grundlage der vier Prinzipien herauszuarbeiten. Dieses Prinzip kann in einer positiven Weise die Einseitigkeit des Autonomieprinzips aufheben, also beseitigen, zugleich aber doch in der Weise bewahren, dass es dieses Prinzip auf eine neue Stufe hebt.

Darüber hinaus vernachlässigt der Ansatz in gewisser Weise das Eigeninteresse von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften. Während das hippokratische Ethos ganz selbstverständlich das Wohl des ärztlichen Lehrers als erste Forderung nach der Anrufungsformel betonte, kommt dieses berechnete Eigeninteresse im Vier-Prinzipien-Ansatz nicht vor. Es fördert aber die irreführende Meinung, als wären Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte ausschließlich patientenzentriert. Dieser Mangel setzt sich strukturell bei der Behandlung des Gerechtigkeitsprinzips fort. Hier fehlt eine hinreichende Berücksichtigung der ordnungsethischen Perspektive. Es werden weder die teils verfehlten öffentlichen Diskurse noch die Fehlanreize aufgrund verbesserungswürdiger Regeln so thematisiert, dass deutlich wird, wie sehr fehlerhafte Rahmenbedingungen unerwünschte Folgen auf der medizinischen Handlungsebene mit sich bringen und warum gut gemeinte Regeln in der Praxis oftmals nicht durchsetzbar sind, wenn die entsprechenden Sanktionsmechanismen oder Anreize hierfür fehlen.

Wenn eine realistische Implementationsstrategie fehlt, hat dies meist negative Folgen, wie sich an folgendem Fehlverhalten im Organspendeverteilungsskandal in Deutschland gut zeigen lässt. In den Jahren 2012 und 2013 erschütterte dieser Skandal das Vertrauen in behandelnde Ärztinnen und Ärzte, aber auch in die Organspende selbst. Im ersten Quartal 2013 verringerte sich die Zahl der postmortalen Organspenden um 25 Prozent, obwohl durch eine Novellierung des Transplantationsgesetzes die erweiterte Einwilligungsgesetz durch

eine Entscheidungslösung ersetzt worden war. Eigentlich hätte die Spendenbereitschaft zunehmen müssen.

Wie aber kam es zu diesem Fehlverhalten der betroffenen Ärzteschaft und der Kliniken? Dem Skandal lag eine Dilemmastruktur zugrunde. Der Einzelne versucht, sein (subjektives) Interesse, im Fall des Organspendeverteilungsskandals vornehmlich das Wohl des ihm bekannten Patienten zu maximieren, nämlich diesem ein Organ zu verschaffen. Als Nebeneffekt kann er zudem selbst mehr Transplantationen nachweisen, was für ihn persönlich, aber auch für das Transplantationszentrum positiv ist. Dennoch führt dies letztlich nicht nur zu einer schlechteren Gesamtsituation, als wenn sich alle an die geltenden Regeln gehalten hätten, sondern war auch die zweit schlechteste statt der zweitbesten Option für jeden einzelnen Beteiligten, wenn jeder der dominanten Strategie folgt, den eigenen Nutzen maximieren zu wollen. In der folgenden Tabelle wird das Dilemma, methodisch vereinfacht auf nur zwei Transplantationskliniken, sichtbar gemacht:

	Arzt im Klinikum I erhöht Punktwert des Patienten.	Arzt im Klinikum I achtet die geltenden Richtlinien.
Ärztin im Klinikum II achtet die geltenden Richtlinien.	Der Patient im Klinikum II bekommt das Organ nicht. Der Patient im Klinikum I bekommt das Organ. Arzt im Klinikum I kann transplantieren.	Die Situation ist für die Patienten fair.
Ärztin im Klinikum II erhöht Punktwert des Patienten.	Die Erhöhung bringt beiden außer der Gefahr, entdeckt zu werden und zugleich langfristig der Organspendebereitschaft zu schaden, keinen Vorteil.	Der Patient im Klinikum I bekommt das Organ nicht. Der Patient im Klinikum II bekommt das Organ und die Ärztin kann transplantieren.

Tabelle 1: Dilemma bei der Organvergabe

Obwohl sich alle Beteiligten langfristig durch eine faire Situation besser stellen würden und damit auf Dauer auch den eigenen Patienten und dem eigenen Interesse gedient wäre, gibt es einen hohen Anreiz, im Blick auf das Wohl der eigenen, bekannten Patienten im Hier und

Jetzt durch das Verändern der entsprechenden Punktwerte diesen einen besseren Platz auf der Warteliste zu verschaffen. Damit wird dem Wohl der eigenen Patienten gedient, man kann selbst mehr Transplantationen durchführen und damit höhere Fallzahlen erreichen.

Alle bisher behandelten medizinethischen Ansätze berücksichtigen diese Problematik nicht hinreichend, nämlich das Dilemma, dass gesellschaftlich erwünschtes Verhalten mit eigenen Interessen (im weiten Sinn) in Konflikt gerät. Wenn die entsprechenden Anreize falsch gesetzt sind, gibt es nämlich nur die Alternative, sich selbst zu schädigen, aber dabei die gesellschaftlichen Erwartungen zu erfüllen, oder diese zu verletzen, aber die eigenen Interessen zu bedienen.

Es ist ein Anliegen des folgenden, eigenen Ansatzes, auch diese Schwäche durch zusätzliche ordnungsethische Überlegungen zu vermeiden.

1.5 Integrative Medizinethik im Ausgang von der Menschenwürde: dignitas

Ich nenne meinen medizinethischen Ansatz »integrativ«, weil er einerseits die Stärken der bisher behandelten Ansätze und andererseits die bei allen bisher behandelten Medizinethiken fehlende ordnungsethische Perspektive miteinbeziehen soll.

Die Integrative Medizinethik ist eine Prinzipienethik. Im Unterschied zur Vier-Prinzipien-Ethik von Beauchamp und Childress geht sie jedoch genau wie der Utilitarismus von einem Letztprinzip aus. Dieses Letztprinzip ist jedoch nicht die Nutzenmaximierung der größtmöglichen Zahl, sondern das Prinzip der Menschenwürde.

1.5.1 Das Prinzip der Menschenwürde in der Medizin

Wie eingangs zitiert, hat das deutsche Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 das vom Bundestag 2015 verabschiedete Gesetz zur Beihilfe bei der Selbsttötung für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Das Gericht begründete dies damit, dass die Menschenwürde Freiheitsspielräume eröffnet, die sogar die Selbstbestimmung über den eigenen Tod in der Weise einschließt, dass Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden darf. Damit ent-

wickelt das Gericht die fundamentale Innovation des Menschenwürdeverständnisses der Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen und des bundesdeutschen Grundgesetzes konsequent weiter. Zugleich lässt das Urteil erkennen, dass der Menschenwürdebegriff trotz bleibender Interpretationsoffenheit keine bloße Leerformel oder symbolische Idee ist, wie Ruth Macklin in ihrem vielzitierten medizinethischen Artikel *Dignity is a useless concept*³⁴ behauptete, sondern entscheidend zur Lösung medizinethischer Konfliktfälle beiträgt. *Dieses Verständnis der Menschenwürde als Fundament von Rechten, nicht von Pflichten, als Ermächtigung, die eigene Lebensgeschichte zu schreiben, bildet den Ausgangspunkt der Integrativen Medizinethik.*

Das Prinzip der Menschenwürde in diesem Verständnis lässt sich am besten vor dem Hintergrund seines Entstehungskontextes begreifen.³⁵ Aufgrund der Menschheitserfahrung, was es bedeutet, wenn Menschen ihrer Würde beraubt und millionenfach ermordet werden, haben sich die Vereinten Nationen in der Menschenrechtserklärung 1948 und ebenso das *Grundgesetz* der Bundesrepublik Deutschland zur Menschenwürde bekannt.³⁶ Die Menschenwürde wird jedem geborenen Menschen unabhängig von Gruppenzugehörigkeit und Religion, Geschlecht oder sonstigen Eigenschaften zuerkannt. Sie ist auch nicht an Verdienste oder die Erfüllung bestimmter Pflichten gebunden, sondern steht jedem Menschen bedingungslos zu. Die Würde hat hier eine in gewissem Sinn emphatische Bedeutung: Jeder Mensch gilt als gleich und als ein Subjekt, das die Freiheit hat, seine eigene Lebensgeschichte zu schreiben. Im Prinzip der Menschenwürde drückt sich die radikale Negation der Ideologie des Nationalsozialismus aus, einer Ideologie, in der Menschen rassistisch als ungleich kategorisiert wurden und auch der Einzelne für das Volk geopfert und so in seinem Subjektstatus missachtet werden durfte.

Das so verstandene Prinzip der Menschenwürde lässt damit keinen Raum für eine Medizinethik in der Tradition des klassischen Utilitarismus, der den Subjektstatus verletzt, da der Einzelne für den größtmöglichen Nutzen sogar vollständig instrumentalisiert werden soll. Wichtig ist freilich, dass mit dem Menschenwürdeprinzip nicht naiv ein allgemeines Instrumentalisierungsverbot ausgesprochen ist.

³⁴ Macklin (2003).

³⁵ Vgl. dazu ausführlich Knoepffler (2018).

³⁶ Vgl. Vereinte Nationen (2011 [1948]).

Natürlich dürfen wir uns selbst und andere auch instrumentalisieren, also als Mittel gebrauchen, aber eben nicht vollständig. Ein einfaches Beispiel kann dies verdeutlichen. Wir gebrauchen wie selbstverständlich andere Menschen als Mittel, wenn wir jemanden nach dem Weg fragen und diesen damit als Ersatz für eine Straßenkarte instrumentalisieren. Dennoch wird unser Gegenüber dadurch nicht vollständig instrumentalisiert, denn wir vernichten ihn nicht wie einen unbrauchbar gewordenen Stadtplan, wenn er uns den richtigen Weg nicht nennen kann. Es ist darum ein schwerer Fehler, jede Instrumentalisierung eines Menschen als Menschenwürdeverletzung zu verstehen. Vielmehr darf diese nicht »vollständig« sein. Darüber hinaus enthält das Instrumentalisierungsverbot eine sehr wichtige Komponente, die leicht übersehen werden kann. Es ist mit diesem Verbot auch jede Lebenswert- bzw. Lebensunwertdebatte als verfehlt anzusehen. Es gilt der Grundsatz der Lebenswertindifferenz und der grundsätzlichen Gleichheit aller Menschen. Konkret bedeutet dies in der Situation einer medizinischen Triage³⁷, dass es keine Rolle spielen darf, wie leistungsfähig, aber auch wie moralisch gut ein Mensch ist. Egal ob ein Mensch ein Held ist oder ein Verbrecher, egal ob der Mensch geistig ein Genie oder eingeschränkt ist, jeder hat den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung unter Knappheitsbedingungen. Diese Grundannahme führt freilich zu der für viele unerträglichen Vorstellung, dass ein paranoider Massenmörder und Kriegsverbrecher in einer konkreten Entscheidungssituation den gleichen Anspruch auf Lebensrettung hat wie eine menschenfreundliche Person. Angenommen der Verbrecher hätte vor der Person, die sich ihr Leben lang für Kranke und für Menschen mit Beeinträchtigungen eingesetzt hat, das letzte Intensivbett bekommen, dann dürfte dieses nicht für den guten Menschen freigemacht werden, wenn beim Verbrecher therapeutisch Aussicht auf Erfolg besteht, also keine rein medizinischen Gründe dafür sprächen, die Behandlung zu beenden oder das Therapieziel zu ändern.

Was das eingangs zitierte Urteil des Bundesverfassungsgerichts angeht, so lässt sich vor diesem Hintergrund sagen: Es geht in seiner Interpretation des Grundgesetzes konsequent den Weg weiter, den die

³⁷ Der Begriff der Triage kommt vom französischen Verb »trier«, was »sortieren«, »auswählen«, »ordnen« bedeutet. Er entstand im Kontext von kriegerischen Auseinandersetzungen, bei denen die Anzahl der zu behandelnden Verletzten die verfügbaren medizinischen Ressourcen überstieg.

