

Kröner Taschenbuch Band 503

In neun übersichtlich gegliederten Kapiteln führt dieser Band in die Grundlagen der Medizinethik ein. An der Schnittstelle von Medizin, Ethik und Politik bemüht er sich um eine Darstellungsweise, die jeden interessierten Leser dazu anleitet, die vielfältigen Argumente und Gesichtspunkte moderner Medizinethik angemessen zu verstehen und auf konkrete Situationen anzuwenden.

Der Text dieses Bandes ist aus dem Beitrag von Bettina Schöne-Seifert zum Handbuch *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung* (hrsg. von J. Nida-Rümelin, 2. Auflage 2005) hervorgegangen, der schon damals als „Glanzstück“ gefeiert wurde: „Es gibt wohl keinen in deutscher Sprache vorliegenden Text, der in vergleichbarer Prägnanz, Beherrschung auch der neuesten Literatur und mit dem Mut zu eigener Stellungnahme in zum Teil leidenschaftlich umstrittenen Fragen wie Sterbehilfe, Hirntod, Patientenautonomie, Schwangerschaftsdiagnostik und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ein so klares Bild von der komplexen Problemlage und den möglichen Lösungsansätzen dieses Anwendungsbereiches der Ethik bietet.“ (G. Patzig in der *Neuen Zürcher Zeitung*)

Bettina Schöne-Seifert, Studium der Humanmedizin, 1982 Ärztliche Approbation und Promotion (Medizin), Aufbaustudium Philosophie und Medizinethik, 2000 Habilitation (Philosophie), seit 2003 Universitätsprofessorin für „Ethik in der Medizin“ in Münster, seit 2001 Mitglied des Nationalen Ethikrates.

Bettina Schöne-Seifert

Grundlagen der
Medizinethik

ALFRED KRÖNER VERLAG STUTTGART

Bettina Schöne-Seifert
Grundlagen der Medizinethik
Stuttgart: Kröner 2007
(Kröner Taschenbuch; Band 503)
ISBN Druck: 978-3-520-50301-5
ISBN E-Book: 978-3-520-50391-6

Unser gesamtes lieferbares Programm sowie viele weitere
Informationen finden Sie unter www.kroener-verlag.de

Reihengestaltung: Denis Krnjaic, Stuttgart
Umschlag: Denis Krnjaic, Stuttgart

© 2007 by Alfred Kröner Verlag, Stuttgart
Datenkonvertierung E-Book: Alfred Kröner Verlag, Stuttgart

Inhalt

Vorwort	7
1 ›Moderne‹ Medizinethik	9
1.1 Begriffsbestimmung: Ethik	9
1.2 Begriffsbestimmung: Medizinethik	10
1.3 Entstehungsbedingungen und Entwicklung moderner Medizinethik	13
1.4 Zum wissenschaftlichen Status der Medizinethik	21
2 Medizinethik: Metaethische Fragen	24
2.1 Theorien, Prinzipien und Einzelfallurteile	24
2.2 Typen ethischer Theorien	30
2.3 Der kohärentistische Prinzipien-Ansatz von Beauchamp und Childress	32
2.4 Ethik contra Recht in der Medizin	37
3 Normative Grundfragen	39
3.1 Der Begriff der (Patienten-)Autonomie	39
3.2 (Medizinischer) Paternalismus	50
3.3 Grenzfälle: Prädiktive Medizin – Patientenverfügungen	56
3.4 Qualität und ›Heiligkeit‹ des Lebens und die Debatte um ›Personen‹	64
3.5 Tun und Unterlassen, Verantwortung und ›Natürlichkeit‹	76
3.6 Das Argumentieren mit Dammbuchrisiken	81
4 Zum ärztlichen Umgang mit Kranken (und Gesunden)	88
4.1 Das Arzt-Patienten-Verhältnis	88
4.2 Aufklärung und Einwilligung	91
4.3 Prädiktive Genetik	96
4.4 Enhancement	99
4.5 Humanexperimente	102
5 Zum Umgang mit Sterben und Tod	109
5.1 Der Ruf nach dem würdigen Sterben	109
5.2 Sterbehilfen	111
5.3 Hirntod und irreversible Bewusstlosigkeit	129

