

0. EINLEITUNG: MEDIZINETHIK ZWISCHEN STANDESETHOS UND PHILOSOPHISCHER BEREICHSETHIK

In der 2002 erlassenen Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte wurde insbesondere die Vermittlung geistiger, historischer und ethischer Grundlagen ärztlichen Verhaltens im medizinischen Studium auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes betont, was eine wesentliche Änderung in der ärztlichen Ausbildung bewirkte (vgl. Schott 2008, 89 f.). Diese Erweiterung bzw. Neuorientierung in der ärztlichen Ausbildung folgt der Erkenntnis eines sich vollziehenden Wertewandels der kulturellen Idee der Medizin. Auch das Verständnis des Arztes ändert sich wie das Selbstverständnis und die Rolle des Patienten. In diesem Zusammenhang ist die Reflexion auf die Rahmenbedingungen dieses Wertewandels von hoher Bedeutung, die das Arzt-Patienten-Verhältnis betreffen. Die Position oder gar das „Ideal“ eines Arztes bemisst sich nicht per se am Arzt selbst, sondern immer erst in seinem Handeln, in seinem Umgang mit dem Kranken, also in der Ausprägung der Arzt-Patienten-Beziehung. Unter allen unterschiedlichen gesellschaftlichen/kulturellen Ausprägungen immer gleich bleibt die Primärerfahrung und primäre Reaktion eines Menschen, dessen Befindensweise sich verändert hat (vgl. Seidler 1980, 12, 14 f.).

Der Betroffene gibt sich in seiner Hilflosigkeit, mit seinen Nöten und Ängsten einem anderen hin, von dem er annehmen muss, dass er diese Not abwenden kann. Es erfordert also *jemanden* in der menschlichen Gesellschaft, dem das Vermögen zugeschrieben wird, die resultierenden Probleme zu verwalten, der weiß, „woher“ Krankheit kommt, der Krankheit bzw. deren Ursachen wieder „wegnehmen“ oder verhindern kann. Dies erzeugt die Position des Heilkundigen, er wird zum Geheimnisträger, an ihn wird die Sorge um Wohlbefinden und Missbefinden delegiert (Seidler 1980, 17). Aber der Arzt, die Rolle des Arztes, die Ausprägung der Arzt-Patienten-Beziehung ist auch von *epochenabhängigen* kulturellen und anthropologischen Vorgaben bestimmt. Und hier sind es insbesondere vier Problemfelder, unter denen sich letztlich die Ansicht vom „idealen“ Arzt ganz unterschiedlich gestaltet und ausgeprägt hatte: die Frage nach der ethischen Fundierung ärztlichen Handelns, das Problem der Strukturierung der Ärzte als Stand, die Frage, wem der Arzt verpflichtet ist, und das Dilemma, das durch die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft entstanden ist (vgl. Seidler 1980, 17–25).

Die Basis eines humanen Umgangs zwischen Heilkunst bzw. Arzt und Kranken ist bereits – zumindest überliefert – in der griechischen Antike gelegt worden. Mit dem *Corpus hippocraticum* und dem als ärztlicher Pflichtenkodex (der hippokratischen Ärzte, also zunächst nur einer bestimmten Ärzteguppe oder -schule) zu verstehenden so genannten Hippokratischen Eid sind die wichtigsten ethischen Elemente der griechischen Medizin für unseren Kulturkreis verbreitet worden. Allerdings ist diese ethische Haltung bereits im klassischen Griechenland konterkariert worden (Gewinnstreben, weite Verbreitung von Suizid und Abtreibung, Kategori-

sierung von chronischem Kranksein, Hoffnungslosigkeit des Zustandes als Makel und Versagen). Und dieser Konflikt, die Zwiespältigkeit ärztlicher Verhaltensprobleme durchzieht die gesamte Geschichte der medizinischen Ethik. Der „Hippokratische Eid“ selbst, der vielfach als Grundlage auch heutiger, etwa in den ärztlichen Berufsordnungen deklarerter ärztlich-ethischer Verhaltensrichtlinien angesehen wird, hatte sogar in der (Spät-)Antike, mehr noch in den folgenden gesellschaftlichen Epochen zum Teil erhebliche Änderungen erfahren. Denn ethische Normen unterliegen dem gesellschaftlichen Wandel, d. h. sie werden von den jeweiligen Moral- und Sittlichkeitsvorstellungen beeinflusst und geprägt. Dieser Wertewandel richtet sich heute zunehmend auch auf die Stellung des Patienten. Wurde mit der ethischen Fundierung ärztlichen Handelns eine vorrangig paternalistische Position vertreten (der Arzt weiß und bestimmt, was für den Patienten gut ist), so zwingt die Forderung nach einer Patientenautonomie, die Rolle des Arztes im Arzt-Patienten-Verhältnis neu zu durchdenken. Das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten über seinen Körper, sein Freiheitsrecht (Recht auf Nichteinmischung, Handlungsfreiheit), soll gewährleistet sein, aber zugleich soll der Arzt nicht nur zum Handlanger und Erfüllungsgehilfen des Patienten degradiert werden.