Menschenrechtserklärung eingeschlagen hat. Da in der Menschenrechtserklärung die Menschenwürde mit Rechten, nicht mit Pflichten verbunden ist, umfasst die Menschenwürde nicht nur das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, sondern auch die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, also über den eigenen Tod zu entscheiden. Dass Religionen und Weltanschauungen die Selbsttötung verurteilen, entspricht darum nicht einem Menschenwürdeverständnis, wie es das Grundgesetz nach dem Verständnis des Bundesverfassungsgerichts vertritt. Als der EMRG in seinem Urteil dem Vereinigten Königreich das Recht zuerkannte, Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen, begründete der EMRG dies auch ausdrücklich nicht mit einem Rekurs auf die Menschenwürde, sondern auf Gefährdungen für das Leben und die Sicherheit anderer Menschen.

Während aber die Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen als internationale Resolution aus sich heraus nicht rechtlich bindend ist, besitzt das Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland in diesem Staat Rechtsgeltung. Das Bundesverfassungsgericht betont ausdrücklich: »Achtung und Schutz der Menschenwürde gehören zu den *Konstitutionsprinzipien* des Grundgesetzes. Die freie menschliche Persönlichkeit und ihre Würde stellen den *höchsten Rechtswert* innerhalb der verfassungsmäßigen Ordnung dar [...].«³⁸

Die Würde ist dabei so eng mit dem Recht auf Entfaltung der freien Persönlichkeit, also dem Selbstbestimmungsrecht verbunden, dass das Bundesverfassungsgericht sogar urteilen konnte:

»Die freie menschliche Persönlichkeit und ihre Würde stellen den *höchsten Rechtswert* innerhalb der verfassungsmäßigen Ordnung dar. [...] Dem liegt die Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen zugrunde, das darauf angelegt ist, *in Freiheit sich selbst zu bestimmen und sich zu entfalten* [...]. Sie kann im Hinblick auf diese Gemeinschaftsgebundenheit nicht »prinzipiell unbegrenzt« sein.«³⁹

Als Konsequenz aus diesem Urteil lässt sich festhalten: Im Grundgesetz nehmen das Menschenwürdeprinzip und auch das mit ihm verbundene Freiheitsverständnis durch ihre Stellung als erste Artikel einen zentralen Platz ein und sind für medizinethische Konfliktfälle wie der Frage der Sterbehilfe von großer Bedeutung.

³⁸ BVerfGE 45, 187 (227 f.), hier zitiert nach Bumke, C./Voßkuhle, A. (2015, Rn 279).

³⁹ Ebd., Rn 279.

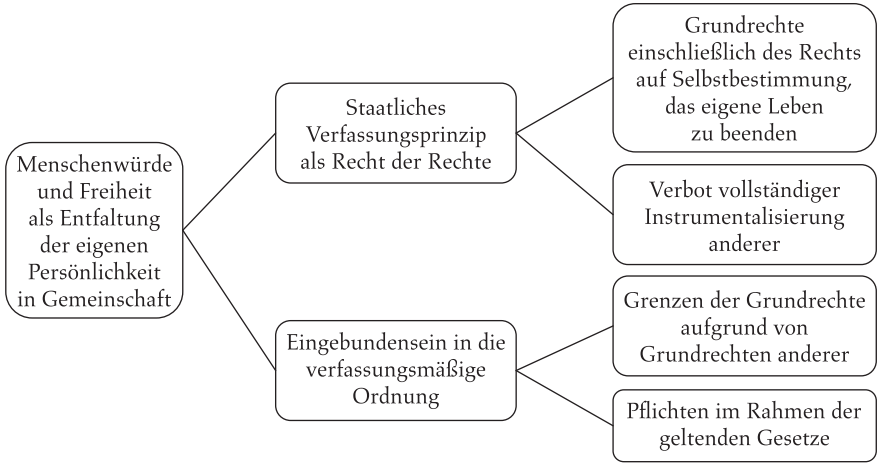


Abbildung 6: Menschenwürde im Grundgesetz (vereinfachte Darstellung)

Vor diesem Hintergrund ist es schlicht falsch, das Menschenwürdeverständnis des Grundgesetzes mit einer naturrechtlich-christlichen oder kantischen Menschenwürdekonzeption gleichzusetzen. Dies hat auch das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich in seinem Urteil aus dem Jahr 2020 ausgeführt. Der Staat ist zu weltanschaulicher Neutralität verpflichtet.

Die Differenz zwischen dem Menschenwürdeprinzip des Grundgesetzes und der Integrativen Medizinethik, die sich dieser Interpretation aus ethischen Gründen anschließt, auf der einen Seite und einer naturrechtlich-christlichen und kantischen Interpretation auf der anderen Seite ist trotz großer Übereinstimmungen offensichtlich. Es geht weder im Christentum noch bei Kant in erster Linie um Rechte, die sich aus der Würde ergeben, sondern darum, sich gemäß der eigenen Würde zu verhalten. Wie bei der Erläuterung des Personalitätsprinzips ersichtlich wurde, betont eine christlich-naturrechtliche Deutung der Menschenwürde, dass mit der Gabe der Würde die Aufgabe verbunden ist, sich gemäß der eigenen Würde zu verhalten, also Gott die Ehre zu geben, was konkret bedeutet, die göttlichen Gebote und naturrechtlichen Bestimmungen zu befolgen.

Dies gilt auch für die moralphilosophische Begründung der Menschenwürde bei Immanuel Kant (1724–1804). Der Grund der Würde des Menschen ist nach Kant nämlich seine Fähigkeit, aufgrund seiner

reinen praktischen Vernunft sich selbst ein Gesetz zu geben, das den Anspruch auf universelle Geltung hat, also seine Autonomie: »*Autonomie* ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur.«⁴⁰ Dabei geht es Kant nicht um die Würde des konkreten, empirisch wahrnehmbaren Menschen (kantisch: dem *homo phaenomenon*), sondern der Menschheit, die der Einzelne repräsentiert, weil die »Menschheit in seiner Person [...] das Objekt der Achtung ist«⁴¹.

Während die Väter und Mütter des Grundgesetzes die mit der Menschenwürde verbundenen Menschenrechte, insbesondere die Abwehrrechte, nämlich das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, und das subjektive Recht auf Selbstbestimmung des konkreten Menschen ins Zentrum rücken, betont Kant die mit der Würde verbundene Pflichtendimension. Kant verortet deshalb seine Überlegungen zur Würde in der *Metaphysik der Sitten* auch nicht in der Rechtslehre, sondern in der Tugendlehre.

Gerade in der Frage der Selbstbestimmung über den eigenen Tod zeigt sich ausdrücklich die Differenz zwischen dem kantischen Menschenwürdeverständnis und dem des Grundgesetzes:

»Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten, ist ebenso viel, als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach, so viel an ihm ist, aus der Welt vertilgen, welche doch Zweck an sich selbst ist; mithin über sich als bloßes Mittel zu ihm beliebigen Zweck zu disponieren, heißt die Menschheit in seiner Person (*homo noumenon*) abwürdigen, der doch der Mensch (*homo phaenomenon*) zur Erhaltung anvertrauet war.«⁴²

Kants zentrales Argument gegen eine Selbsttötung selbst in einer verzweifelten Lage, zum Beispiel am Lebensende, lautet also: Der Mensch zerstört in der Selbsttötung die notwendige Bedingung aller moralischen Möglichkeiten seiner Person, denn wer tot ist, kann nicht mehr moralisch handeln.⁴³ Zugleich verletzt der Mensch in der Selbsttötung den kategorischen Imperativ, da er sich als »bloßes« Mittel gebraucht, also nicht als Zweck an sich selbst. Im Unterschied

⁴⁰ Kant, I. (1968 [1785]), 436.

⁴¹ Kant (1968 [1797]), 434. Vgl. ebd., 435: »Die Menschheit in seiner Person ist das Objekt der Achtung, die er von jedem anderen Menschen fordern kann; deren er aber auch sich nicht verlustig machen muss.«

⁴² Ebd., 423.

⁴³ Das Bundesverfassungsgericht hat dieses Argument, wie oben gezeigt, explizit abgelehnt.

zum Grundgesetz bezieht Kant das Instrumentalisierungsverbot nicht nur auf das Gegenüber, sondern dieses ist auch selbstreferentiell, d. h., jeder Mensch hat die Pflicht, sich im Hinblick auf die Menschheit, die er selbst repräsentiert, nicht vollständig instrumentalisieren zu lassen oder sich selbst vollständig zu einem Objekt zu machen.⁴⁴ Außerdem, so hat Kant bereits in der *Grundlegung* argumentiert, verstößt der sich selbst Tötende gegen den kategorischen Imperativ, wonach ein Mensch nur nach der *Maxime* handeln soll, von der er wollen kann, dass diese ein allgemeines Naturgesetz sei.⁴⁵ Ob sein Argument freilich trägt, dass es nicht auch ein allgemeines Naturgesetz geben könnte, das Menschen in der Sterbephase erlaubt, sich das Leben zu nehmen, darauf ist Kant nicht eingegangen. Wenn man Kants Argumentation teilt, wird man Autonomie in dem Sinn interpretieren, dass wir *nicht* über den Zeitpunkt des eigenen Todes verfügen dürfen. Die Selbsttötung verletzt also nicht nur eine Pflicht gegenüber anderen, sondern gerade auch gegenüber sich selbst. Die Menschenwürde ist also für Kant in erster Linie nicht wie in der Menschenrechtserklärung und im Grundgesetz mit Rechten verbunden, sondern mit der Realisierung von Pflichten. Die Würde gehört in den Bereich der Moral. Sie ist nicht auf der Rechtsebene beheimatet.

Insgesamt lässt sich damit festhalten: Das Menschenwürdeprinzip der Integrativen Medizinethik besagt, dass allen Menschen eine Würde zukommt, die keinen Preis kennt. Insbesondere bedeutet dies, dass jeder Einzelne als Subjekt anerkannt wird, das moralfähig ist und das nicht vollständig instrumentalisiert werden darf, was beispielsweise nationalsozialistische Ärztinnen und Ärzte taten, als sie in grausamen Experimenten von ihnen als minderwertig angesehene Menschen schwer in ihrer körperlichen Integrität verletzten oder sogar in vielen Fällen töteten. Diese Würde wird nicht nur zugeschrieben, sondern anerkannt. Das Prinzip der Menschenwürde ist also gerade nicht auf eine empirisch feststellbare Wertigkeit des einzelnen Menschen gegründet, sondern sie gilt bedingungslos, weil uns Menschen, und zwar empirisch kontrafaktisch im Hinblick auf einzelne Menschen, Moralfähigkeit zugesprochen wird. Egal ob ein Mensch

⁴⁴ Vgl. Kant (1968 [1785]), 433: »Denn vernünftige Wesen stehen alle unter dem Gesetz, dass jedes derselben sich selbst und alle andere *niemals bloß als Mittel*, sondern jederzeit *zugleich als Zweck an sich selbst* behandeln solle.«

⁴⁵ Wörtlich heißt es: »[H]andle so, als ob die *Maxime* deiner Handlung durch deinen Willen zum *allgemeinen Naturgesetz* werden sollte« (ebd., 421).

schwer geistig beeinträchtigt ist, egal ob ein Mensch für die Gesellschaft keinen Nutzen mehr zu haben scheint, ihm ist die Achtung seiner unbedingten Würde geschuldet. Dies ist keine bloße Annahme, sondern eine aufgrund geschichtlicher Ereignisse aus Evidenz gebo-rene gemeinsame Überzeugung: Unsere Rechtsgemeinschaft muss alle Menschen umschließen. Hier stimmen die Interpretation des Prinzips der Menschenwürde in einer naturrechtlich-religiösen oder von Kant inspirierten Medizinethik mit dem Verständnis dieses Prinzips in der Integrativen Medizinethik überein. Nach allen drei Ethiken kommt jedem Menschen ein Recht auf Leben zu, das, wie noch ausführlich zu zeigen sein wird, das Recht auf bestmögliche gesundheitliche Versorgung einschließt.