6 ► Inhalt

6	Organtransplantationen	137
6.1	Stand der Dinge	137
6.2	Spenderegelungen	142
6.3	Verteilungsfragen	146
6.4	Lebendspenden und ›Organhandel‹ und Xeno- transplantationen	148
7	Zum Umgang mit Fortpflanzungsmedizin und Embryonen	154
7.1	Der moralische Status vorgeburtlichen menschlichen Lebens	155
7.2	Assistierte Reproduktion	163
7.3	Abtreibung und vorgeburtliche Selektion	168
7.4	Forschung an frühen Embryonen	173
8	Gerechtigkeit im Gesundheitswesen: Herausforderungen	177
9	Ausblicke?	187
	Literaturverzeichnis	189
	Register	
	Personenregister	217
	Sachregister	223

Vorwort

Dieses Einführungsbuch orientiert über die Grundlagen der Medizinethik, wie sie sich heute in der ärztlichen Ausbildung, im medizinischen Alltag in Krankenhaus, Praxis und Forschung und in der öffentlichen Debatte unter Medizinern und Philosophen, Theologen, Soziologen, Juristen und Politikern darstellt. Es ist für Leserinnen und Leser gedacht, die sich in aktuelle Debatten der Medizinethik eindenken wollen – sei es aus der Perspektive betroffener Patienten und Angehöriger, von Krankenversicherten und Wahlbürgern, oder sei es aus der Perspektive derjenigen, die von Berufs wegen mit medizinethischen Fragen befasst sind. Dafür ist bei der Lektüre etwas Mühe aufzuwenden – Mühe des Einsteigens in komplexe und kontroverse Fragen; des Wechsels zwischen verschiedenen Perspektiven, Grundhaltungen und Argumenten; des Verzichts auf eindeutige Antworten und durchgängig klare Orientierungen angesichts zahlreicher medizinethischer »Neulandfragen«. Der Lohn für diese Anstrengung, so hoffe ich, wird darin bestehen, Medizinethik am Ende angemessen zu verstehen: als eine kollektive intellektuelle Baustelle, auf der am Gebäude einer humanen Medizin mitgebaut, dieses erhalten, saniert und renoviert wird.

Dem vorliegenden Text liegt im Kern der Beitrag „Medizinethik“ zugrunde, der 1996 in dem von Julian Nida-Rümelin herausgegebenen Handbuch „Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung“ im Kröner-Verlag veröffentlicht und 2005 für eine zweite Auflage erheblich überarbeitet wurde. In der hier publizierten Fassung ist dieser Text erneut aktualisiert, revidiert und ergänzt worden. Einzelne Unterkapitel wurden fast zur Gänze neu geschrieben, andere ergänzt und alle zumindest überarbeitet – nicht zuletzt im Blick auf neue medizinische Entwicklungen und neue Literatur.

Im Anhang findet sich ein ausführliches, systematisch bzw. nach Kapiteln geordnetes Literaturverzeichnis, das den einzelnen Titeln Nummern in runden Klammern zuordnet. In den bibliographischen Kurzhinweisen im Text werden jeweils die Verfasser- bzw. Herausgebernamen und die entsprechenden Nummern im Literaturverzeichnis angegeben. Der Anhang enthält ferner ein detailliertes Sachregister und ein Personen-/Autorenregister. Zur Unterscheidung von »Zitaten« und „Titeln von Aufsätzen, Büchern und sonstigen Veröffentlichungen“ wurden unterschiedliche doppelte Anführungszeichen verwendet.

Bei der Überarbeitung haben mich meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hilfreich unterstützt. Insbesondere habe ich Dr. Alena Buyx, M.A., Dr. Martin Hoffmann und Andreas Kösters, M.A. für kritische Kommentare, Silke Tandetzki, M.A. für bibliographische Hilfe und Margret Titze für editorische Unterstützung sehr zu danken.

Münster, im Juli 2007

Bettina Schöne-Seifert

1 ›Moderne‹ Medizinethik

1.1 Begriffsbestimmung: Ethik

Nach verbreitetem fachsprachlichem Verständnis ist ›Ethik‹ ganz generell die Theorie der ›Moral‹. So einfach und eingängig diese Formel klingt, tun sich dahinter doch viele Fragen auf – etwa nach der genaueren Bestimmung der Moral, dem Wesen von Theorie in diesem Zusammenhang, den Quellen ethischer Begründungen, der Reichweite ethischer Verbindlichkeit usw.