Von besonderer Bedeutung für die Interaktion von Arzt und Patient wurde vor allem in den letzten Jahrzehnten die in immer stärkerem Maße in die Medizin eingedrungene Technik. Sie hat dabei auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie ein so weites Terrain erobert, dass der Einsatz technischer Hilfsmittel weder für den Arzt noch für den Patienten in Frage gestellt wird. Auch dieses Jahrhundert wird man sich nicht denken können ohne Naturwissenschaft und Technik, die in unvorstellbarer Weise dem Menschen zu Diensten sein kann; sie wird ihn aber auch immer mehr selber in Dienst nehmen. Dies gilt nicht zuletzt für die Medizin, und es wird besonders den Arzt der Zukunft, und damit auch den Patienten, beanspruchen. Eine moderne biomedizinische Technik hat sich längst schon die Lösung biologischer Probleme mit technischen Methoden zur Aufgabe gemacht. Sie liefert dem Chirurgen Apparate, künstliche Organe und Prothesen. Als Bionik erforscht und entwickelt sie Systeme, deren Funktion natürlichen Systemen nachgebildet ist. Auf allen diesen Gebieten erleben wir einen Übergang von der morphologischen zu einer mehr dynamisch angelegten funktionellen Diagnostik. Eine Biokybernetik schließlich sucht die Theorie der Regelung, Steuerung, Informationsübertragung und Datenverarbeitung auf die biologischen Vorgänge anzuwenden.

Damit kommt es zu einer durchgreifenden Analyse biologischer Systeme, der Sensorik und Motorik, der Physiologie des Zentralnervensystems und der Verhaltensweisen, der Regelkreise im Zellstoffwechsel und letztlich zu einem immer konsequenter angestrebten „Mensch-Maschine-Dialog“. Biotechnik dieser Art wird sich auf allen Gebieten der Humanwissenschaften ausweiten zu einer „Anthropotechnik“ (Schipperges 1988, 18), zumal auf den Gebieten der Medizin. Denn auch dem technomorphen Organismus-Modell der modernen Medizin liegt fraglos das naturwissenschaftliche Muster zugrunde, das die Lebensvorgänge naturgesetzlich betrachten lehrte und krankhafte Erscheinungen unter gleichen Bedingungen behandeln ließ. Diese iatrotechnische Ideologie hat weite Bereiche des medizinischen Denkens okkupiert, und ihrem Erfolg verdankt die moderne Medizin zweifellos

auch ihr hohes Ansehen. Unter dem Impetus des technischen Fortschritts ist es in erster Linie zu einer völligen Umprogrammierung von einer ehemals patientenorientierten Heilkunde zu einer immer ausschließlicher apparatezentrierten Heiltechnik gekommen. Gleichzeitig artikuliert sich aber auch Unbehagen an der „Apparatedizin“. Eine solche Kritik an der Medizin ist nicht neu, sie ist in den letzten gut hundert Jahren, insbesondere seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert, immer wieder aufgekommen.

Für den Arzt haben sich aus dem Umgang mit seinen Apparaten und Geräten durchaus Veränderungen der Beziehung zum Kranken und zur Medizin ergeben. Der Vorwurf, die Medizin und damit der Arzt seien durch Einflüsse der Technik in unheilvoller Weise beeinträchtigt, resultiert vor allem aus dem Erleben des Patienten. Auch wenn der Patient die Errungenschaften der modernen Medizin nicht missen will und eine auf (möglichst völlige) Wiederherstellung seiner Gesundheit gerichtete Behandlung erwartet, zeichnet sich nicht nur eine gewisse Angst vor zu viel Technik ab (das Leben scheint nur noch von Geräten abhängig zu sein), sondern auch das (Vertrauens-)Verhältnis zum Arzt hat sich geändert. Überhaupt steht seinem leidenden Zustand gerade das System dieser Medizin im Wege: die wachsende Anonymität oder die langen Wartezeiten, die oft schmerzliche Kälte und Sterilität einer Klinik, die immer stummer, gleichwohl immer lauter werdende Medizin, Heilkunde als bloße „Heiltechnik“. Bereits 1958 hatte der Arzt und Philosoph Karl Jaspers (1883–1969) ein solches Szenario aufgezeigt, als er über die „Gefahren der naturwissenschaftlichen Medizin“ referierte: „Die Diagnostik geschieht durch immer zahlreicher werdende Apparate und Laboratoriumsuntersuchungen. Die Therapie wird zur errechenbaren, immer komplizierter werdenden Anwendung der Mittel für den durch diese diagnostischen Daten erschöpften Fall. Der Kranke sieht sich in einer Welt von Apparaturen, in der er verarbeitet wird, ohne dass er den Sinn der über ihn verhängten Vorgänge versteht. Er sieht sich Ärzten gegenüber, deren keiner *sein* Arzt ist. Der Arzt selber scheint dann zum Techniker geworden“ (Jaspers 1986, 45).