Allerdings geht die Integrative Medizinethik wie das Grundgesetz einen entscheidenden Schritt weiter: Jeder bzw. jede ist unabhängig von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht darin fundamental gleich, dass dieser Person ganz wesentlich das Recht einzuräumen ist, auch *ihren Tod* in Freiheit zu bestimmen. Das Menschenwürdeprinzip der Integrativen Medizinethik unterscheidet sich damit vom Verständnis der Menschenwürde in einer naturrechtlich-religiösen oder kantisch inspirierten Medizinethik, insofern es, hier der Menschenrechts-erklärung und dem Grundgesetz folgend, die Menschenwürde mit dem Recht verbindet, die eigene Lebensgeschichte nach *eigenen* Wertmaßstäben zu gestalten. Auf diese Weise ist die Integrative Medizinethik an den weltweiten politischen Konsens (Menschenrechts-erklärung) anschlussfähig und steht in Übereinstimmung mit dem Fundament des Rechts unseres Staats. Das Grundgesetz weist nicht nur die Verbindung der Würde mit dem Lebensrecht nach, sondern auch mit subjektiven Rechten.

Zudem lässt sich dieses so verstandene Menschenwürdeprinzip vertragstheoretisch-pragmatisch sehr gut begründen,⁴⁶ ohne dass dabei eine bestimmte weltanschauliche Position zugrunde gelegt werden muss. Wenn ich meine eigene Lebensgeschichte schreiben möchte, dann beabsichtige ich, bestimmte Ziele zu verwirklichen. Um meine Lebensziele verwirklichen zu können, benötige ich die notwendige Bedingung, dass mich die anderen meine Lebensgeschichte schreiben lassen. Wer die Achtung der Menschenwürde negiert, handelt selbstwidersprüchlich, weil er dann im Akt dieses Nicht-Achtens, also pragmatisch in einem derartigen Handlungsvollzug, den An-

⁴⁶ Vgl. Gewirth (1978, 1992, 1998).

spruch auf die Achtung der eigenen Menschenwürde preisgibt. Diese Achtung ist aber die notwendige Bedingung dafür, selbst ungefährdet leben zu können, weil die Menschenwürde der Grund der Menschenrechte ist. Also ist es für jeden Einzelnen sinnvoll, die Menschenwürde der anderen als notwendige Bedingung für Handlungsvollzüge zu achten.

Allerdings muss an dieser Stelle ein Missverständnis abgewehrt werden. Das Prinzip der Menschenwürde ist nicht mit deduktiven Prinzipien vergleichbar. Vielmehr muss seine Anwendung gelernt werden. Dieses Prinzip steht in einem dynamischen Verhältnis zum Handelnden und zur Situation, freilich, um das Ganze noch einmal zu erschweren, in dem spezifischen Sinn des Metaprinzips.

Was bedeutet das? Das Prinzip der Menschenwürde steht in einer Wechselwirkung mit den Entscheidungen der Akteure. Es wird einerseits in konkreten Entscheidungen und Handlungen mitvollzogen und in diesem Sinn gelernt. Andererseits legen die konkreten Entscheidungen und Handlungen dieses Prinzip aus. Sie interpretieren es und vermitteln sowie gestalten auf diese Weise seine Bedeutung. Diese Vermittlung und Gestaltung der Bedeutung ist dabei nicht als eine Aushöhlung des Gehalts und der absoluten Geltung des Prinzips der Menschenwürde misszuverstehen, sondern entspricht der hier vertretenen Grundüberzeugung, dass gerade das Prinzip der Menschenwürde eine besondere Plastizität beinhaltet. Es entfaltet sich die in ihm enthaltene Bedeutung, die vom Prinzip allein, abstrakt genommen, so nicht aussagbar ist. Aber es gibt einen Rahmen vor, innerhalb dessen Konfliktfälle gelöst werden können. Es markiert sozusagen Grenzen, die beispielsweise dann verletzt werden, wenn an Menschen gegen ihren Willen geforscht wird oder wenn sie bei Forschungen absehbar schwer Schaden nehmen.

1.5.2 Integration von Prinzipien anderer medizinethischer Ansätze

Damit ist das Menschenwürdeprinzip Fundament wesentlicher Prinzipien, die in anderen Medizinethiken eine wichtige Rolle spielen. Dabei ist dieses Prinzip, wie gezeigt, bereits mit dem Personalitätsprinzip in den religiös-naturrechtlichen Medizinethiken verwandt.

Das Menschenwürdeprinzip bildet auch die Grundlage der von den religiös-naturrechtlichen Medizinethiken postulierten Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität, wobei diese Prinzipien in der Inte-

grativen Medizinethik, wie im Folgenden zu zeigen ist, das Gerechtigkeitsprinzip auslegen.

Vom hippokratischen Ethos, religiösen und naturrechtlichen Ethiken sowie der Vier-Prinzipien-Ethik bleiben zudem das Nichtschadens- und das Fürsorgeprinzip leitend. Ärzteschaft und Pflegekräfte achten bei ihren Maßnahmen darauf, dass der erwartete Nutzen für die Patienten Nebenwirkungen überwiegt. Auch sorgen sie für das Wohlergehen durch begleitende, unterstützende Maßnahmen.

Das Autonomieprinzip der Vier-Prinzipien-Ethik wird in modifizierter Weise übernommen. Die Grenze der Autonomie der Patienten sind nicht nur Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip sowie die Autonomie anderer Patienten, sondern auch die Selbstbestimmung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften. Patienten haben also auch von ihrer Seite her Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte in ihrer Würde zu achten. Diese Selbstverständlichkeit wird leider praktisch kaum medizinethisch thematisiert. Sie ist aber von großer Bedeutung und nimmt die wichtige Anregung des Hippokratischen Eids auf, wonach das Eigeninteresse der im Gesundheitswesen Beschäftigten in den verschiedenen Bezügen, hier konkret in der zwischenmenschlichen Beziehung, hinreichend ernst zu nehmen ist.

Das Nutzenprinzip wird zwar nicht als Grundprinzip wie im Utilitarismus verwendet, behält aber insofern seine Gültigkeit, als alle Maßnahmen in der Medizin auf ihren Gesamtnutzen hin zu überprüfen sind, wenn die anderen genannten Prinzipien Beachtung gefunden haben. Dies ist von großer Bedeutung, weil Ressourcen im Gesundheitswesen begrenzt sind. Vor diesem Hintergrund spielt das Gerechtigkeitsprinzip, in das dieses Nutzenprinzip eingebettet ist, eine wesentliche Rolle. Hierfür sind das Solidaritäts- und das Subsidiaritätsprinzip sowie die ordnungsethische Dimension von großer Bedeutung.

1.5.3 Das Gerechtigkeitsprinzip und seine ordnungsethische Dimension

Die Menschenwürde ist eng mit den für die Frage der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wesentlichen Menschenrechten von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Selbstbestimmung verbunden. Alle Menschen haben aufgrund der mit ihrer Würde verbundenen prinzi-

piellen Gleichheit einen Anspruch auf Gerechtigkeit, was ihre gesundheitliche Versorgung angeht. Dabei ist Gerechtigkeit synchron (griechisch: *syn chronō* = gleichzeitig mit) und diachron (griechisch: *dia chronou* = durch die Zeit) zu verwirklichen: Wir sollen heute (synchrone Dimension) eine bestmögliche medizinische Versorgung realisieren, ohne dabei Gerechtigkeit im Gesundheitswesen für kommende Generationen zu verspielen (diachrone Dimension).

1.5.3.1 Vertragstheoretisch-pragmatische Begründung in ordnungsethischer Perspektive

Dies lässt sich vertragstheoretisch-pragmatisch gut begründen. Wie bereits im Zusammenhang mit der Begründung der Menschenwürde gezeigt wurde, möchte jeder Mensch handeln können. Jeder möchte Ziele erreichen, die er sich selbst setzt. Um aber überhaupt in dieser Weise handeln zu können, müssen die notwendigen Bedingungen des Handelns gegeben sein. Dies sind allgemeine notwendige Bedingungen für Handeln im gehaltvollen Sinn, ganz grundsätzlich Selbstbestimmung und persönliches Wohlergehen, dessen Voraussetzung natürlich das eigene Leben ist. Eine bestmögliche medizinische Versorgung dient dazu, dass eine möglichst gute gesundheitliche Situation gewährleistet wird. Diese wiederum ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für größtmögliche Freiheitsspielräume.

Für die größtmögliche Entfaltung des Wertes freien Handelns ist die bestmögliche medizinische Versorgung wesentlich und für jeden wünschenswert. Daraus ergibt sich folgerichtig, dass jeder und jede ein Interesse daran hat, andere Handelnde nicht die Abwehrrechte auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung zu verletzen, sondern vielmehr daran mitzuwirken, das subjektive Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung zu sichern. Würde dieses Interesse von den anderen nicht berücksichtigt, dann würde man die allgemeinen notwendigen Bedingungen des Handelns einschränken oder sogar entziehen. Daraus ergibt sich: Jeder hat pragmatisch Anspruch auf die Anerkennung entsprechender Abwehrrechte, aber auch das subjektive Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung.

Bestreitet man diese Rechte, so hätte dies die irrationale Konsequenz der pragmatischen Selbstwidersprüchlichkeit, denn dann hätte derjenige, der diese Rechte bestreitet, zugleich eingestanden, dass auch ihm die notwendigen Bedingungen des Handelns fehlen.

in einem gehaltvollen Sinn entzogen werden könnten; denn dann könnten umgekehrt auch ihm diese notwendigen Bedingungen verweigert werden.

Wir müssen, wollen wir uns nicht selbstwidersprüchlich verhalten, also die entsprechenden Abwehrrechte und das subjektive Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung anerkennen und in diesem Sinn gemeinsam darauf hinwirken, dass wir uns hier solidarisch verhalten.

Da, wie gezeigt, die gesundheitliche Versorgung zu den grundlegenden Bedingungen der Handlungsfähigkeit jedes Menschen gehört, also zu den mit Menschenwürde und den damit verbundenen Menschenrechten notwendigen Grundgütern (im weiten Sinn des Wortes), ist es im Interesse jedes Menschen, dass eine angemessene gesundheitliche Versorgung gewährleistet ist. Da dies *notwendige Bedingungen* sind, kann dies als »transzendentaler Tausch«⁴⁷ bezeichnet werden. Die Rede von einem Tausch ist im Blick auf die gesundheitliche Versorgung anwendbar, weil prinzipiell alle Menschen gegenseitig dazu verpflichtet sind, sich diese zu ermöglichen. Daran ändert auch nichts, dass rein faktisch manche Menschen dazu nie in der Lage sein werden. Die zu diesem Tausch (im weiten Sinn) befähigende Grundhaltung kann auch mit »Solidarität« (lateinisch: solidus = fest), zu der wir verpflichtet sind und auf die wir umgekehrt auch einen Anspruch haben, bezeichnet werden. Das Prinzip der Solidarität beansprucht, so verstanden, strukturell unbegrenzte und universelle Geltung. Das Solidaritätsprinzip ist auch rechtlich anschlussfähig, denn es ist im bundesdeutschen Grundgesetz angelegt.⁴⁸

Darüber hinaus berücksichtigt dieses Verständnis die ordnungsethische Einsicht, dass Prinzipien und daraus folgende Regelungen dann durchsetzbar sind, wenn sie auch dem Eigeninteresse der Akteure auf der Handlungsebene entsprechen. Es geht also darum zu vermeiden, dass Regelungen entweder nur gesellschaftliche Erwartungen bedienen, was den Interessen der einzelnen Akteure zuwider-

⁴⁷ Vgl. Höffe (2004), 68–78. Im Unterschied zu einem kategorialen Tausch, bei dem beispielsweise jemand für eine bestimmte Summe Geldes ein Gut, z. B. Schuhe, kauft, handelt es sich um einen Tausch, der allererst derartiges kategoriales Tauschen ermöglicht, also eben Bedingung der Möglichkeit kategorialen Tauschs ist.