Unter ›Moral‹ wird zumeist die Menge von Bewertungen und Vorschriften verstanden, die sich auf den richtigen und den falschen Umgang mit anderen Wesen, im Kern mit anderen Menschen, beziehen. Zum begrifflichen Arsenal der Moral gehören ›Pflichten‹, ›Verbote‹, ›Tugenden‹ und – sprachlich etwas aus der Mode gekommen – ›Laster‹. Mit der Äußerung moralischer Urteile verknüpft sich ihr Anspruch auf hohe Relevanz (über Konventionen oder geltendes Recht hinaus), auf Verbindlichkeit (unabhängig von den Interessen des Urteilenden und des Beurteilten) sowie auf Verallgemeinerbarkeit (über die Besonderheiten einer konkreten Einzelsituation hinaus). Weitere Präzisierungen laufen Gefahr, bereits bestimmte Moraltypen und -theorien begrifflich auszugrenzen. Ob es etwa auch moralische Pflichten gegen sich selbst oder gegenüber der unbelebten Natur gibt, ob und in welchem Sinne moralische Urteile wahrheitsfähig, in welchem Grade sie verallgemeinerbar und vor allem wodurch sie letztlich begründbar sind – solche Fragen sind Gegenstand anhaltend kontroverser Vorstellungen (vgl. zur Einführung BECKER (52), BIRNBACHER (54), FRANKENA (64), MACKIE (78), TUGENDHAT (91), VIETH (92)).

Mit solchen Fragen der Metaethik (oder Fragen zweiter Ordnung) und mit Ethik selbst müssen sich zwar Philosophiestudenten notorisch befassen, doch beschäftigte Ärzte, Pflegekräfte, Politiker oder Bürger haben dafür in der Regel weniger

Zeit und Interesse. Und in der Tat: Wer sich seines moralischen Urteils sicher ist, bedarf für diese Gewissheit zumeist keiner bestätigenden Theorie – und erst recht keiner Theorie der Theorie. Dieser Umstand ändert sich allerdings dann, wenn der Betreffende sein eigenes Urteil gegen gegenläufige Urteile anderer rechtfertigen muss, oder eben dann, wenn er sich seines Urteils nicht mehr sicher ist. Ethik (und Metaethik) gewinnen also an praktischer Bedeutung in Zeiten der moralischen Unsicherheit oder Uneinigkeit, wie sie angesichts von »Neulandfragen« und in modernen Gesellschaften mit vielfältigen Wertvorstellungen typisch sind.

1.2 *Begriffsbestimmung: Medizinethik*

Medizinethik, als ein Teilbereich der Ethik, befasst sich mit Fragen nach dem moralisch Gesollten, Erlaubten und Zulässigen speziell im Umgang mit menschlicher Krankheit und Gesundheit. Weil menschliches Leben und Wohlergehen unstrittig in den Kernbereich moralisch relevanter Güter gehören und weil der medizinisch-technische Fortschritt insbesondere der letzten 50 Jahre das Spektrum verfügbarer Behandlungsmöglichkeiten so vergrößert hat, dass sich in besonders hohem Maße moralische »Neulandfragen« stellen, hat Medizinethik vergleichsweise geringe Legitimationsprobleme. Man denke nur an die Intensivtherapie, die Organtransplantation oder die technisierte Fortpflanzungsmedizin, die allesamt die Handlungsmöglichkeiten von Ärzten revolutioniert haben, aber auch etliche Fragen nach den Grenzen des Erlaubten aufwerfen. Medizinethik ist daher gegenwärtig zu einem besonders und anhaltend prominenten Ethikbereich geworden. Auch andere »Bereichsethiken«, wie Tierethik, Medienethik oder Genethik, haben sich dank neuer Fragen und Kontexte zu komplexen Gebieten von öffentlichem Interesse entwickelt. Beispielhaft sind hier etwa die Debatten um Tierversuche, Massentierhaltung, Einflüsse des Internets oder die grüne Gentechnik.

Doch die Probleme keiner anderen ›Bindestrich-Ethik‹ beschäftigten Bürger, Politiker wie Philosophen in solchem Maße und mit solcher Intensität wie diejenigen der Medizinethik.