Der Patient erwartet, dass ihm nicht nur ein faszinierendes Spektrum heiltechnischer Möglichkeiten angeboten wird, sondern die Medizin selber als eine einzige und einzigartige Weise der Heilkunde. Der kranke Mensch will für die Diagnose weder ein Spezialistenteam noch für die Behandlung das therapeutische Kollektiv. Das alles soll – wie die Technik – zur Verfügung stehen, aber es darf sich dem Patienten nicht aufdrängen (vgl. Schipperges 1988). Was er will und braucht, ist die Begegnung und das Gespräch unter vier Augen, die persönliche Zuwendung, die Annahme seiner Sorgen und Nöte. Gefragt ist der persönliche Arzt, was mehr ist, als der mit den neuesten wissenschaftlichen Kenntnissen und Forschungsergebnissen ausgestattete, hochqualifizierte Mediziner. Oder um es mit den Worten Jaspers auszudrücken, „die Beschränkung auf die naturwissenschaftliche Medizin ist für den Forscher ungefährlich. Er ist noch nicht Arzt. Der Arzt aber bedarf im Unterschied vom beschränkten Forscher der Universalität“ (Jaspers 1986, 57). Mit „Universalität“ des Arztes wird die Forderung nach besonderer Qualifikation in Wissen, Können und Verhalten erhoben. Das, was heute (wieder) unter dem Begriff der „Ganzheitlichen Medizin“ als Aufgabe des Arztes formuliert wird, kann in einen

erkennenden, handelnden, beratenden und begleitenden Anteil differenziert werden (siehe auch im Folgenden Seidler 1980, 26). Im Erkennen und Begreifen von Situationen, Gegebenheiten und Gefahren setzt der Arzt seine theoretische Kenntnis und sein praktisches Erfahrungswissen an, im Handeln werden von ihm persönliche Fertigkeiten und die Fähigkeit zur Handhabung technischer Hilfsmittel und des Arzneischatzes verlangt. Als Berater wirkt er führend, fördernd und erziehend, als Begleiter wird von ihm menschliche und vertrauenswürdige Partnerschaft erwartet. Alle diese Anteile durchdringen sich und zeigen, dass das Wirken des Arztes weder vom Inhalt noch vom Verhalten her aus sich selbst heraus entworfen werden kann; es erhält seine Bedeutung und seine Kompetenz erst durch die Anerkennung des Partners und der Gemeinschaft und bedarf hierfür der wissenschaftlichen, rechtlichen und moralischen Rechtfertigung. Durch die Zuschreibung dieser Kompetenzen ist dem Arzt die Verpflichtung übertragen worden, gegenüber seinen Patienten und der Gemeinschaft, und auch innerhalb seines Standes für die Wahrung dieser Prinzipien zu sorgen. Diese längere Zeit wenig diskutierte Funktion des Arztes ist – bei sich schon im ausgehenden 19. Jahrhundert abzeichnender und durchaus berechtigter euphorischer Gewissheit des wissenschaftlich-technisch Möglichen und Machbaren, mit gleichzeitiger Gefahr einer depersonalisierten Heilkunde – in unserer heutigen Situation neu zu überdenken.

Häufig werden gerade von Medizinstudenten und jungen Ärzten verbindliche Anleitungen oder gar Vorgaben zum „richtigen“ ärztlich-ethischen Handeln, also verbunden mit einer Rechtssicherheit, erwartet. Medizinethik hat aber in der Konsequenz nicht immer auch rechtliche Relevanz, und umgekehrt widerspiegeln Rechtsvorschriften nicht immer die aktuellen ethischen Positionen und Fragestellungen und können Entscheidungsfindungen weder ersetzen noch vorgeben. Folgt man der gängigen Definition, so ist Medizinethik ein Teilgebiet der allgemeinen Ethik, das sich mit den moralischen Wertvorstellungen in der Medizin, und hier vor allem mit dem ärztlichen Handeln, auseinandersetzt. Im weiteren Sinne betreibt medizinische Ethik eine Normsetzung für alle im Gesundheitswesen tätige Personen, Institutionen und Organisationen, wobei der Fokus auf dem Wohlergehen des Patienten ruht. Ethik (besser: philosophische Ethik, im Sinne einer akademischen Disziplin) versucht zu klären, was moralisch richtig oder falsch, gut oder schlecht, geboten oder verboten, gerecht oder ungerecht ist bzw. sein soll. Und sie versucht, diese Urteile zu begründen: warum soll eine bestimmte Handlung moralisch geboten sein oder warum soll in dieser oder jener Weise gehandelt werden. Als ethische Theorie versucht sie, allgemeine Kriterien für moralisch richtig, gut oder gerecht aufzustellen und insbesondere dort Orientierung zu bieten, wo unsere moralischen Alltagsüberzeugungen unsicher oder widersprüchlich sind. Ethik versucht zu begründen, *warum* etwas als moralisch richtig oder falsch zu gelten hat (vgl. Wiesing 2012, 23).