⁴⁸ Nach Art. 14 Abs. 2 GG hat Eigentum auch Verpflichtungscharakter, denn sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen. »Eigentum« ist immer auch von gesellschaftlichen Arrangements abhängig. Revolutionen zeigen, wie rasch und fundamental Eigentumsverhältnisse verändert werden können.

läuft, oder nur Einzelinteressen, wodurch die gesellschaftlichen Erwartungen nicht erfüllt werden. Wenn Budgetierungsregelungen so gestaltet sind, dass Ärztinnen und Ärzte am Ende des Quartals Kassenpatienten ohne Vergütung behandeln müssten, werden sie diese Behandlungen auf das Folgequartal verschieben. Sie werden dann möglicherweise am Quartalsende die Praxis schließen oder alternativ für Privatpatienten Zeiten reservieren.

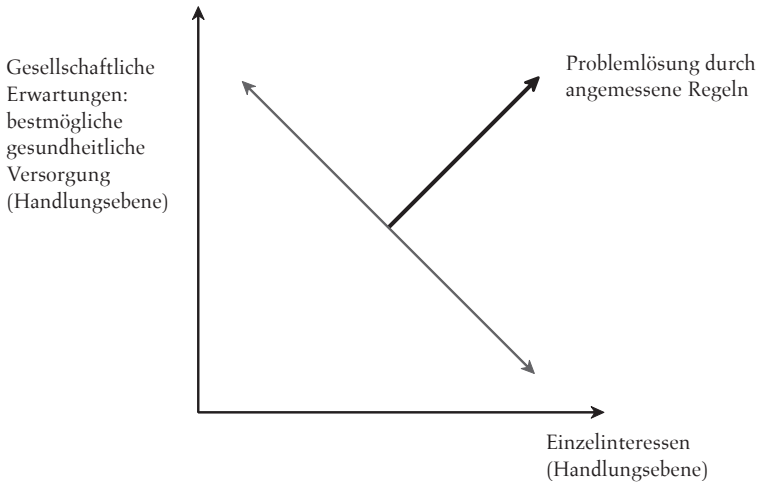


Abbildung 7: Die ordnungsethische Dimension⁴⁹

Prinzipiell berücksichtigt ein solidarisches Gesundheitssystem diese ordnungsethische Dimension. Die Armen gewinnen durch das Mittragen durch Leistungsstärkere eine angemessene gesundheitliche Versorgung und damit ein wesentliches Element ihrer notwendigen Handlungsbedingungen. Die Reichen, mit deren Beitrag Arme unterstützt werden können, gewinnen ebenfalls, denn Arme müssen nicht stehen, um sich eine gesundheitliche Versorgung leisten zu können; sie haben auch keine Veranlassung eine Revolution zu planen. Also müssen die Reichen keine Angst um ihr Eigentum haben. Darüber hinaus können sich die Reichen, ob sie das nun faktisch-empirisch in Betracht ziehen oder nicht, über das Arrangement des Tauschs darauf

⁴⁹ Inspiriert von Pies/Sardison (2006), 270.

verlassen, dass auch sie Unterstützung finden werden, sollten sie einmal ihren Reichtum verlieren und zu den Ärmeren gehören.

Damit der transzendente Tausch aber auch für alle Seiten von Vorteil bleibt – er gilt nicht nur für Individuen, sondern auch für Institutionen –, ist er in entscheidender Weise durch das Prinzip der Subsidiarität zu ergänzen. Dieses Prinzip besagt, dass Solidarität erst dann von Nöten ist, wenn der Einzelne oder kleinere »Lebenskreise« ihre Aufgaben nicht mehr wahrnehmen können – freilich bleibt es dauerhaft eine Herausforderung festzustellen, wann Einzelne bzw. Hausgemeinschaften usw. dazu nicht mehr in der Lage sind. Das Prinzip der Subsidiarität schützt somit den Einzelnen und kleinere Gemeinschaften vor permanenten, mit dem Prinzip der Solidarität begründeten staatlichen, aber auch sonstigen nicht nötigen und auch nicht gewollten Eingriffen. Das Prinzip der Solidarität wird auf diese Weise durch das Prinzip der Subsidiarität »gezähmt«. Vor diesem Hintergrund scheint der Begriff des transzendentalen Tausches umso angemessener, denn er drückt gerade die Grenze des Handelns sozialer Institutionen, aber auch der Hilfeleistungen Einzelner aus. Die Grenze wird überschritten, wo nicht mehr notwendige Handlungsbedingungen gesichert werden, sondern beispielsweise eine Institution sich anmaßt, im Übermaß in Freiheitsrechte einzugreifen.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Sicherung des Rechts auf bestmögliche medizinische Versorgung im Interesse aller Menschen, auch der leistungsstärkeren ist. Die Forderung nach Solidarität erweist sich damit als sehr gut begründet.

1.5.3.2 Gerechtigkeit als Recht auf subsidiäre Solidarität

Das Gerechtigkeitsprinzip im Sinn der Integrativen Medizinethik schließt das grundsätzliche Recht jedes Menschen auf eine subsidiäre Solidarität auf bestmögliche medizinische Versorgung ein. Gerechtigkeit wird dabei nur dann realisiert, wenn man sie als ein solidarisches Mitgetragensein des Einzelnen durch die Gemeinschaft versteht, das auf der Regelebene implementiert ist, und zwar in dem Sinn, dass jeder in *angemessener* Weise medizinische Versorgung empfängt. »Angemessen« soll dabei heißen, dass das System fair ausgestaltet wird, dass

1. Risiken, die die Existenz bedrohen, solidarisch getragen werden, seien diese Risiken lebensbedrohlich im eigentlichen Sinn oder lebensbedrohlich in finanzieller Hinsicht;

2. dem Einzelnen möglichst viel Entscheidungsfreiheit in der Wahl der übrigen Absicherung von Gesundheitsleistungen zugestanden wird, was Transparenz im Blick auf die Behandlungsoptionen impliziert.

Darum heißt »angemessen« hier nicht, dass alle das Gleiche bekommen, weil sonst gerade keine medizinische Versorgung möglich sein würde, die beiden Gerechtigkeitsgrundsätzen Rechnung trägt.⁵⁰ Allerdings unterstellt dieses Gerechtigkeitsverständnis eine grundsätzliche Gleichheit aller Menschen im Blick auf das subjektive Recht auf angemessene gesundheitliche Versorgung. Es unterscheidet sich damit wesentlich von Gerechtigkeitsvorstellungen, wie sie beispielsweise der Codex Hammurapi im 18. vorchristlichen Jahrhundert vertritt: »§200 Wenn jemand den Zahn eines Standesgleichen ausschlägt, so schlägt man seinen Zahn aus. §201 Wenn jemand den Zahn eines Untergebenen ausschlägt, so zahlt er 1/3 Mine (ca.170 g) Silber.«⁵¹ Hier wird streng unterschieden, welche Stellung in der Gesellschaft eine Person innehat. Bei der späteren Behandlung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ist vertieft darauf einzugehen, ob

⁵⁰ Die beiden Gerechtigkeitsgrundsätze sind von Rawls (2002 [1971]) und Daniels (2008) inspiriert, auch wenn bereits die Reihenfolge und die Überlegungen zum transzendentalen Tausch klare Unterschiede zu ihrer Interpretation ausweisen. Denn für Rawls müssen alle gesellschaftlichen Ungleichheiten so beschaffen sein, dass sie gerade den am schlechtesten Gestellten Vorteile bringen. Zudem darf es keine Veränderungen geben, wenn diese nicht ebenfalls für die am schlechtesten Gestellten vorteilhaft sind. Dagegen sichert der transzendente Tausch die grundsätzliche Gleichheit aller durch eine bestmögliche Verteilung medizinischer Leistungen. Damit ist die integrative Gerechtigkeitskonzeption basierend auf der Idee des transzendentalen Tauschs auch immun gegen zwei wesentliche Kritikpunkte der rawlsschen Konzeption: 1. Sie benötigt nicht die Konstruktion eines »Schleiers des Nichtwissens« in Kombination mit dem Maximinprinzip, d.h. der Annahme, dass Menschen vom »Worst-Case-Szenario« ausgehen. Rawls geht nämlich davon aus, dass wir, wenn wir nicht wüssten, welche Rolle wir einmal in der Gesellschaft einnehmen, die Gesellschaft so einrichten würden, als ob wir den schlechtesten Platz einnehmen müssten und deshalb den schlechtesten Platz möglichst gut ausgestalten würden, konkret den Anspruch auf medizinischen Leistungen. 2. Sie erlaubt im Unterschied zu Rawls beispielsweise die Besserstellung von Menschen, die zwar nicht am schlechtesten gestellt sind, aber dennoch sehr bescheiden leben, ohne dass damit notwendigerweise auch die am schlechtesten Gestellten profitieren müssen. Sie erweitert damit Spielräume der Freiheit, die der Ansatz von Rawls verstellt.

⁵¹ Hier zitiert nach: http://www.koeblergerhard.de/Fontes/CodexHammurapi_de.htm, zuletzt eingesehen: 28.09.2020. Auch die hebräische Bibel (z. B. Ex 21) vertritt ähnliche Unterscheidungen.

beispielsweise das bundesdeutsche Gesundheitswesen mit seiner Zweiteilung in gesetzliche und private Krankenkassen in gewisser Weise immer noch eine Ungleichbehandlung vorsieht, die sich aus überholten Vorstellungen von Gesellschaften, die eine Ständeordnung hatten, speist. Dagegen soll bereits an dieser Stelle kurz darauf eingegangen werden, wie unter der Annahme dieser grundsätzlichen Gleichheit damit umzugehen ist, dass es vielen Menschen auf dieser Erde an einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung fehlt.

1.5.3.3 Die Gemeinschaftsdimension des Gerechtigkeitsprinzips

Die Ungleichheit verschiedener staatlicher Gesundheitssysteme und damit verbunden der entsprechenden gesundheitlichen Versorgung ergibt sich aus dem Subsidiaritätsprinzip. Während Abwehrrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit universell gelten, sind die subjektiven Rechte, also die Ansprüche anderer, gestuft. So haben die eigenen Kinder andere subjektive Rechte, was ihre Eltern angeht. Selbst erwachsene Kinder haben Sonderrechte gegenüber ihren Eltern, was am sichtbarsten im Erbrecht wird. Hier gibt es sogar die Sondersituation, dass das Ungeborene berücksichtigt wird, also bereits erbfähig ist. Aber dies ist nicht nur auf Kinder oder Verwandte beschränkt. Es gibt kommunale Rechte, die nur denjenigen zukommen, die einen Erstwohnsitz in einer Kommune haben, beispielsweise das kommunale Wahlrecht. Wer seinen Wohnsitz in Jena hat, darf nicht in München an der dortigen Bürgermeisterwahl teilnehmen und umgekehrt. Darüber hinaus gibt es Rechte, die sich auf Staatsbürger beziehen. Auch das Grundgesetz gilt territorial, also in der Bundesrepublik Deutschland, aber nicht in der Demokratischen Republik Kongo, und auch in diesem Fall wird weiter differenziert. »Einige Grundrechte beschränkt die Grundrechtsträgerschaft auf Deutsche i. S. d. Art. 116 GG (Deutschengrundrechte).«⁵²

Dahinter steht eine grundsätzliche moralische Intuition, die sich in praktisch allen Kulturen findet.⁵³ Wir haben eine besondere Ver-

⁵² Bumke/Vofskuhle (2015), Nr. 7. Beispiel hierfür ist Art. 12 GG: »Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.«

⁵³ Nur Religionsstifter wie Buddha und Jesus von Nazareth haben radikal mit dieser Intuition gebrochen. Buddha verließ Frau und Kinder, Jesus rief dazu auf, um ihm nachzufolgen. Jesus forderte zur Feindesliebe auf und bricht mit der klassischen moralischen Intuition (vgl. Mt 5,43–48). Doch Menschen, die diese Botschaft wirklich befolgen, bleiben bis heute Ausnahme. Politisch ist sie nicht durchsetzbar, wie auch die Geschichte des Buddhismus und die Kirchengeschichte zeigt.

antwortung für unsere Familie. Aber wir haben auch eine besondere Verantwortung für unsere »Dorfgemeinschaft« (die Menschen, mit denen wir vertraut sind), unsere »Glaubensgemeinschaft« (die Menschen, mit denen wir uns verbunden fühlen) und als Bürger eines Staates für unsere Mitbürger. Wenn in Deutschland aufgrund der deutschen Geschichte von einer besonderen Verantwortung in unseren Beziehungen zum Staat Israel gesprochen wird, wenn in den USA aufgrund ihrer Geschichte von einer besonderen Verantwortung im Blick auf die vormalige Sklaverei gesprochen wird, so speist sich dies aus genau dieser moralischen Intuition, dass wir mit der Geschichte unseres Staates eine engere Verbindung haben als mit der Geschichte anderer Staaten.