In dieser einführenden Abhandlung kann und soll Medizinethik weder in historischer noch in interkultureller Hinsicht betrachtet werden (vgl. aber BAKER/MCCULLOUGH (51), POST (4) mit zahlreichen Artikeln zur Medizinethik in historischen und kulturellen Kontexten, REISER *et al.* (84), VEATCH (19)). Vielmehr soll der Leser einen ersten systematischen Einblick in diejenigen Kontroversen erhalten, die die zeitgenössische Medizinethik westlicher Prägung kennzeichnen. Dabei werden in meinen Ausführungen Arbeiten angloamerikanischer Autoren eine prominente Rolle spielen, weil häufig sie es sind, die die Fundamente und Standards heutiger Debatten gesetzt haben. Die moderne angloamerikanische Medizinethik ist nämlich über Jahrzehnte etablierter und professioneller gewesen als diejenige in anderen Teilen der westlichen Welt. Ihre prägende Spur ist nicht zu übersehen, auch wenn seit etwa 15 Jahren zunehmend Autoren aus Deutschland (und anderen europäischen Ländern) in die globalere Diskussion über den Umgang mit moderner Medizin in heutigen pluralistischen Gesellschaften eingetreten sind.

Den Gegenstand von Medizinethik als den »Umgang mit Krankheit und Gesundheit« zu bestimmen, wie ich es oben getan habe, ist in mancher Hinsicht zu eng und in anderer zu unscharf, um die gegenwärtige Medizinethik zutreffend zu charakterisieren. Zu eng ist diese Definition, weil Medizinethik auch mögliche Handlungen in den Blick nimmt, die mit Krankheit und Gesundheit primär nichts zu tun haben, aber in die technische oder wissenschaftliche Zuständigkeit von Ärzten fallen. Hierzu gehören etwa zahlreiche Schwangerschaftsabbrüche oder eine medikamentös induzierte Leistungssteigerung bei Gesunden (›Enhancement‹).

Der Blick der Medizinethik war – dies betrifft einen weiteren zu präzisierenden Punkt – traditionellerweise weitgehend

auf dasjenige beschränkt, was Ärzte zum Wohle ihrer Patienten tun oder unterlassen sollten. Vom Eid des Hippokrates bis zu zeitgenössischen Abhandlungen der 1960er Jahre war Medizinethik im Wesentlichen auf den Umgang eines Arztes mit seinem Patienten bezogen, meist auch von Ärzten geschrieben. Seither jedoch sind Handlungen und Entscheidungen weiterer Akteure in das Blickfeld der Medizinethik genommen worden. Zu diesen können etwa Pflegekräfte, Forscher, Angehörige, Kostenträger oder gesellschaftliche Gruppen, wie beispielsweise Behindertenverbände, gehören. Für Patienten indes, um deren Selbstbestimmung, Wohl und Wehe es der Medizinethik ja am Ende wesentlich geht, bietet Medizinethik selten direkte »Lebenshilfe« im Umgang mit Krankheit, Leiden und bevorstehendem Tod. So wenig wie die allgemeine philosophische Ethik unserer Tage in der Regel Fragen des guten, des gelingenden individuellen Lebens behandelt,¹ so wenig behandelt die zeitgenössische Medizinethik direkte Fragen des »richtigen« individuellen Umgangs mit eigenem Kranksein und Sterben. Indirekt aber werden sehr wohl Betrachtungen zu den Ansprüchen, Bedürfnissen und Haltungen heutiger Patienten angestellt – nämlich dort, wo es um Verteilungsgerechtigkeit, Versorgungsstandards, Entscheidungshoheit oder andere Fragen des professionellen und institutionellen Umgangs mit Patienten geht. Der im Rahmen solcher Debatten geprägte Begriff »Patienten-Rechte« hat in der modernen Medizinethik eine paradigmatische Schlüsselposition inne.

In den Vereinigten Staaten wurde Anfang der 1970er Jahre für diese Medizinethik mit dem neuen und erweiterten, kritischen und oft von außerhalb der ärztlichen Zunft geworfenen Blick die Bezeichnung »biomedizinische Ethik« oder kurz »Bioethik« geprägt (vgl. REICH (83)). Zum Teil wird »Bioethik« auch noch weiter gefasst und als Beschäftigung mit all denjeni-

1 Allerdings zeichnet sich hier eine gewisse Trendwende ab: vgl. etwa SCHMID (86).

gen ethischen Fragen verstanden, die überhaupt mit menschlichen Eingriffen oder Eingriffsmöglichkeiten in Zeugungs-, Lebens- und Sterbeprozesse zu tun haben. Unter den Oberbegriff der so weit verstandenen Bioethik fallen dann neben der Medizinethik auch die ökologische Ethik, die Tierethik und die Bevölkerungsethik.