Der Medizinethik hat sich die Philosophie erst spät angenommen; sie wurde nicht nur zuvorderst von den Ärzten selbst begründet und vertreten, sondern verstand sich auch vorzugsweise als ärztliche (Standes-)Ethik. Daran änderte auch die Erweiterung der hippokratischen Individualethik durch die Formulierung eines „kollektivorientierten, hygienisch-sozialen Ethos“ (Seidler 1980, 22), eines Rechts

auf Gesundheit für alle Menschen, unter dem Eindruck der medizinischen Aufklärung des 18. Jahrhunderts nichts grundsätzlich – wenngleich damit immerhin der Konflikt zwischen Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht als fundamentale ethische Problematik offensichtlich wurde. Mit der Neubegründung der Medizin auf *naturwissenschaftlicher* Grundlage Mitte des 19. Jahrhunderts (Vorläufer Mitte des 18. Jahrhunderts z. B. in Göttingen) gingen jedoch erhebliche Einbrüche in zahlreichen Traditionen medizinethischer Fragestellungen einher. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang die Umwertung des Menschenbildes in der Nachfolge des Darwinismus und der Ersatz von Christentum und Religion durch ein bürgerliches oder sozialistisches Humanitätsideal. Zwar griff die Medizinethik gerade mit der ansteigenden Pluralität der Werthaltungen und Lebensentwürfe und zugleich verblassenden Autorität traditioneller Normensysteme in der Gesellschaft (vgl. Wiesing 2012, 24) zwangsläufig und zunehmend auf moralphilosophische Paradigmen zurück, doch die Zuwendung und Einbindung der Philosophie erfuhr die Medizinethik eigentlich erst, als unter den Bedingungen und mit den Möglichkeiten der modernen Medizin (mit dem erkenntnistheoretisch und praktisch-technisch Machbaren) zugleich fundamentale, auch über den unmittelbaren Wirkungsbereich des Arztes hinausgehende Fragen des menschlichen Lebens und insbesondere diesbezüglicher Grenzsituationen berührt wurden und einer Entscheidung bedurften.

Medizinische Ethik beschäftigt sich bevorzugt mit den Grenzfällen des menschlichen Lebens insbesondere am Anfang und am Ende. Sie wird bisweilen auf normative Fragen im Arzt-Patienten-Verhältnis beschränkt. Für die moderne Medizinethik wird häufig der Begriff Bioethik als verkürzender Ausdruck von biomedizinischer Ethik verwendet. Dies verzerrt den Blickwinkel, denn Projektmedizin – unter diesem Namen werden vor allem im zweiten Teil dieser Studie die neuen Formen der Medizin beschrieben – bleibt weiterhin Medizin, auch wenn verstärkt biotechnologische Methoden angewendet werden. Bioethik schließt Medizinethik ein, geht aber auch über biomedizinische Ethik als „Ethik des Lebens“ weit hinaus. Bioethik ist ein Kind moderner Wissenschaft und Technik. 1971 hatte der Onkologe van Reunschar Potter die Etablierung einer neuen Disziplin vorgeschlagen, die auf eine Synthese von Naturwissenschaft und Moralphilosophie abzielt. Es sollte eine Überlebenswissenschaft vor dem Hintergrund der ökologischen Krise sein. Im selben Jahr wurde der Begriff Bioethik von Andre Hellegers am Kennedy Institute of Ethics an der George Town University in Washington eingeführt. Auch hier sollte eine Kombination von Ethik und Naturwissenschaften, aber bezogen auf konkrete Problemfälle, eingeführt werden. Es handelte sich um den Anfang einer Ethics of Health Care und der Life-Sciences. Eine Vielzahl von ethischen Methoden wurde in den letzten Jahrzehnten erarbeitet, die in der Bioethik Anwendung finden (vgl. Ach, Runtenberg 2002, 13–15).

Zur Entstehungszeit waren die vorherrschenden philosophischen Strömungen in den USA der logische Positivismus und die analytische Philosophie. Im Horizont der Bioethik haben sich liberale, egalitäre, antiautoritative und emanzipatorische Ansätze mit zunehmendem Einfluss des Pragmatismus herausgebildet. Insofern war Bioethik ein Gebiet und Einfallstor für alternative methodologische Zugänge