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass aufgrund des Subsidiaritätsprinzips Versorgungleistungen in die Befugnis einzelner Staaten fallen. Dies hängt auch wesentlich mit den Souveränitätsrechten der einzelnen Staaten zusammen, wie sie seit dem Westfälischen Frieden von 1648 bis heute gelten. Allerdings bleibt es dennoch eine offene Frage, wie weit eine grenzüberschreitende Solidarität im Blick auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung gehen muss. Dies hat gerade die Covid-19-Pandemie ausdrücklich in Erinnerung gerufen.

Die Integrative Medizinethik konkretisiert hier, was internationale subsidiäre Solidarität bedeuten sollte. Ungleichheiten im Gesundheitswesen sind so zu gestalten, dass (a) die die Existenz bedrohenden (gesundheitlichen und finanziellen) Risiken solidarisch-global getragen werden, sofern nationale Gesundheitswesen damit überfordert sind, (b) eine relative Chancengleichheit bei der Versicherung von Gesundheitsgefahren besteht und (c) vernünftigerweise zu erwarten ist, dass Ungleichheiten zwischen den verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen, aber auch im Rahmen nationaler Gesundheitssysteme diese Minimalstandards nicht gefährden.

Auch darauf ist bei der Behandlung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen noch ausführlich einzugehen.

1.6 Zusammenschau

Die bisher behandelten medizinethischen Ansätze lassen sich vereinfacht in folgender Weise zusammenfassen. Dabei ist die ordnungsethische Dimension der Integrativen Medizinethik allerdings nicht sichtbar ausgewiesen:

Hippokratischer Eid	Prinzipienethik	Utilitarismus	Religiöse Naturrechtsethiken	Integrative Medizinethik
Ausgangspunkt: konkrete Lebenssituation	Prinzipien mittlerer Reichweite	Letztprinzip des Nutzens	Ausgangspunkt: menschliche Vernunftnatur	Letztprinzip der Menschenwürde
Salus	Voluntas	Utilitas	Natura	Dignitas

Abbildung 8: Zusammenschau der medizinethischen Ansätze

Neben den behandelten Medizinethiken gibt es allerdings weitere alternative Ansätze. Der vielleicht bekannteste Ansatz ist die Care Ethics, wie sie von Gilligan vertreten wird. Ihr geht es darum, das Fürsorgeprinzip über die Fürsorge (care) als besondere weibliche Form moralischen Verhaltens gegenüber der eher männlichen Gerechtigkeitsperspektive herauszuheben.⁵⁴ Dies schließt sich als Gegenentwurf an eine von Kohlberg verfasste Studie zur Moral an, nach der Frauen vermeintlich durchschnittlich niedrigere Stufen der Moral erreichen, weil sie sich weniger rational als Männer verhielten. Gilligan verwies darauf, dass der von ihm verwendete Maßstab dem Gerechtigkeitsempfinden von Frauen oft nicht gerecht werde, da diese beispielsweise dem Intaktbleiben zwischenmenschlicher Beziehungen

⁵⁴ Vgl. Gilligan (1982). Mittlerweile wird Gilligan von feministischer Seite dafür kritisiert, dass die Care Ethics das übliche Frauenbild der fürsorglichen, mitleidvollen Person typisierend für Frauen reserviert und damit klassische Vorurteile zu Geschlechterrollen übernimmt.

einen höheren Wert beimessen als entschlossenem rational-konsistentem Verhalten. Mittlerweile ist dieser Ansatz weiterentwickelt worden und hat Gilligans wertvolle Einsicht, wie wichtig Empathie für eine gelingende medizinische Praxis ist, von der geschlechtsstereotypen Anwendung auf Frauen gelöst, was allein schon deshalb einleuchten sollte, weil die Care Ethics wichtige Einsichten der klassischen Mitleidsethiken aufnimmt und für die ärztliche und pflegerische Praxis fruchtbar macht. Empathie, Mitfühlen (care) ist für eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung von großer Bedeutung, für Ärztinnen, Ärzte und Pflegende jeden Geschlechts. Bestimmten feministischen Ethiken geht es vor diesem Hintergrund darum, »einerseits die Fallstricke dieser hierarchisierenden Kodierung zu vermeiden, andererseits aber das ›Andere‹ der feministisch-ethischen Perspektive zu profilieren«. ⁵⁵

Es gibt darüber hinaus auch Medizinethiken, die weitgehend fallorientiert sind, beispielsweise der Ansatz von Jonsen et al. ⁵⁶, wobei dieser Ansatz aber auch bei der Prinzipienethik verortet werden kann ⁵⁷, und Ansätze, die sich von eigenen Evidenzen leiten lassen, beispielsweise intuitionistisch geprägte Medizinethiken in der Tradition von Moore und Ross.

Diese Medizinethiken lassen sich in folgender (sehr vereinfachter) Weise den klassischen ethischen Ansätzen zuordnen.

Bei dieser Darstellung ist die Annahme leitend, dass die Integrative Medizinethik das Beste der anderen Ansätze miteinander verbindet und darüber hinaus über das Prinzip der Würde und aufgrund der Berücksichtigung der ordnungsethischen Dimension eine besondere Reflexionsleistung einbringt.

⁵⁵ Haker (2019), 258.

⁵⁶ Vgl. Jonsen et al. (2015) und Jonsen (2019).

⁵⁷ Vgl. Rhodes (2020), 9: »Dieser Common-Morality-Ansatz wurde am prominentesten von Tom Beauchamp und James Childress [...] ausführlich dargelegt und von Albert Jonsen, Mark Siegler und William Winslade übernommen [...].«

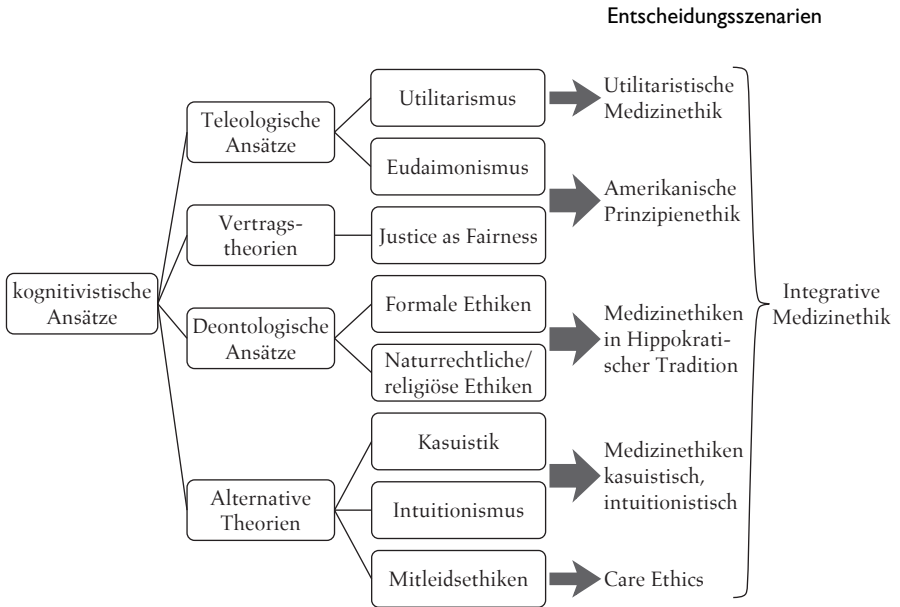


Abbildung 9: Vereinfachende Zuordnung zu den ethischen Ansätzen

1.7 Entscheidungsszenarien

Jeder kann anhand folgender Entscheidungsszenarien, mit denen sich im März und April 2020 norditalienische und spanische Ärztinnen und Ärzte konfrontiert sahen, für sich selbst überprüfen, welche moralischen Intuitionen ihn tragen, und so ein Gespür für die eigenen moralischen Grundüberzeugungen entwickeln. Die Analyse der Entscheidungsmöglichkeiten kann helfen, diese Grundüberzeugungen ethisch zu verorten.

1.7.1 Entscheidungsszenarien auf einer fiktiven Insel Aletheia

In der Frage ethischer Entscheidungen spielt das jeweils geltende Recht eine wichtige Rolle. Umso nötiger ist es, sich davon freizumachen, wenn man ein Gespür für die eigenen moralischen Intuitionen bekommen möchte. Zu diesem Zweck begeben wir uns in guter geisteswissenschaftlicher Tradition auf eine fiktive Insel. Der Name Aletheia ist im Unterschied zu Thomas Morus' fiktiver Insel Utopia (grie-

chisch für »Nirgendwo«) gewählt, um auf eine wesentliche Funktion dieser Übung hinzuweisen. Der griechische Begriff *aletheia* bedeutet wörtlich »Unverborgenheit«, auch wenn *aletheia* meist mit »Wahrheit« übersetzt wird. Es geht hier darum, die eigenen, möglicherweise verborgenen moralischen Intuitionen sichtbar werden zu lassen. Damit dies gelingen kann, ist es von großer Bedeutung, sich soweit wie möglich von einem Framing (englisch *frame* = Rahmen) freizumachen. Mit Framing ist dabei gemeint, dass wir in unseren Bewertungen oftmals durch »Rahmungen«, hier beispielsweise des Medizinrechts, beeinflusst sind. Fast jeder hat vermutlich schon eine Zaubershow gesehen. Der Zauberer framt uns dadurch, dass er unsere Aufmerksamkeit so ablenkt, dass wir den eigentlichen Trick nicht mitbekommen. Bekannt ist auch das Framing eines Harvardexperiments, in dem eine weiß gekleidete Mannschaft sich einen Ball zuwirft. Dasselbe tut in diesem Film parallel dazu eine schwarz gekleidete Mannschaft. Jedes Team hat also einen Ball und der Ball wechselt nur in den jeweiligen Teams. Wenn die Aufgabe lautet, die Ballwechsel der weißen Mannschaft zu zählen, so können vielleicht Beobachter durch dieses Aufgabenframing nicht wahrnehmen, dass zwischendrin ein als Gorilla verkleideter Schauspieler durch das Bild geht. Ein solches Framing verhindert also, etwas wahrzunehmen, was ohne dieses Framing nicht zu übersehen wäre. Genau deshalb ist es so wichtig, sich von rechtlichem Framing, von rechtlichen Rahmenbedingungen freizumachen. Rechtliche Rahmenbedingungen können nämlich sehr zufällig sein und wie am Beispiel der Sterbehilfe gezeigt, selbst zwischen kulturell so nahestehenden Staaten wie den Niederlanden und Deutschland divergieren.

1.7.1.1 Entscheidungsszenarium 1: Ex-ante-Triage

Stellen Sie sich folgendes Szenarium vor: Eine Chefärztin der Intensivabteilung eines Krankenhauses auf *Aletheia* hat auf ihrer Station nur noch ein einziges freies Bett. Alle weiteren Intensivbetten sind mit Coronapatienten belegt und alle Beatmungsgeräte bis auf ein einziges sind im Einsatz. Zeitgleich werden eine 80-jährige Patientin mit Lungenkrebs im fortgeschrittenen Stadium, die vermutlich dauerhaft beatmet werden muss, und eine 30-jährige Patientin eingeliefert. Diese muss aufgrund des Coronavirus temporär intensivmedizinisch behandelt und an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden. Die Chefärztin hat die Entscheidung zu treffen, ob sie die 80-jährige oder

die 30-jährige Patientin zu retten versucht. Wie soll sie entscheiden und warum sollte sie so entscheiden?