1.3 Entstehungsbedingungen und Entwicklung moderner Medizinethik

Die gegenwärtige ›westliche‹ Medizinethik wird zum einen durch die Verfügbarkeit immer neuer medizinischer Eingriffsmöglichkeiten bestimmt, zum anderen durch eine wachsende Pluralität der Lebensstile und Moralauffassungen innerhalb der Gesellschaft. Im Gefolge dieser letztgenannten Veränderung sind auch die moralische Autorität und Unanfechtbarkeit von Ärzten und Forschern, die diese über lange Zeit allein kraft ihrer Profession genossen, deutlich geschrumpft.

Zu den die Medizinethik herausfordernden neuen Eingriffsmöglichkeiten gehören seit Mitte der 1950er Jahre zunächst Wiederbelebungsmaßnahmen und künstliche Beatmung; später wurden Organtransplantationen (erste erfolgreiche Nierenverpflanzung 1954), voraussagende genetische Diagnostik an Geborenen wie Ungeborenen und die Befruchtung menschlicher Keimzellen mit anschließendem Transfer in den Mutterleib (erstes ›Retortenbaby‹ durch *In-vitro-Fertilisation* 1978) in das humanmedizinische Behandlungsspektrum eingeführt; schließlich kam, mit bisher bloß experimentellem Status, die Reparatur von Gendefekten (erste somatische Gentherapie 1990) hinzu. In allen diesen Fällen ist es nicht oder nicht in erster Linie die Methodik der Eingriffsmöglichkeit, welche deren ›Bedeutsamkeit‹ ausmacht, sondern die Tatsache, dass sie gänzlich neuartige Entscheidungsprobleme aufwirft.

Andere Arbeitsfelder gegenwärtiger Medizinethik lassen sich vor allem mit der inzwischen entstandenen Vielfalt ne-

beneinander bestehender Vorstellungen vom guten Leben und vom richtigen Handeln erklären, wodurch manche tradierten und dominanten Moralauffassungen strittig geworden sind. Auf voneinander abweichenden moralischen Grundpositionen beruhen zum Beispiel wesentliche Teile der Auseinandersetzungen um Abtreibung, aktive Sterbehilfe oder ein Recht auf wahrhaftige prognostische Aufklärung am Lebensende. Vor diesem Hintergrund des moralischen Pluralismus ist die neue Medizinethik professionell und interdisziplinär geworden und hat man mit der seit Hippokrates praktizierten Tradition gebrochen, Fragen der Medizinethik ganz überwiegend innerhalb der ärztlichen Zunft zu behandeln und zu regeln. Neben Ärzten denken nun etwa Theologen und – der gesellschaftlichen Säkularisierung entsprechend – zunehmend auch Sozialwissenschaftler und Philosophen beruflich über Medizinethik nach.

Ethische Probleme im Umgang mit dem medizinischen Fortschritt werden in Europa von einzelnen Fachleuten seit den 1950er Jahren diskutiert. In diese Zeit fallen die Gründung der ersten deutschsprachigen Fachzeitschrift („Arzt und Christ“, Wien 1955) und die Instruktionen des »Ärztepapstes« Pius XII. Die eigentliche »Geburt« moderner Medizinethik aber fand nach verbreiteter Auffassung in den Vereinigten Staaten der späteren 1960er Jahre statt (vgl. JONSEN (74), TOULMIN (90)). Die komplexe soziale Konstellation, die dies bewirkte, lässt sich nicht auf eine einfache Formel bringen. Mitursächlich jedenfalls war ein zunehmendes Misstrauen auf Seiten der Patienten wie der Gesellschaft gegenüber Ärzten und Forschern, die keineswegs immer die Interessen ihrer Patienten und Probanden zu wahren schienen (vgl. FADEN/BEAUCHAMP (63), Teil II).²

2 Die Ausführungen des folgenden Abschnitts gehen sehr wesentlich auf diese exzellente Darstellung zurück.