zur Philosophie und zur klassischen Medizinethik, die sich als eine ärztliche Ethik des Heilens und Pfliegens orientiert am Hippokratischen Eid verstand. Im Hintergrund wirkten Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen mit. Das Autonomieprinzip führte zu einer Transformation der ärztlichen Ethik im Sinne einer moralphilosophisch angeleiteten Reflexion und zu einer zunehmenden Institutionalisierung der Medizinethik. Präzedenzfälle, Einzelfälle und Fallstudien fanden Eingang in die Bioethik. Zum Ausgangspunkt für medizinethische Reflexionen wurden die therapeutischen Versuche am Menschen (Humanexperimente), die noch bis zum ausgehenden 19. Jahrhundert nur ausnahmsweise innerhalb oder gar außerhalb der Medizin Gegenstand einer Diskussion über deren moralische Wertigkeit und Zulässigkeit waren (vgl. Elkeles 1996, 153). Den medizinethischen Diskurs beeinflusste zudem die zunehmende Bedeutung von Ethikkommissionen. Außerordentlich intensiv wurde der Fall des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen diskutiert, angetrieben durch die Sorge um die Humanität am Krankenbett (vgl. Ach, Runtenberg 2002, 19–37)

Die medizinische Ethik in Europa begann erst Mitte der 1980er Jahre ihren Transformationsprozess und war zentriert um Begriffe wie Menschenwürde, Unantastbarkeit, Instrumentalisierungsverbot und Autonomie. Der Begriff Autonomie ist in Deutschland stark an Kant orientiert. Die Autonomie des Menschen, seine Fähigkeit, sich selbst Gesetze des Handelns zu geben, betrifft zum einen die individuelle Entscheidung von Personen (im medizinischen Kontext von Patienten), zum anderen gemeinschaftliche Entscheidungen darüber, welche Optionen für persönliche Entscheidungen überhaupt zur Verfügung bzw. nicht zur Verfügung stehen sollen. Die moderne Bioethik und Forschungsethik der Biomedizin sind keine ärztliche Ethik im strengen und traditionellen Sinne, dennoch wirkt sich biomedizinische Innovation immer stärker auch auf den Alltag des Patienten und des Arztes aus. Pflegeethik und biomedizinische Ethik driften immer mehr auseinander. So wird deutlich, dass die Medizin in ihrem Spagat zwischen Naturwissenschaft, Kulturwissenschaft und Alltäglichkeit ein neues Rollenverständnis für das 21. Jahrhundert erst finden muss.

In der biomedizinischen Ethik haben sich weitgehend die unter dem Begriff „Georgetown-Mantra“ bekannten und erstmals 1979 in „Principles of biomedical Ethics“ vorgestellten moralischen Normen der Autoren Tom Beauchamp (Philosoph) und Jim f. Childress (Moraltheologe) durchgesetzt (Beauchamp, Childress 1989). Als ihr oberster Grundsatz gilt das Prinzip der informierten Zustimmung bzw. der Entscheidung der betroffenen Patienten. Die erste Grundregel verpflichtet also zur weitestmöglichen Respektierung der Patientenautonomie (1). Der Haupt-Betroffene soll über die Art der Behandlung entscheiden. Die Grundregel ist jedoch nicht überall anwendbar (Notfallmedizin, Psychiatrie, Pränatale Diagnostik). Zudem trägt normalerweise bei schwerwiegenderen und damit strittigen Eingriffen nicht nur der Patient die Folgen, sondern auch sein Umfeld. Daher arbeitet die medizinische Ethik heute an einem Set ethischer Faustregeln für eine differenziertere Betrachtung des Verhältnisses von Arzt und Patient in ihrem gesellschaftlichen Kontext. Die zweite Grundregel verpflichtet, weitestmöglich niemandem zu schaden (2). Sie stammt aus der skeptischen Ethik und erwartet sorgfältige Schadens-