In diesem Entscheidungsszenario steht das Menschenleben der 80-Jährigen gegen das Leben nicht nur der 30-jährigen, sondern auch voraussichtlich weiterer Personen, da die 30-Jährige mit großer Wahrscheinlichkeit nach einigen Tagen die Krankheit überstanden haben und damit einer anderen Person Platz machen wird. Es handelt sich um eine Triage-ex-ante-Situation in einem Pandemiefall, bei der zu entscheiden ist, wen man welcher Gruppe bei nicht hinreichend vorhandenen medizinischen Ressourcen – bei Covid-19 nicht genügend Intensivbetten einschließlich notwendiger Beatmungsgeräte – zuordnet.

Üblicherweise differenziert man in derartigen Situationen zwischen verschiedenen Gruppen, in denen nur eine Gruppe Anspruch auf eine sofortige Behandlung hat, nämlich diejenigen, »die akut lebensbedrohlich erkrankt oder gefährdet sind«⁵⁸ und die der Triagegruppe I zugeordnet werden. Davon sind die übrigen Gruppen zu unterscheiden, die zwar als nächste eine Behandlung bekommen sollen, weil sie ernsthaft krank oder verletzt sind, die aber in der momentanen Situation zurückgestellt werden können (Triagegruppe II). Leichtverletzte oder nicht ernsthaft Kranke (Triagegruppe III) dagegen und so schwer Kranke bzw. so schwer Verletzte, bei denen eine Behandlung praktisch aussichtslos ist (Triagegruppe IV), werden in dieser Notlage nicht berücksichtigt.

Allerdings helfen diese Zuordnungen in der konkreten Entscheidungssituation der Chefärztin nicht weiter, da sowohl die 80-Jährige als auch die 30-Jährige in die erste Triagegruppe einzuordnen sind. Beide haben eine bedrohliche, aber keine aussichtslose Prognose. Ihr Überleben hängt von der Beatmung ab. Das Prinzip der Menschenwürde verbunden mit dem Recht auf Leben hilft in diesem Fall auch nicht weiter. Beiden kommt Menschenwürde zu. Zudem ist nach übereinstimmender Überzeugung im Verständnis dieses Prinzips jede Lebenswert- bzw. Lebensunwertdebatte verfehlt. Auch ein an Lungenkrebs erkrankter, älterer Mensch hat von seiner Würde her aufgrund des Grundsatzes der Lebenswertindifferenz und der grundsätzlichen Gleichheit aller Menschen denselben Anspruch auf Lebenserhalt. Konkret bedeutet dies in dieser Situation einer medizi-

⁵⁸ Taupitz (2020), 444.

nischen Triage, dass es keine Rolle spielen darf, wie viel Lebenszeit voraussichtlich noch verbleiben wird. Die 80-Jährige befindet sich noch nicht in der Sterbephase. Wenn sie die Beatmung genauso wünscht wie die 30-Jährige, so kann ihr Alter und ihre noch nicht tödliche Erkrankung ihren aus der Würde kommenden Anspruch nicht mindern. Beide gehören also in die Triagegruppe I derjenigen Menschen, die lebensbedrohlich erkrankt sind und deshalb behandelt werden sollten.

Auf den ersten Blick scheint unter Annahme der Gültigkeit des Menschenwürdeprinzips und des mit ihm verbundenen Rechts auf Leben eine faire Lösung in einem Losverfahren zu bestehen. Doch diese Lösung befriedigt nicht, weil sie das Recht auf Leben in einer Weise verabsolutiert, als ob es keine weiteren Kriterien gäbe, die man bei einer Entscheidung berücksichtigen sollte.⁵⁹ Wenn das fundamentale Würdekriterium in Verbindung mit dem Recht auf Leben nicht den Ausschlag gibt und das mit diesem Prinzip eng verbundene Autonomieprinzip nicht weiterhilft, sofern beide Patienten das letzte Intensivbett erbitten, kann objektiv-medizinisch die Erfolgsaussicht berücksichtigt werden. Dann sollte die 30-Jährige vorgezogen werden, weil ihre Erfolgsaussichten bei gleicher Dringlichkeit besser sind. Hier wird das Salus-Kriterium in der Medizin gebraucht, wenn auch nicht in seinem streng hippokratischen Sinn.⁶⁰

Geht man zudem von Gerechtigkeit als Fairness aus, dann ist die 30-Jährige ebenfalls vorzuziehen, weil ihre intensivmedizinische Behandlung voraussichtlich schneller abgeschlossen sein wird und damit der Platz für eine andere Person frei werden dürfte. Es könnten von daher mehr Menschenleben gerettet werden. Zugleich könnte man aus Gerechtigkeitsgründen einfordern, den jüngeren Menschen dem älteren vorzuziehen, da letzterer schon mehr vom Leben haben dürfte. Die Behandlung einer 30-Jährigen verspricht nämlich die Rettung von »mehr Lebensjahren«. Geht man von naturrechtlichen Überlegungen aus, sollte die 30-Jährige aufgrund ihrer längeren Lebensperspektive ebenfalls dem älteren Menschen vorgezogen werden, wenn ansonsten nichts weiter bekannt ist.

⁵⁹ Vgl. zu unterschiedlichen Kriterien DIVI et al. (2020) sowie Ehni et al. (2020).

⁶⁰ Im Hippokratischen Eid geht es um die konkrete Beziehung des behandelnden Arztes zu seinem Patienten. Ein Vergleich mit anderen Patienten oder auch Gerechtigkeitsüberlegungen spielen in diesem Eid keine Rolle.

Die Behandlung der 30-Jährigen erscheint darum vorzugswürdig, wenn man die auch für die Integrative Medizinethik der Menschenwürde zwar nachgeordneten, aber dennoch wichtigen Kriterien von *salus*, *natura*, *utilitas* und Gerechtigkeit berücksichtigt. Insbesondere scheint ihre Behandlung dem Prinzip zu entsprechen, wonach möglichst viele Menschenleben zu retten sind. Dies liegt in einer Linie mit den Überlegungen des Deutschen Ethikrats, der ausdrücklich fordert, »alles Zulässige zu unternehmen, um so viele Menschenleben wie möglich zu retten«. ⁶¹ So wie es bei einem Rettungseinsatz auf hoher See bei zwei untergehenden Booten, die so weit voneinander entfernt sind, dass nur die Passagiere eines Boots gerettet werden können, vorzugswürdig ist, das Boot anzusteuern, auf dem mehr Passagiere zu ertrinken drohen, ist es in der Krankenhaus-situation angemessen, der 30-Jährigen das letzte Beatmungsgerät zu geben. Dazu kommt, wie die Empfehlungen hochrangiger medizinischer und ethischer Fachgesellschaften nahelegen, ⁶² dass beim direkten Vergleich der Grunderkrankungen sich die vorzugswürdige Behandlung der 30-jährigen Mutter gegenüber der 80-jährigen Lungenkrebspatienten ergibt.

Von Rechts wegen scheint eine Chefärztin, wenn sich der Entscheidungsfall in Deutschland zutragen würde, allerdings aufgrund dessen, dass »das Recht unterschiedliche Lebenswerte zwischen Individuen nicht anerkennen und ungleiche Schutzpflichten deshalb nicht statuieren darf«, ⁶³ selbst entscheiden zu können, sogar entscheiden zu müssen, wem sie das Beatmungsgerät gibt. Es ist nämlich herrschende Meinung, dass es hier keine direkten rechtlichen Vorgaben gibt. So betont der Deutsche Ethikrat: »Die Möglichkeiten des Staats, abstrakt bindende Vorgaben für die Allokation knapper Ressourcen zu machen, sind somit begrenzt. Die grundrechtlichen Direktiven beschreiben im Wesentlichen negativ den Bereich des nicht mehr Zulässigen. Positive Orientierung für die konkrete Auswahlentscheidung in der Klinik bieten sie dagegen kaum.« ⁶⁴ In einer gemeinsamen Stellungnahme kommen auch medizinische und ethische Fachgesellschaften zu einer solchen Einschätzung: »Solche Entscheidungen müssen, da es zum aktuellen Zeitpunkt keine spezifischen

⁶¹ Deutscher Ethikrat (2020), 3.

⁶² Vgl. DIVI et al. (2020).

⁶³ Merkel (2020), 11.

⁶⁴ Deutscher Ethikrat (2020), 4.

rechtlichen Regelungen gibt, von den Akteuren vor Ort verantwortet werden.«⁶⁵

Allerdings gibt es auch gegenteilige Stimmen. Der Medizinrechtler Jochen Taupitz behauptet sogar, dass das »Ziel der Rechtsordnung [darin besteht], ein Optimum an Rechtsgüterschutz zu erreichen. Darum sei es vorzugswürdig, im Entscheidungsfall das Menschenleben zu retten, durch dessen Rettung dieses Optimum prognostisch gewährleistet ist«,⁶⁶ was sich sehr gut mit dem Ansatz der Integrativen Medizinethik verbinden lässt. Auch die Fachgesellschaften kommen, allerdings aus medizinischer Sicht, zu einer ähnlichen Einschätzung, wenn die Ressourcen zu knapp sind. Dann sollten in der letzten Stufe der Priorisierung die Erfolgsaussichten eines Patienten »im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für andere Patienten«⁶⁷ berücksichtigt werden dürfen.

Wenn also in dieser ex-ante-Triage weitgehend Übereinstimmung besteht, dass die Ärztin die 30-Jährige an das Atemgerät anschließen sollte, so bleibt offen, ob die Gründe ethisch zwingend sind. Andernfalls wäre es ethisch für die Cheförztn zulässig, die 80-Jährige zu retten, beispielsweise weil diese ihre Mutter wäre. Jeder kann sich fragen: Was würde ich in diesem Fall tun, wenn ich an der Stelle der Cheförztn wäre und es um das Leben meiner Mutter ginge?

1.7.1.2 Entscheidungsszenarium 2: Ex-post-Triage

Ethisch noch schwieriger ist die folgende Situation. Eine Cheförztn der Intensivabteilung eines Krankenhauses auf Aletheia hat auf ihrer Station kein einziges freies Bett. Auf der Intensivstation liegt jedoch seit einigen Tagen eine 80-jährige Patientin mit Lungenkrebs im fortgeschrittenen Stadium, die beatmet wird. Wie lange die Patientin überleben wird, ist unklar. Es können Wochen, sogar Monate sein. Alle weiteren Intensivbetten sind mit Coronapatienten belegt und alle Beatmungsgeräte sind im Einsatz. Es wird eine 30-Jährige eingeliefert, die aufgrund des Coronavirus intensivmedizinisch behandelt und an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden muss. Die Cheförztn hat zu entscheiden, ob sie die 80-jährige Patientin gegen ihren ausdrücklichen Willen von der Maschine nimmt, um die 30-Jährige zu retten. Diese hat dann eine gute Chance zu überleben. Sie kann

⁶⁵ DIVI et al. (2020), 8.

⁶⁶ Taupitz (2020), 445.

⁶⁷ DIVI et al. (2020), 7.

voraussichtlich nach einer Woche aus der Intensivmedizin entlassen werden und so den Platz für den nächsten Patienten freimachen. Die 80-Jährige dagegen wird mit Sicherheit ohne Intensivbehandlung unmittelbar nach Entzug der Maschine sterben. Wie soll die Chefärztin entscheiden und warum sollte sie so entscheiden?

Diese Entscheidungssituation erinnert an ein Szenarium, das bereits vielfältig philosophisch diskutiert wurde und bis heute diskutiert wird.⁶⁸ An einem Gleis arbeiten mit lauten Maschinen fünf Arbeiter. Ein Zug nähert sich. Sie können die Männer nicht mehr warnen, aber die Weiche umstellen, sodass der Zug das andere Gleis nimmt. Dadurch wären die Arbeiter gerettet. Allerdings arbeitet auf dem anderen Gleis ebenfalls ein Mann, den der Zug dann überfahren wird, denn auch er ist nicht zu warnen. Stellen Sie die Weiche um?

Geht man von dem Prinzip aus, dass möglichst viele Menschenleben zu retten wären, so scheint in einer solchen Entscheidungssituation das Umstellen der Weiche nicht nur zulässig, sondern sogar ethisch geboten zu sein. Allerdings fragt Thomson dann, ob nicht das Gleiche auch für folgenden analogen Fall gelten würde: Ein Transplantationschirurg hat die Möglichkeit, fünf Menschen das Leben zu retten, die alle ein Organ benötigen, aber dazu muss er eine andere Person A töten, um ihr die Organe zu entnehmen. Geht man von dem Prinzip aus, möglichst viele Menschenleben zu retten, so scheint der Transplantationschirurg richtig zu handeln, wenn er A tötet. Doch so einfach ist die ethische Bewertung nicht.