vermeidung bei der Behandlung sowie bei (therapeutischen) Nebeneffekten. Sie gilt für Ärzte, das Pflegepersonal, Verwandte, aber auch für den Patienten selbst. Die dritte Regel fordert nach Möglichkeit Wohltun, Nutzen, Heilen und Retten (3) und entstammt der utilitaristischen Ethik. Beide letztgenannten Regeln (2 und 3) sind aber auch dem paternalistischen hippokratischen ärztlichen Standesethos entlehnt, die hier allerdings in ihrem unmittelbaren Zusammenwirken als (medizin-)ethische Handlungsorientierung des Arztes verstanden wurden („dem Patienten nützen *und* nicht schaden“). Abgesehen davon, dass die ethische Regel eben nicht nur auf die Therapie fokussiert ist, sondern *alle* ärztlichen Handlungen – also auch Diagnostik, Prophylaxe, Nachsorge/Rehabilitation – einschließt, geht der ethische Anspruch vor allem über eine bloße krankheitsbezogene, rein medizinisch indizierte Auswahl einer geeigneten Methode aus dem zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Repertoire weit hinaus. Dass der Arzt die Nebenwirkungen eines Medikaments oder Komplikationen bei der Anwendung einer bestimmten therapeutischen Methode kennt und einschätzen kann und sie nicht vorsätzlich zum Schaden des Patienten anwendet, darf vorausgesetzt werden. Im ethischen Sinne geht es vielmehr um die individuelle Abwägung zwischen Schaden und Nutzen für den Patienten. Eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme kann aus medizinischer Sicht hochwirksam und zur Erkennung und Behandlung der Krankheit dringend erforderlich sein, bei *dem* Patienten aber zu schwerwiegenden (Folge-)Schäden oder zusätzlichen gravierenden Einschränkungen seiner Lebensqualität führen, die den Einsatz dieser medizinischen Maßnahme nicht rechtfertigen. Dabei ist über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten hinaus auch etwa seine soziale, familiäre, psychische Situation zu berücksichtigen, und z. B. auch der Frage nachzugehen, ob der Patient überhaupt in der Lage ist, eine bestimmte medizinische Intervention anzunehmen. In diesem Sinne hat der hippokratische Grundsatz des „Nutzen- und nicht-Schadens“ durchaus noch heute seine unzweifelhafte Berechtigung und dürfte in dieser einander bedingenden Betrachtung sogar den hier zugrundeliegenden eigentlichen medizinethischen Anspruch und Gehalt noch immer am besten vermitteln. Gerechtigkeit ist Regel (4) und verpflichtet zur Folgenabschätzung und zur Berücksichtigung möglichst aller Betroffenen bis hin zur Gesellschaft. Sie fordert Gleichbehandlung in vergleichbaren Umständen, Fairness gegenüber Schwächeren (Schutz vor Kranken oder Schutz der Kranken) und Berücksichtigung der Betroffenen nach Gesichtspunkten formaler Gerechtigkeit (nach der Art der Beteiligung, nach Bedürfnissen, nach Leistung, nach Verdienst, nach Konvention).

Gemäß der medizinischen Ethik verpflichten diese Faustregeln mit abnehmender Dringlichkeit. Die Patientenautonomie genießt z. B. hohe Präferenz, ist aber gerade in Grenzfällen nicht der einzige Bewertungsgrundsatz. Mit der Ethik von Beauchamp und Childress verliert die traditionelle Prinzipienethik in der medizinischen Ethik an Plausibilität. Kants Interpretation sittlicher Autonomie erhält liberale Konkurrenz. Diese Konzeption einer konkreteren Patientenautonomie geht von Prinzipien mittlerer Reich- bzw. Geltungsweite aus. Trotz moralischem Pluralismus sollte aber ein minimaler Rest an gemeinsamen Übereinstimmungen wie auch an Theorie herausgearbeitet werden. Dabei stellt sich die Frage, ob Ethik gehaltvolle

normative Konzepte der Begriffe Gesundheit und Krankheit entwerfen und vorschlagen kann (vgl. Ach, Runtenberg 2002, 54–73). Diesem Problem trägt der in dieser Studie vertretene Ansatz Rechnung, indem er den menschlichen Leib als Orientierungshorizont für die Interpretation der Patientenautonomie vorschlägt. Eine neue leiborientierte Medizinethik wird nicht ohne Konzepte wie Wert und Qualität des Lebens auskommen können. Eine anwendungsorientierte phänomenologisch-hermeneutische Methode versucht, dieser Situation in der Ethik gerecht zu werden. Die Kritik am Autonomieprinzip unterstellt einen abstrakten Intellektualismus, der allerdings durch Leiborientierung vermieden werden kann.

Bei medizinischen Konfliktfällen ist in der Regel zu fragen, wer in welchen Situationen für andere, aktuell nicht kompetente Patienten entscheidungsbefugt ist. Entscheidungen anstelle von anderen sind mit besonderer Sorgfalt gemäß oben genannter Regeln zu treffen und begründungspflichtig. In Notfallsituationen wird dies in der Regel der Arzt sein, weil hier in kurzer Zeit lebensrettende Maßnahmen ergriffen werden müssen. In Endphasen chronischer Erkrankungen jedoch sind Patienten berechtigt, dem Arzt eine Reanimation zu untersagen. Für die eigenen unmündigen Kinder gelten in der Regel die Eltern als entscheidungsbefugt, auch in dem Fall des Schwangerschaftskonfliktes, sofern sie sich nicht der Verletzung gewichtiger ethischer (und rechtlicher) Grundsätze schuldig machen. Krankheitsbedingte mangelnde Krankheitseinsicht und (momentane) Aufhebung von Freiheit und Entscheidungskompetenz infolge psychischer Erkrankungen erfordern ebenfalls die Berufung eines Vormundes, der in der Regel ein naher Angehöriger sein sollte. Inkompetenzunterstellungen sollten sehr vorsichtig gehandhabt werden. Eine patientenzentrierte medizinische Ethik betont die Prävention und psychosomatische Seite der Betreuung, nicht zuletzt in der Endphase chronischer und als (bislang) unheilbar geltender Erkrankungen. Eine professionelle Sterbegleitung inklusive der Betreuung der Angehörigen, also der Dialog aller Beteiligten, ist wichtiger, als die exzessive Nutzung der Apparatemedizin. Eine bessere psychische Beratung ist auch in der Fortpflanzungsmedizin und im Bereich Humangenetik erforderlich. Intensivmedizin sollte Notfallmedizin sein. Hier ist das alte biomedizinische Krankheitsverständnis berechtigt. Im Sinne der Patientenautonomie sind unter bestimmten Umständen auch Formen der passiven Euthanasie (Unterlassung der Weiterbehandlung der Krankheit/lebenserhaltender Maßnahmen in der Sterbephase) ethisch zu rechtfertigen. Als problematisch gilt nach wie vor das Töten auf Verlangen. Problematisch ist die Verrechtlichung der Medizin. Sie stärkt die „Apparatemedizin“ und erhöht die Behandlungskosten. Prävention senkt sie; allerdings führt die Forderung nach intensiverer psychologischer Betreuung von Patienten und Personal zu höheren Kosten. Kompromisse sind erforderlich.

Als sich die Medizin seit dem 16. Jahrhundert zunehmend vom antik-mittelalterlichen Dogmatismus löste und statt der antiken Autoritäten der eigene Augenschein, die Berufung auf die eigene Beobachtung, zur entscheidenden Instanz in wissenschaftlichen Fragen wurde, erfuhr die wissenschaftliche Medizin nicht nur eine besondere Aufwertung, sondern ging zugleich mit der Auffassung einher, alles Geschaffene sei sowohl erkennbar als auch für den Menschen in irgendeiner Weise nützlich. Zur (objektiven) Erkennbarkeit und schließlich auch Nutzung waren aber

über die Beobachtung hinausgehende, „exakte“ Arbeitsmethoden notwendig. Diese *naturwissenschaftliche* und zugleich zunehmend technische Orientierung in der Medizin begann in allerersten Anfängen noch im 17. Jahrhundert und fand seine besondere Ausprägung seit dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts. Damit vollzog sich aber auch ein Wandel im Selbstverständnis der modernen Medizin (einschließlich der Stellung des Arztes gegenüber dem „Objekt“ Patient) und in der Anspruchshaltung – auch seitens des Patienten. Wenn alles erkennbar ist – und die grandiosen Ergebnisse medizinischer Forschung schienen dies zu bestätigen – ist auch alles machbar, d. h. Krankheiten sind effektiv vorzubeugen und zu heilen, Gebrechen zu reparieren, funktionsuntüchtige Organe zu ersetzen.

Heute setzt sie Schönheit, überragende Intelligenz, permanente Hochstimmung und Kinder nach Maß als das immerwährende Glück des Menschen um. So kommt man zum Programm Enhancement, der Steigerung ohne Grenzen. Die körperliche Präsentation des Menschen gerät außer Kontrolle. So kommt es zu einer Neuerfindung des Körpers und zum Verschwinden des Leibes. Transplantationsmedizin steht paradigmatisch für diese neue Erfindung und Nutzung des Körpers (vgl. Geisler 2005, 110–112). In diesem Zusammenhang ist das Projekt des künstlichen Uterus und des sogenannten Methusalem-Komplots zu nennen (vgl. Geisler 2005, 116). Die Selbstgestaltung orientiert sich an bestimmten Menschenbildern, wobei Jugendlichkeit, Schönheit, Sportlichkeit, Gesundheit am besten bis ins hohe Alter – erreichbar in der Regel nur für Gesellschaftsschichten, die ihr Leben lang nie körperlich hart arbeiten mussten – dominieren und Eingang in eine Autonomievorstellung gefunden haben, die zwar ursprünglich – etwa bei Kant – an Sittlichkeit orientiert war, sich heute aber oft eher an einer Glamourwelt orientiert, in der z. B. Schönheitschirurgie und Anti-Aging das Zepter übernommen haben. Die Wissenschaften vom Menschen sind in den letzten Jahrzehnten häufig mit dem Anspruch aufgetreten, endlich das wahre Wesen vom Menschen offerieren zu können, die Hirnforschung ist diesem Paradigma gefolgt. Wunschorientierte Medizin verspricht sogar, den Menschen bald konstruieren zu können, nach Zielen, welche die Wissenschaft in der letzten Zeit als normativ entworfen hat. Wir leben um der Gesundheit willen, nicht wie in früheren Zeiten dient die Gesundheit dem Ziel, ein gutes und gelungenes Leben zu führen. Die wunschorientierte Medizin ist also genauso körperorientiert wie die, die sie angeblich überwinden will. Insofern bedarf die Projektmedizin einer anderen sittlich motivierten Grundlegung.