Was unterscheidet das letztgenannte Entscheidungsszenarium nämlich vom Trolley-Beispiel und vom Entziehen des Beatmungsgeräts? Wer das Beatmungsgerät entzieht oder die Weiche umstellt, handelt zwar aktiv, aber dieses aktive Handeln impliziert keinen direkten Tötungsakt. Dagegen tötet der Explantationseingriff den Menschen in direkter Weise, auch wenn dadurch fünf andere gerettet werden. Dazu kommt: Die Explantation von Organen, die Teil des Menschen sind, verletzt direkt seine körperliche Unversehrtheit, führt direkt zu seinem Tod. Letztgenannter Eingriff ist darum nicht nur nach der Integrativen Medizinethik, sondern auch nach anderen ethischen Ansätzen unzulässig. »Dass auch der (klassische) Utilitarist die Tötung von A in diesem Fall nicht billigen kann, beruht darauf, dass das Tötungsverbot für ihn im Wesentlichen nicht durch die Auswirkungen auf die unmittelbar Betroffenen begründet ist, sondern

⁶⁸ Vgl. Thomson (1985), 1395.

durch die indirekten Auswirkungen auf andere.«⁶⁹ Es ist nur konsequent, dass kein Rechtssystem weltweit eine solche Explantation zulassen würde.

Aber auch der Entzug des Beatmungsgeräts, um dieses einer anderen Person zu geben, ist rechtlich, zumindest in Deutschland – freilich nicht auf *Aletheia* – eindeutig geregelt, sofern die Person an dem Beatmungsgerät nicht von sich aus auf eine Weiterbeatmung verzichtet: »Objektiv rechtens ist das aktive Beenden einer laufenden, weiterhin indizierten Behandlung zum Zweck der Rettung eines Dritten jedoch nicht. Hier muss an den [...] prinzipiellen Imperativ erinnert werden: Auch in Katastrophenzeiten hat der Staat die Fundamente der Rechtsordnung zu sichern.«⁷⁰

Allerdings wird dies von Bettina Schöne-Seifert bezweifelt: »Einen Patienten von vornherein nicht zu beatmen, lässt sich psychisch [...] besser ertragen und hinnehmen als das Abstellen eines laufenden Beatmungsgeräts. Und doch hat sich im Medizinrecht und in der Medizinethik längst die Auffassung durchgesetzt, dass beide Formen des Sterbenlassens normativ gleichwertig sind.«⁷¹ Was das Medizinrecht in Deutschland angeht, irrt sie jedoch, denn hier gilt diese Gleichwertigkeit nur für den Fall, dass die betreffende Person *von sich aus* auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet. Das war der entscheidende Differenzpunkt, den der Bundesgerichtshof (BGH) in seinem bahnbrechenden Urteil aus dem Jahr 2010 festgehalten hat:

»Die von den Betreuern – [...] – geprüfte Einwilligung der Patientin rechtfertigte nicht nur den Behandlungsabbruch durch bloßes Unterlassen weiterer Ernährung, sondern auch ein aktives Tun, das der Beendigung oder Verhinderung einer von ihr nicht oder nicht mehr gewollten Behandlung diene.«⁷²

Falls jedoch die Person weiterleben möchte und mithilfe der bereits eingeleiteten lebenserhaltenden Maßnahmen dies auch könnte, bedeutet der Entzug des lebenserhaltenden Beatmungsgeräts, dass diese Person »zum Sterben ausgesondert wird, Opfer einer Tötung«⁷³ wird, so zumindest die Einschätzung des Rechtswissenschaftlers und langjährigen Ethikratsmitglieds Merkel. Diese Maßnahme ist wohl in den

⁶⁹ Birnbacher (2005), 179.

⁷⁰ Deutscher Ethikrat (2020), 4.

⁷¹ Schöne-Seifert (2020b), 11.

⁷² BGH, Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09.

⁷³ Merkel (2020), 13.

meisten Staaten nicht rechtens und auch nicht mit dem Prinzip der Menschenwürde in Einklang zu bringen. Wenn die Behandlung der 80-Jährigen medizinisch indiziert ist, weil sie nur durch diese Behandlung am Leben bleiben kann und wenn die Patientin nicht von sich aus um eine Therapiezieländerung bittet, ihr das Beatmungsgerät zu entziehen, um dieses einer anderen Person zu geben, verletzt der Entzug des lebenserhaltenden Geräts ihr mit der Würde verbundenes Recht auf Leben. Die 30-Jährige ist leider in der Situation, dass kein Beatmungsgerät, kein Intensivplatz mehr zur Verfügung steht. Sie könnte nur gerettet werden, wenn man der 80-Jährigen die lebenserhaltende Maßnahme entziehen würde. Ein derartiger Entzug gegen den Willen der Betroffenen ist jedoch in einem solchen Fall kein Sterbenlassen, sondern eine Unterlassungshandlung einer Behandlung mit tödlicher Wirkung. Es würde sich, wie auch im Urteil des BGHs argumentativ begründet, nur um ein Sterbenlassen handeln, wenn die Patientin selbst darum gebeten hätte.

Allerdings lässt diese Interpretation des Menschenwürdeprinzips dann auch wenig Spielraum bezüglich des Trolley-Beispiels. Wer die Weiche umstellt, weiß darum, dass dies dazu führt, dass er einen Menschen tötet, der ohne dieses Umstellen nicht gestorben wäre. Handelt er dagegen nicht, so sterben die fünf Arbeiter, weil es eben dieses Unglück gegeben hat. Im ersten Fall verletzt der Handelnde das mit der Menschenwürde verbundene Lebensrecht des einen Arbeiters, im anderen Fall dagegen entscheidet das Schicksal, wofür er keine Verantwortung trägt.

Die Analogie der Entscheidungssituation wird noch klarer, wenn man das medizinische Entscheidungsszenarium leicht verändert. Würde es einen Unterschied machen, wenn es sich statt der 80-Jährigen um eine 30-Jährige handeln würde, die an Lungenkrebs erkrankt ist und mehrere Monate an dem Atemgerät bliebe, wobei eine gewisse Hoffnung auf Heilung besteht? Angenommen, man hätte die Gewissheit, dass man in einem Fall ein Menschenleben, im anderen Fall fünf Menschenleben mit dem einen Beatmungsgerät retten könnte, so können doch Zweifel an der Klarheit der Entscheidung aufkommen: Wer zuerst an der Maschine ist, hat solange einen Anspruch darauf, wie dies medizinisch indiziert ist und er bzw. sie es möchte.

Diese Entscheidung befriedigt nämlich nicht vollkommen, da im Fall der 30-jährigen Covid-19-Patientin mit einer hohen Wahrscheinlichkeit, im Fall des Umstellens der Weiche mit Sicherheit

mehr Menschenleben hätten gerettet werden können. Da allen Betroffenen Menschenwürde zukommt, scheint der entscheidende moralische Unterschied also darin zu bestehen, dass das Unterlassen einer Lebensrettung in diesen Situationen weniger Gewicht hat als das aktive Verursachen einer Lebensbeendigung. Handelt es sich also wirklich beim Entzug der Maschine um ein *nicht gerechtfertigtes* Unterlassen einer lebenserhaltenden Maßnahme, also dass eine Behandlung unterbleibt, die hätte durchgeführt werden müssen? Sollte in einer so eklatanten Knappheitssituation wie der beschriebenen (und nur in dieser, das sei noch einmal betont, sind solche Überlegungen ja überhaupt von Belang) der Anspruch auf Lebenserhalt der Lungenkrebserkrankten, die bereits an das Gerät angeschlossen ist, und der Anspruch der Covid-19-Erkrankten ausgehend vom Prinzip der Menschenwürde nicht vielleicht doch als gleichwertig behandelt werden? Haben nicht beide in dieser Situation denselben Anspruch auf Lebensrettung, wie auch im Trolley-Problem alle sechs Betroffenen denselben Anspruch auf Lebensrettung haben? Oder ist vielleicht die Analogie zu dem Trolley-Problem erst erreicht, wenn man davon ausgeht, dass der Arbeiter, der allein am Gleis arbeitet, zugesichert bekam, dass auf diesem Gleis niemals ein Zug fahren wird, während die fünf anderen Arbeiter diese Zusage nicht hatten?⁷⁴

Für eine utilitaristische Medizinethik ist hier – zumindest auf den ersten Blick⁷⁵ – die gesollte Entscheidung, die Lungenkrebserkrankte gegen ihren Willen von der Beatmungsmaschine zu nehmen und die 30-jährige Covid-19-Patientin zu retten, denn damit wird ein größerer Nutzen geschaffen, nämlich die Person behandelt, die persönlich größere Erfolgsaussichten hat. Zudem werden voraussichtlich mehr Menschenleben gerettet, da die 30-jährige Covid-19-Patientin eine gute Prognose hat und höchstwahrscheinlich das Beatmungsgerät bald nicht mehr benötigen wird. Auch objektiv-medizinisch wäre eigentlich eine solche Maßnahme (größere Erfolgsaussichten) angemessen. Doch würde bereits der hippokratische Arzt zu einer anderen Entscheidung neigen können, weil die 80-Jährige *seine* Patientin ist und er sich fragen müsste, ob er nicht durch den Entzug des Beatmungsgeräts am Tod dieser Patientin schuldig wird und seinen Eid

⁷⁴ Vgl. Thomson (1985), 1411 f., hier leicht verändert.

⁷⁵ Vgl. aber die Überlegungen am Ende dieses Unterkapitels, die ähnlich bereits im Zusammenhang des Transplantationsbeispiels von Birnbacher (2005, 179) formuliert wurden.

bricht. Er verletzt das Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip, das dieser Patientin gilt, denn sie bekommt bereits eine lebensverlängernde, gewünschte und objektiv-medizinisch indizierte Therapie, auch wenn die Erfolgsaussichten weniger gut sind als bei der Covid-19-Patientin.

Auch religiös-naturrechtlich sprechen gewichtige Gründe dagegen, der Lungenkrebserkrankten die Beatmungsmaschine zu entziehen, um die Covid-19-Patientin zu retten. Da jedes Leben Gott gehört und die betreffende Person zudem ihr Leben nicht für andere hingeben möchte, bedeutet in der Deutung der Weltreligionen der Entzug der lebensrettenden Beatmung eine unzulässige Tötung dieses Menschen.

Auch der Vier-Prinzipien-Ansatz würde in seiner Betonung der Patientenautonomie einen solchen Entzug gegen den Patientenwillen als Verletzung dieses Prinzips verstehen. Zudem wird dieser Patientin gegenüber auch das Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip verletzt. Nur im Blick auf das Gerechtigkeitsprinzip wäre eine Abwägung denkbar, die aber im Abwägungsprozess mit den übrigen drei Prinzipien dennoch nicht zur Konsequenz hätte, die Beatmung der an Lungenkrebs erkrankten Patientin einzustellen.

Die Integrative Medizinethik müsste ebenfalls in dieser Situation zum Ergebnis kommen, dass dem mit der Menschenwürde verbundenen Lebens- und Selbstbestimmungsrecht der Patientin am Beatmungsgerät Vorrang einzuräumen ist. Sie hat nur dieses einzige Leben. Selbst wenn es möglicherweise nur noch wenige Wochen dauert, bedeutet doch der Entzug des Beatmungsgeräts ihren sofortigen Tod. Gegen ihren Willen ist dies eine Tötung. Ihr werden ihre letzten Wochen des Lebens genommen. Gerade in der vertragstheoretisch-pragmatischen Begründung der Menschenwürde war deutlich geworden, dass nur deshalb jeder diesem Vertrag zustimmen sollte, weil dieser Vertrag seine notwendigen Handlungsbedingungen schützt. Wenn es aber Situationen gäbe, bei denen diese notwendigen Handlungsbedingungen aktiv entziehbar wären, verlöre der Vertrag seinen Sinn. Die Covid-19-Patientin kommt leider in dieser Situation zu spät. Das letzte Bett ist belegt, die letzte Atemmaschine vergeben. Ihr wird aber nichts genommen. Sie hat zwar ein subjektives Recht auf bestmögliche gesundheitliche Versorgung, aber leider sind in dieser Situation aufgrund knapper Ressourcen nicht hinreichend Intensivbetten und Atemmaschinen verfügbar. Dies ist tragisch und möglicherweise hat sich die Gesellschaft schuldig gemacht, weil sie nicht hinreichend Vorsorge traf. In der konkreten Situation jedoch sollte

die Chefärztin nach diesem ethischen Ansatz nicht einem Menschen das Leben nehmen, um das Leben eines anderen Menschen zu erhalten.