Die Technologisierung der Medizin setzt am menschlichen Körper an. Die Erfolge der Genetik und der Biowissenschaften sind nicht ohne Auswirkungen auf das Verständnis des menschlichen Körpers geblieben. Die Erfolge sind beeindruckend. Aber eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus sind kein Laboratorium und ein Mensch kein Stück Fleisch, an dem man herumdoktern darf. Der medizinischen Fetischisierung des menschlichen Fleisches und seiner Prothetisierung sollte endlich eine Ausrichtung am ganzen Menschen in seiner Leiblichkeit entgegen gestellt werden. Um nicht missverstanden zu werden: Dies ist kein Plädoyer für den Kräutergarten, New Age und ganzheitlichen Irrationalismus, sondern für vernünftige leibliche Selbstgestaltung auch in der Krankheit und angesichts des Todes, der einen unvermeidlichen Bestandteil des menschlichen Leibes in seinem Alterungsprozess darstellt und

eine körperliche wie eine seelisch-geistige Komponente hat. Medizin, ursprünglich durch das Arzt-Patienten-Verhältnis charakterisiert, wird immer mehr in den Strudel der Technologisierung gezogen. Viele Elemente der traditionellen technischen Kultur haben sich von einer Selbstverständlichkeit zu einem ethischen Problem gewandelt. Man hat sogar von einer Krise der technologischen Kultur gesprochen. Angewandte Ethik, besser noch angewandte Philosophie, denn die Ethik lässt sich aus dem Kontext anderer philosophischer Disziplinen nicht trennen, wird von allen Seiten gefordert. Medizinisches Enhancement ohne die Frage „Wozu?“ ist Ausdruck eines „technologischen Imperativs“. Das Machbare wird gemacht. Eine reflektierte Kultur des technisch Machbaren sollte die Realisierungswürdigkeit des neuen Machbaren stärker bedenken, insbesondere bezahlbare und sozial verträglich gestaltete Anwendungen der neuen biomedizinischen Forschung. Die medizinisch-therapeutische Praxis ist der Ansatz einer Medizinethik, auch wenn Fragen einer Forschungsethik der Life Sciences Berücksichtigung finden müssen. Der Einzelfall, das persönliche Schicksal sollte in solidarischer Verantwortung ohne dogmatische Verengungen auf vorab bestimmte Lösungsmöglichkeiten im Sinne des Betroffenen hin untersucht und bewertet werden (vgl. Irrgang 2007a, Irrgang 2005b).

Das Ende der Natürlichkeit und die Entmoralisierung der Natur mögen beklagt werden, den medizintechnischen Fortschritt werden die Klagen aber vermutlich nicht aufhalten. Die moralische Intuition wird nicht selten gegen rationale Analysen angeführt. Richtig daran ist, dass moralische Reflexion heute nicht mehr naiv betrieben werden darf, sondern Ethikfolgenabschätzung einschließen sollte. Allerdings ist der Versuch einer ethischen Argumentation über wissenschaftlich-technischen Fortschritt nicht statthaft, der sich auf einen archimedischen Punkt außerhalb des technischen Handelns stellt und von dort aus die Legitimität technischen Handelns zu beurteilen versucht (wie dies das Naturrecht häufig tut). Ethische Argumentationen können sowohl deduktive wie induktive Folgerungen verwenden, allerdings mit unterschiedlichem Ergebnis, was die Sicherheit der Folgerung betrifft. Dies ist eine wesentliche Komponente von Pierces Konzept der Abduktion, der vorsichtigen Schlussfolgerung von Einzelsituationen auf ihre Bewertung aus der Sicht übergeordneter Prinzipien. Vor allem aber sind bei Pierce beide Argumentationsformen ineinander verschränkt. Rechtfertigung ist eine Frage des Argumentationszusammenhangs, der Konvergenz der Argumentation (vgl. Irrgang 2007a).

Die umfassende Technisierung der Medizin geht einher mit Verrechtlichung, Bürokratisierung und Ökonomisierung sowie dem Glauben an die Planbarkeit und Steuerbarkeit des eigenen Lebens und seiner Gesundheit wie der Gesundheitspolitik insgesamt. Unterstützt werden derartige Vorstellungen durch die soziale Konstruktion vermeintlicher technischer Sicherheit. Aber auch wenn sich einige Schicksalsschläge oder Krankheiten verhindern oder abschwächen lassen und man das Altern hinauszögern kann, bleibt der Mensch sterblich. Diese pragmatischen Rahmenbedingungen, häufig fälschlicherweise „Sachzwänge“ genannt, machen aber deutlich, dass in solchen Kommissionen der Philosoph „entfremdet“ diskutiert, denn es geht nicht um die philosophische Praxis eines herrschaftsfreien Diskurses, sondern um die konkrete Aufgabe, Bewertungsvorschläge zu erarbeiten, die möglicherweise in Gesetzesvorlagen umgewandelt werden können. Philosophische Ar-

gumente spielen daher in Ethikkommissionen häufig – wenn überhaupt – eine untergeordnete Rolle. Strukturelle Gründe für den Mangel an philosophischer Problemdurchdringung liegen darin, dass entsprechende Institutionen von vornherein eine andere soziologische Funktion haben (vgl. Ach, Runtenberg 2002, 143–152). Der anwendungsorientierte Ethiker steht also in einem doppelten Kontext, dem der Fachkollegen und dem der Öffentlichkeit.