Dennoch bleibt die aus Nutzenerwägungen und auch vom Gerechtigkeitsprinzip her mögliche Frage virulent, ob nicht doch möglichst viele Menschenleben gerettet werden sollten, selbst wenn dafür ein Mensch durch Unterlassen sterben wird. Dies war wohl der Grund, warum der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme offenlässt, ob eine vergleichbare Entscheidung von Ärztinnen und Ärzten einem Patienten zugunsten eines anderen Patienten, der bessere Chancen hat, das Beatmungsgerät zu entziehen, nicht doch ethisch gerechtfertigt werden könnte, weswegen ein solches Handeln nicht notwendigerweise rechtlich zu sanktionieren wäre. Der Ethikrat spricht in diesem Zusammenhang von einer »entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung«. ⁷⁶ Betroffene Ärztinnen und Ärzte haben diese Äußerung des Ethikrats allerdings so kommentiert: »Dass der so handelnde Arzt mit »einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung« rechnen dürfe, ist vielleicht nett gemeint, hat aber auch etwas Zynisches. Klatschen auf dem Balkon, weit weg vom Ort der Verantwortung.« ⁷⁷ Und sie formulieren nochmals die zentrale Frage: »Ist der eine Tod eine verfassungsrechtliche Tragödie, sind 15 Tote in 100 Konfliktsituationen aber nur Statistik?«

Wären Sie die Chefärztin auf Aletheia, wo das deutsche Recht nicht in Geltung ist, wie würden Sie in einer solchen Situation entscheiden? Würde es für Sie einen Unterschied machen, wenn es sich bei der 30-jährigen Covid-19-Patientin um ihre eigene Schwester oder sogar Tochter handeln würde?

Wer bereit wäre, der an Lungenkrebs erkrankten Patientin das Atemgerät zu entziehen, sollte sich jedoch bewusst sein, dass derartige Entscheidungen Folgeprobleme nach sich ziehen, was selbst überzeugten Utilitaristen zu denken gibt, wie das obige Transplantationsbeispiel zeigte. Wenn jeder Mensch, der eine lebensrettende Behandlung bekommt, fürchten müsste, dass diese abgebrochen wird, weil durch die Behandlung einer anderen Person wohl mehr Menschenleben gerettet werden könnten, so würde dies zu extremen Unsicherheiten führen. Man stelle sich vor: In einem Krankenhaus befindet sich ein neurochirurgisches Team gerade in einer lang-

⁷⁶ Deutscher Ethikrat (2020), 4.

⁷⁷ Schuler et al. (2020), N2. Dort auch das folgende Zitat.

dauernden, schwierigen Operation mit ungewisser Prognose. Es wird nun eine Person mit einer hervorragenden Prognose eingeliefert, sofern sie sofort einen lebensrettenden, neurochirurgischen Eingriff erhält. Auch würde der Eingriff bei dieser Person deutlich schneller vonstattengehen, sodass anschließend ein weiterer Mensch operiert werden könnte. Es würden also mit hoher Wahrscheinlichkeit zwei Menschenleben statt möglicherweise nur dieses eine Menschenleben gerettet werden. Durch den Abbruch der Operation würde jedoch diese Person, die gerade operiert wird, mit Sicherheit sterben. Es ist anzunehmen, dass nur die wenigsten bereit wären, sich ein Gesundheitswesen zu wünschen, in dem derartige Entscheidungen getroffen würden, denn dann hätte niemand, der gerade operiert wird, für sich die Gewissheit, dass seine Operation zu Ende geführt wird. Darum ist die Grenze des Rechts in praktisch allen Staaten, die analoge Handlungen zur ex-post-Triage verbieten, tatsächlich auch pragmatisch gut begründet.

1.7.1.3 Entscheidungsszenarium 3: Ex-ante- oder Ex-post-Triage?

Abschließend ist ein drittes Entscheidungsszenarium zu untersuchen. Wie im ersten Fall hat die Cheförztn der Intensivabteilung eines Krankenhauses auf Aletheia auf ihrer Station noch ein einziges freies Bett zur Verfügung. Ihr wird gemeldet, dass eine 80-jährige Patientin mit Lungenkrebs im fortgeschrittenen Stadium, die beatmet werden muss, um zu überleben, gerade in die Notaufnahme gebracht wurde. Wie lange die Patientin überleben wird, ist unklar. Es können Wochen, sogar Monate sein. Alle weiteren Intensivbetten sind mit Coronapatienten belegt. Alle Beatmungsgeräte sind im Einsatz. Es wird ihr zugleich avisiert, dass eine 30-Jährige auf dem Weg ins Krankenhaus ist, die aufgrund des Coronavirus intensivmedizinisch behandelt und an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden muss. Die Cheförztn hat zu entscheiden, ob Sie auf die 30-Jährige wartet und der 80-jährigen Patientin die lebenserhaltende Maßnahme vorenthält, obwohl letztere bereits im Krankenhaus ist. Die 30-Jährige hat eine gute Chance zu überleben. Sie kann voraussichtlich nach einer Woche aus der Intensivmedizin entlassen werden und so den Platz für den nächsten Patienten freimachen. Die 80-Jährige dagegen wird mit hoher Wahrscheinlichkeit das Beatmungsgerät für eine längere Zeit belegen. Wie sollte die Cheförztn entscheiden, warum sollte sie so entscheiden?

Wenn die ethische Bewertung der ersten beiden Entscheidungs-

situationen, ausgehend vom Prinzip der Menschenwürde und des Lebensschutzes, angemessen war, so ist in diesem Szenarium von zentraler Bedeutung, ob die Entscheidung als ex-ante- oder ex-post-Triage einzuordnen ist. Auch in diesem Zusammenhang mag eine Parallele bei einer Triage-Situation zur Rettung von Schiffbrüchigen helfen. Wenn sich das Rettungsboot einem einzelnen zu Rettendem nähert und dann erfährt, dass mehrere Menschen in entgegengesetzter Richtung und etwas weiter entfernt gerettet werden könnten, so ist es angemessen, wenn die Retter sich zuerst um diese kümmern, nach dem Grundsatz: Es ist besser, mehr Menschenleben zu retten, da allen Menschenwürde in gleicher Weise zukommt. Auch im Blick auf das letzte zu vergebende Beatmungsgerät gilt dann: Es kann der 30-Jährigen vorbehalten bleiben. Dies entspricht zudem dem geltenden Recht, zumindest in Deutschland: »Wartet das medizinische Team dann die Einlieferung der jungen Frau ab und intubiert diese statt des alten Mannes, handelt es rechtlich erlaubt und moralisch wohl richtig.«⁷⁸ Allerdings ist auch hier auf die Differenz zwischen Ethik und Recht aufmerksam zu machen. Die Chefärztin würde auch rechtlich erlaubt handeln, wenn sie die 80-Jährige behandeln würde. Ethisch dagegen wäre die Behandlung der 30-Jährigen vorzugswürdig, es sei denn man geht von einer Gerechtigkeitsvorstellung aus, wonach der Person, die zuerst kommt, auch zuerst die Behandlung zusteht, wenn es um eine lebensrettende Behandlung geht und in beiden Fällen hinreichend Erfolgsaussichten bestehen. Diese Gerechtigkeitsvorstellung verabsolutiert jedoch das prozedurale »First-come-first-served«-Prinzip. Es vernachlässigt, dass auch in Hinsicht auf die Gerechtigkeit von erheblicher Bedeutung ist, dass die 30-Jährige mit hoher Wahrscheinlichkeit noch mehr Lebenszeit vor sich hat und zugleich weitere Betroffene gerettet werden könnten.

Neben der Ankunftszeit sollten auch diese Aspekte der Gerechtigkeit berücksichtigt werden, zumal in einem solchen Fall auch die Kriterien von *salus, natura* und *utilitas* Berücksichtigung finden. Im Unterschied zum zweiten Entscheidungsszenarium ist die 80-Jährige noch nicht an dem Beatmungsgerät. Sie hat zwar ein Recht auf Leben, doch dieses Recht hat auch die 30-Jährige. Die 30-Jährige der 80-Jährigen vorzuziehen kann zwar nicht aufgrund der Menschenwürde, die beiden zukommt, aber aufgrund anderer Kriterien gut begründet

⁷⁸ Merkel (2020), 13.

werden, da diese zusammengenommen gewichtiger sind als das prozedurale »First-come-first-served«-Prinzip.

1.7.1.4 Fazit

Das ex-post-Triage-Szenario ist ethisch deutlich schwieriger zu entscheiden als die anderen beiden Szenarien. Während es bei letztgenannten Szenarien aufgrund ethischer Überlegungen nach allen behandelten medizinethischen Ansätzen nur eine angemessene Entscheidung gab, gehen bei diesem Szenario die Überzeugungen auseinander.

Sollte sich die Cheförztn auf Aletheia grundsätzlich für eine ex-post-Triage zuungunsten der Patientin am Atemgerät entscheiden, dann wären für sie wohl utilitaristische Überlegungen leitend. Sie könnte die Folgeproblematik dadurch umgehen, dass sie davon ausgeht, dass diese Pandemiesituation einmaligen Charakter hat, sodass sich niemand fürchten muss, mitten in der Operation im Stich gelassen zu werden. Würde sie dagegen nur dann die 80-jährige Patientin vom Atemgerät nehmen, wenn die Covid-19-Patientin ihre Tochter oder Schwester wäre, dann erweist sie sich in diesem Handlungsvollzug gerade nicht als Utilitaristin. Sie folgt aber auch sonst keinem der medizinethischen Ansätze. Vielmehr spielt hier die familiäre Bindung die entscheidende Rolle. Man könnte auch sagen: Das Eigeninteresse im weiteren Sinn, also die Sorge um die *eigene* Familie, begründet ihre Entscheidungsfindung.

Man sollte deshalb bei allen ethischen Konflikten nicht unterschätzen, welche Bedeutung das Eigeninteresse hat, weswegen die ordnungsethische Dimension für handhabbare Regeln von so großer Bedeutung ist.

1.7.2 Die ordnungsethische Bedeutung

Die Entscheidungsszenarien können helfen zu verstehen, warum ordnungsethische Überlegungen von so großer Bedeutung sind. In den meisten Staaten würde man deshalb Regelungen bereitstellen, nach denen befangene Personen keine Triageentscheidungen treffen dürfen. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch, ob in den einzelnen Staaten der Öffentlichkeitsdiskurs darauf hingewirkt hat, angemessene Regelungen zu finden.

Auch geben ärztliche Gesellschaften oder auch der Staat entspre-

chende Regeln vor, nach denen zu entscheiden ist. Das klassische Beispiel hierfür sind die Vergaberichtlinien bei Organen. Da diese ein knappes Gut sind und Menschen sterben, die man hätte retten können, wenn genügend Organe verfügbar gewesen wären, entlastet man die Ärzte dadurch, dass Algorithmen vorgeben, wer als Nächster auf der Warteliste das entsprechende Organ bekommt.

Ein wesentlicher Grund für diese Regelung, die auch 2020 nochmals durch den Bundestag mehrheitlich bestätigt wurde, rührt daher, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Bevölkerung das Ganzhirntodkriterium bezweifelt. Dies führt uns zum nächsten großen Thema, das für Konfliktfälle am Lebensende, aber auch am Lebensanfang von größter Bedeutung ist: Was macht den Menschen zum Menschen? Ab wann und bis wann existiert der Mensch?